

SOIXANTE-DEUXIÈME SESSION

du

COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE

Luanda, République d'Angola, 19-23 novembre 2012

RAPPORT FINAL

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

Bureau régional de l'Afrique

Brazzaville • 2012

AFR/RC62/21

© Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2013

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection par les dispositions du protocole n° 2 de la Convention pour la Protection du Droit d'Auteur. Tous droits réservés. Il est possible de se procurer la présente publication auprès de la Bibliothèque du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, Boite Postale 6, Brazzaville, République du Congo (téléphone : +47 241 39100 ou +242 065 081 114; télécopie : +47 241 39501; courriel : afrobooks@afro.who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire la présente publication – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à la même adresse.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les mesures raisonnables pour vérifier l'exactitude des informations contenues dans la présente publication. Toutefois, cette publication est diffusée sans aucune garantie, fut-elle expresse ou sous-entendue. Le lecteur est responsable de l'interprétation des informations qu'elle contient et de l'utilisation qui en est faite. L'OMS ne peut en aucun cas être tenue responsable des dommages qui pourraient découler de l'utilisation de ces informations.

Imprimé en République du Congo

SOMMAIRE

	Page
ABRÉVIATIONS.....	viii

PARTIE I

DÉCISIONS DE PROCÉDURE ET RÉOLUTIONS

DÉCISIONS DE PROCÉDURE

Décision 1 :	Composition du Sous-Comité des Désignations.....	1
Décision 2 :	Établissement des Sous-Comités A et B de la soixante-deuxième session du Comité régional de l’OMS pour l’Afrique.....	1
Décision 3 :	Élection du Président, des Vice-présidents et des Rapporteurs de la séance plénière; désignation des présidents et des rapporteurs des Sous-Comités A et B.....	1
Décision 4 :	Transfert d’États Membres à la Région africaine.....	3
Décision 5 :	Constitution du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs.....	3
Décision 6 :	Vérification des Pouvoirs.....	3
Décision 7 :	Création du Fonds africain pour les urgences de santé publique...	3
Décision 8 :	Ordre du jour provisoire, dates et lieu de la soixante-troisième session, et dates et lieu de la soixante-quatrième session du Comité régional.....	4
Décision 9 :	Remplacement des membres du Sous-Comité du Programme.....	4
Décision 10 :	Désignation des États Membres de la Région africaine devant faire partie du Conseil exécutif.....	4
Décision 11 :	Méthode de travail et durée de la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé.....	5

Décision 12 :	Désignation des Représentants de la Région africaine au Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine (HRP), Membre de catégorie 2 du Comité d'orientation et de coordination (PCC).....	6
---------------	--	---

RÉSOLUTIONS

AFR/RC62/R1	Gestion des risques de catastrophe : Une stratégie pour le secteur de la santé dans la Région africaine.....	7
AFR/RC62/R2	VIH/sida : Stratégie pour la Région africaine.....	9
AFR/RC62/R3	Feuille de route pour augmenter les effectifs sanitaires en vue d'une meilleure prestation de services de soins de santé dans la Région africaine 2012-2025.....	11
AFR/RC62/R4	Promotion de la santé : Stratégie pour la Région africaine.....	14
AFR/RC62/R5	L'Observatoire Africain de la Santé : Une opportunité de renforcer les systèmes d'information sanitaire à travers les observatoires nationaux de la santé.....	16
AFR/RC62/R6	Santé et droits de l'homme : Situation actuelle et perspectives dans la Région africaine.....	18
AFR/RC62/R7	Examen et approbation de la Déclaration de Brazzaville sur les maladies non transmissibles.....	20
AFR/RC62/R8	Application du Règlement sanitaire international (2005) dans la Région africaine de l'OMS.....	23
AFR/RC62/R9	Activités de l'OMS dans la Région africaine 2010-2011 : Rapport biennal du Directeur régional.....	26
AFR/RC62/R10	Motion de remerciements.....	27

PARTIE II

Paragraphe

OUVERTURE DE LA RÉUNION.....	1-7
ORGANISATION DES TRAVAUX.....	8-16

ACTIVITÉS DE L'OMS DANS LA RÉGION AFRICAINE 2010 – 2011 : RAPPORT BIENNAL DU DIRECTEUR RÉGIONAL (Document AFR/RC62/2).....	17-36
TRANSFERTS D'ÉTATS MEMBRES À LA RÉGION AFRICAINE (Document AFR/RC62/4).....	37-39
INTERVENTION DU PRÉSIDENT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME (Document AFR/RC62/5)	40
GESTION DES RISQUES DE CATASTROPHE : UNE STRATÉGIE POUR LE SECTEUR DE LA SANTÉ DANS LA RÉGION AFRICAINE (Document AFR/RC62/6).....	41-46
FEUILLE DE ROUTE POUR AUGMENTER LES EFFECTIFS SANITAIRES EN VUE D'UNE MEILLEURE PRESTATION DE SERVICES DE SOINS DE SANTÉ DANS LA RÉGION AFRICAINE 2012-2025 (Document AFR/RC62/7).....	47-52
EXAMEN ET APPROBATION DE LA DÉCLARATION DE BRAZZAVILLE SUR LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES (Document AFR/RC62/8)	53-57
PROMOTION DE LA SANTÉ : STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE (Document AFR/RC62/9).....	58-62
VIH/SIDA : STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE (Document AFR/RC62/10)	63-68
SANTÉ ET DROITS DE L'HOMME : SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES DANS LA RÉGION AFRICAINE (Document AFR/RC62/11)	69-74
APPLICATION DU RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (2005) DANS LA RÉGION AFRICAINE (Document AFR/RC62/12)	75-80
L'OBSERVATOIRE AFRICAIN DE LA SANTÉ : UNE OPPORTUNITÉ DE RENFORCER LES SYSTÈMES D'INFORMATION SANITAIRE À TRAVERS LES OBSERVATOIRES NATIONAUX DE LA SANTÉ (Document AFR/RC62/13)	81-86
SUIVI DU RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL CONSULTATIF D'EXPERTS SUR LE FINANCEMENT ET LA COORDINATION DE LA RECHERCHE-DÉVELOPPEMENT (Document AFR/RC62/14).....	87-92
OPTIMISER LES INITIATIVES MONDIALES EN FAVEUR DE LA SANTÉ POUR RENFORCER LES SYSTÈMES NATIONAUX DE SANTÉ (Document AFR/RC62/15).....	93-98

MISE EN ŒUVRE DU BUDGET PROGRAMME DE L'OMS 2012–2013 DANS LA RÉGION AFRICAINE (Document AFR/RC62/16)	99-104
PROJET DE DOUZIÈME PROGRAMME GÉNÉRAL DE TRAVAIL (Document AFR/RC62/17).....	105-110
AVANT-PROJET DE BUDGET PROGRAMME 2014–2015 (Document AFR/RC62/18).....	111-113
CRÉATION DU FONDS AFRICAIN POUR LES URGENCES DE SANTÉ PUBLIQUE – RAPPORT DU DIRECTEUR RÉGIONAL (Document AFR/RC62/19)	114-119
DOCUMENTS D'INFORMATION.....	120-121
PROJET D'ORDRE DU JOUR, DATE ET LIEU DE LA SOIXANTE-TROISIÈME SESSION; ET DATE ET LIEU DE LA SOIXANTE-QUATRIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL(Document AFR/RC62/20).....	122-124
DISCUSSION DE GROUPE : MÉDECINE TRADITIONNELLE : PRATIQUE, PRATICIENS ET PRODUITS DANS LA RÉGION AFRICAINE (Document AFR/RC62/PD).....	125-127
ADOPTION DU RAPPORT DU COMITÉ RÉGIONAL (Document AFR/RC62/21)	128
CLÔTURE DE LA SOIXANTE-DEUXIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL.....	129-135

PARTIE III

ANNEXES

	Page
1. Liste des participants.....	69
2. Ordre du jour de la soixante-deuxième session du Comité régional.....	79
3. Programme de travail.....	81
4. Discours d'ouverture de Son Excellence le Vice-Président de l'Angola, M. Manuel Domingos Vicente	86
5. Allocution du Dr Luis Gomes Sambo, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique	91
6. Projet d'ordre du jour provisoire de la soixante-troisième session du Comité régional.....	99
7. Liste des documents.....	101



Façade du Centre de conférences de Talatona à Luanda (Angola)



Photo de groupe prise peu après la cérémonie d'ouverture

ABRÉVIATIONS

AFR	Région africaine
AFRITEX	Initiative africaine en faveur des ressources d'apprentissage et d'enseignement pour l'éducation des personnels de santé
AFRO	Bureau régional de l'Afrique
AHO	Observatoire Africain de la Santé
ALMA	Alliance des dirigeants africains contre le paludisme
BAD	Banque africaine de développement
BMGF	Fondation Bill et Melinda Gates
CCLAT	Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (des États-Unis d'Amérique)
CF	Contributions fixées
CSF	Comité de Suivi du Fonds
CV	Contributions volontaires
FAUSP	Fonds africain pour les urgences de santé publique
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
GHI	Initiatives mondiales en faveur de la santé
GRC	Gestion des risques de catastrophe
GSM	Système mondial de gestion
GSPA-PHI	Stratégie et plan d'action mondiaux sur la santé publique, l'innovation et les droits de propriété intellectuelle
GTCE	Groupe de travail consultatif d'experts
HHA	Harmonisation pour la santé en Afrique
MNT	Maladies non transmissibles
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONS	Observatoires nationaux de la santé

ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OS	Objectif stratégique
PD	Discussion de groupe
PEPFAR	Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida
PGT	Programme général de travail
PR	Rapport de situation
PSC	Sous-Comité du Programme
PSMT	Plan stratégique à moyen terme
RBM	Faire reculer le paludisme
RC	Comité régional
RC62	Soixante-deuxième session du Comité régional
RHS	Ressources humaines pour la santé
RSI	Règlement sanitaire international
SCP	Stratégies de Coopération de l'OMS avec les Pays
UA	Union africaine
UN	Nations Unies
SADC	Communauté de développement de l'Afrique australe
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIMR	Surveillance intégrée de la Maladie et Riposte
UNDAF	Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement
USAID	United States Agency for International Development
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WHA	Assemblée mondiale de la Santé

PARTIE I

DÉCISIONS DE PROCÉDURE
ET
RÉSOLUTIONS

DÉCISIONS DE PROCÉDURE

Décision 1 : Composition du Sous-Comité des Désignations

Le Comité régional a nommé le Sous-Comité des Désignations comprenant les États Membres suivants : Bénin, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Lesotho, Mozambique, Rwanda, Sierra Leone, Tanzanie, Tchad, Togo et Zimbabwe.

Le Sous-Comité s'est réuni le lundi 19 novembre 2012. Les membres ci-après étaient présents : Bénin, Érythrée, Éthiopie, Lesotho, Tanzanie, Tchad et Zimbabwe. Le Sous-Comité des Désignations a élu comme Président le Ministre de la Santé du Bénin, le Professeur Dorothee Kinde Gazard.

Première séance, 19 novembre 2012

Décision 2 : Établissement des Sous-Comités A et B de la soixante-deuxième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique

Sur proposition du Directeur régional, le Comité régional a établi les Sous-Comités A et B pour permettre une étude approfondie et judicieuse du nombre exceptionnellement élevé de points d'ordre du jour.

Deuxième séance, 19 novembre 2012

Décision 3 : Élection du Président, des Vice-présidents et des Rapporteurs de la séance plénière, désignation des présidents et des rapporteurs des Sous-Comités A et B

a) Après avoir examiné le rapport du Sous-Comité des Désignations et en vertu des dispositions des articles 10 et 15 du Règlement intérieur du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique et de la résolution AFR/RC23/R1, le Comité régional a élu à l'unanimité le bureau, comme suit :

Président : Dr José Vieira Van-Dúnem
Ministre de la Santé
Angola

Premier Vice-président : M. Housseynou Hamady Ba
Ministre de la Santé
Mauritanie

Deuxième Vice-président : Dr Walter T. Gwenigale
Ministre de la Santé et du Bien-être social
Liberia

Rapporteurs : Dr Mahlet Kifle Habtemariam
(pour l'anglais)
Membre de délégation
Éthiopie

Professeur Dorothee Kinde Gazard
(pour le français)
Ministre de la Santé publique
Bénin

Dr Elisabete Lopes Lima
(pour le portugais)
Ministère de la Santé
Cap-Vert

b) Le Comité régional a également élu les bureaux des Sous-Comités A et B, comme suit :

Président du Sous-Comité A : M. Housseynou Hamady Ba
Ministre de la Santé
Mauritanie

Président du Sous-Comité B : Dr Walter T. Gwenigale
Ministre de la Santé et du Bien-être social
Liberia

Rapporteur du Sous-Comité A : Dr Mahlet Kifle Habtemariam
Ministère de la Santé
Éthiopie

Rapporteur du Sous-Comité B : Professeur Dorothee Kinde Gazard
Ministre de la Santé publique
Bénin

Deuxième séance, 19 novembre 2012

Décision 4 : Transfert d'États Membres à la Région africaine

Le Comité régional a examiné et accédé à la demande du Soudan du Sud d'être transféré de la Région de la Méditerranée orientale à la Région africaine de l'OMS. Le Directeur régional a été prié de transmettre l'avis du Comité à la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé.

Troisième séance, 19 novembre 2012

Décision 5 : Constitution du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs

Le Comité régional a désigné les membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs, qui se compose des 12 États Membres suivants : Botswana, Burundi, Comores, Gambie, Ghana, Mali, Maurice, Mozambique, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine et Zambie.

Le Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs s'est réuni le 20 novembre 2012. Étaient présents : le Botswana, les Comores, la Gambie, le Mali, Maurice, le Mozambique et la Zambie.

Le Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs a élu comme Président le Dr Patrick Chikuso, Vice-ministre de la Santé de la Zambie.

Quatrième séance, 20 novembre 2012

Décision 6 : Vérification des Pouvoirs

Agissant sur proposition du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs, le Comité régional a reconnu la validité des pouvoirs présentés par les représentants des États Membres suivants : Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigeria, Ouganda, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe, et les a jugés conformes aux dispositions du Comité régional de l'Afrique.

Cinquième séance, 21 novembre 2012

Décision 7 : Création du Fonds africain pour les urgences de santé publique

Le Directeur régional a présenté au Comité régional un rapport sur les progrès réalisés vers la création du Fonds africain pour les urgences de santé publique (FAUSP). En vue d'assurer le plein fonctionnement du Fonds, le Comité régional a

désigné les ministres de la Santé du Gabon, de la Namibie et du Nigeria, les ministres des Finances de l'Afrique du Sud, de l'Algérie et du Cameroun en tant que membres du Comité de Suivi du Fonds (CSF) pour une période de deux (2) ans, et le Président actuel du Sous-Comité du Programme comme membre d'office.

Le Comité régional a décidé de désigner l'OMS pour qu'elle s'occupe de la mobilisation, de la gestion et du décaissement des contributions au FAUSP en utilisant son dispositif de gestion financière ou son système comptable, et a réitéré le mandat confié au Directeur régional de poursuivre les négociations avec la Banque africaine de développement pour que cette institution assume le rôle proposé de gestionnaire du compte d'affectation spéciale du FAUSP.

Sixième séance, 21 novembre 2012

Décision 8 : [Ordre du jour provisoire, dates et lieu de la soixante-troisième session et dates et lieu de la soixante-quatrième session du Comité régional](#)

Conformément aux dispositions de son Règlement intérieur, le Comité régional a décidé, à sa soixante-deuxième session, de tenir sa soixante-troisième session du 2 au 6 septembre 2013 en République du Congo, et sa soixante-quatrième session en République du Bénin.

Le Comité régional a approuvé le projet d'ordre du jour provisoire de la soixante-troisième session du Comité régional (annexé au document AFR/RC62/20).

Septième séance, 22 novembre 2012

Décision 9 : [Remplacement des membres du Sous-Comité du Programme](#)

Le mandat des pays ci-après, au sein du Sous-Comité du Programme, vient à expiration à la fin de la soixante-deuxième session du Comité régional : Afrique du Sud, Kenya, Mali, Mauritanie, Niger et Seychelles.

Ils seront remplacés par les pays suivants : Algérie, Angola, République centrafricaine, Tchad, Togo et Zimbabwe. Ces pays rejoindront ainsi le Burundi, le Cameroun, le Nigeria, l'Ouganda, Sao Tomé-et-Principe, le Sénégal, la Sierra Leone, le Swaziland, la Tanzanie et la Zambie, dont le mandat expire en fin 2013.

Huitième séance, 23 novembre 2012

Décision 10 : [Désignation des États Membres de la Région africaine devant faire partie du Conseil exécutif](#)

- a) Conformément à la décision 8 (3) de la soixante et unième session du Comité régional, l'Afrique du Sud et la Namibie ont désigné un représentant pour siéger au Conseil exécutif en remplacement du

Mozambique et des Seychelles, à compter de la cent-trente-troisième session de mai 2013, immédiatement après la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé.

- b) Le mandat du Mozambique et des Seychelles expire à la clôture de la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé.
- c) La Cinquante et Unième Assemblée mondiale de la Santé, par la résolution WHA51.26, a décidé que les personnes appelées à siéger au Conseil exécutif le feront en qualité de représentants gouvernementaux techniquement qualifiés dans le domaine de la santé.

Huitième séance, 23 novembre 2012

Décision 11 : Méthode de travail et durée de la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé

Vice-président de l'Assemblée mondiale de la Santé

- a) Le Président de la soixante-deuxième session du Comité régional de l'Afrique sera nommé Vice-président de la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé qui se tiendra en mai 2013.

Commissions principales de l'Assemblée mondiale de la Santé

- b) Le Directeur général, en consultation avec le Directeur régional, examinera avant la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, la question des délégués des États Membres de la Région africaine qui pourraient assumer les fonctions de :
 - Président ou Vice-président de la Commission principale A ou B, en tant que de besoin;
 - Rapporteurs des Commissions principales.
- c) Sur la base de l'ordre alphabétique anglais et du groupement géographique sous-régional, les États Membres ci-après ont été désignés pour siéger à la Commission générale : Namibie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe et Afrique du Sud.
- d) Sur cette même base, les États Membres ci-après ont été désignés pour siéger à la Commission de vérification des pouvoirs : Malawi, Mali et Ouganda.

Réunion des délégations des États Membres de la Région africaine à Genève

- e) Le Directeur régional convoquera également une réunion des délégations des États Membres de la Région africaine à l'Assemblée mondiale de la Santé, le samedi 18 mai 2013, à 9h30, au Siège de l'OMS à Genève, pour s'entretenir des décisions prises par le Comité régional à sa soixante-deuxième session et examiner les points inscrits à l'ordre du jour de la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé qui présentent un intérêt particulier pour la Région africaine.
- f) Durant l'Assemblée mondiale de la Santé, des réunions de coordination rassemblant les délégués africains auront lieu chaque matin de 8h00 à 9h00 au Palais des Nations.

Huitième séance, 22 novembre 2012

Décision 12 : Désignation des représentants de la Région africaine au Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine (HRP), Membre de catégorie 2 du Comité d'orientation et de coordination (PCC)

Le mandat de la Guinée-Bissau au sein du Comité d'orientation et de coordination du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine au titre de la catégorie 2 expire le 31 décembre 2012. La Guinée-Bissau sera remplacée par le Malawi pour une période de trois (3) ans, à compter du 1^{er} janvier 2013. Le Malawi se joindra ainsi au Kenya, au Lesotho et au Liberia qui siègent au Comité d'orientation et de coordination.

Huitième séance, 22 novembre 2012

RÉSOLUTIONS

AFR/RC62/R1 Gestion des risques de catastrophe : Une stratégie pour le secteur de la santé dans la Région africaine

Le Comité régional,

Ayant examiné le document intitulé «Gestion des risques de catastrophe : Une stratégie pour le secteur de la santé dans la Région africaine»;

Se référant aux résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé : WHA58.1 sur les interventions sanitaires en cas de crise et de catastrophe; WHA59.22 sur la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours; WHA64.10 sur le renforcement au niveau national des capacités de gestion des urgences sanitaires et des catastrophes et de la résilience des systèmes de santé; et la résolution AFR/RC61/R3, intitulée «Document-cadre du Fonds africain pour les urgences de santé publique (FAUSP)»;

Tenant compte du rapport du Directeur régional, intitulé «Préparation et riposte aux situations d'urgence dans la Région africaine de l'OMS : Situation actuelle et perspectives», présenté lors de la soixantième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique;

Préoccupé par la fréquence et l'ampleur croissantes des situations d'urgence et des catastrophes dans la Région africaine, qui ont des répercussions directes et indirectes sur la charge de morbidité, la prestation des soins de santé et la mortalité, affectant ainsi négativement la croissance économique et l'atteinte de la plupart des objectifs nationaux de développement;

Conscient de la nécessité pour les pays de protéger la santé des populations et de faire en sorte que leurs systèmes de santé soient résilients et autonomes, ce qui est crucial pour minimiser les risques et vulnérabilités sanitaires, mettre en place une riposte efficace et assurer la réhabilitation en cas de situations d'urgence et de catastrophe;

Conscient de la nécessité de mettre l'accent non seulement sur la riposte aux urgences et aux catastrophes et l'atténuation de leurs conséquences, mais également sur la prévention des situations d'urgence et de catastrophe par le renforcement de la gestion des risques;

Notant que les États Membres doivent élaborer des politiques et une législation, et renforcer les capacités afin d'institutionnaliser la gestion des risques de catastrophe dans le secteur de la santé;

1. ADOPTE la stratégie régionale sur la gestion des risques de catastrophe pour le secteur de la santé, telle que proposée dans le document AFR/RC62/6;
2. INVITE INSTAMMENT les États Membres :
 - a) à jouer le rôle de chef de file et à mobiliser les partenaires et les ressources (techniques, financières et logistiques) en vue de l'élaboration de feuilles de route nationales pour la mise en œuvre des interventions mentionnées dans la stratégie régionale, afin d'institutionnaliser la gestion des risques de catastrophe (GRC) dans le secteur de la santé en mettant l'accent sur la préparation et la riposte aux urgences et la réhabilitation après les situations d'urgences;
 - b) à mobiliser et à allouer les ressources humaines, matérielles et financières qui sont nécessaires au ministère de la Santé pour coordonner l'ensemble des interventions sanitaires avant, pendant et après les urgences et les catastrophes, conformément aux décisions et aux actions du comité national multisectoriel sur la gestion des risques de catastrophe;
 - c) à institutionnaliser la participation et définir les responsabilités des divers secteurs et des différents niveaux du gouvernement, et à établir les critères régissant la prise de décision;
 - d) à créer des mécanismes pour l'établissement de réseaux et la collaboration transfrontalière, sous l'égide des organismes régionaux et sous-régionaux;
 - e) à adapter les lignes directrices nationales existantes ou à élaborer de nouvelles directives pour contribuer à la mise en œuvre des interventions, y compris le suivi et l'évaluation;
 - f) à fournir un appui et des contributions au Fonds africain pour les urgences de santé publique (FAUSP);
3. PRIE le Directeur régional :
 - a) de fournir aux États Membres et aux partenaires l'orientation et l'appui technique nécessaires, y compris des outils, pour la mise en œuvre de la stratégie de GRC;
 - b) de fournir un appui au renforcement des capacités nationales de GRC, notamment par le renforcement de la base de données factuelles;
 - c) de prendre l'initiative en ce qui concerne la mise en place de réseaux régionaux de gestion des risques de catastrophe;
 - d) de fournir aux États Membres des informations sur les signes d'alerte précoce et les meilleures pratiques de mise en œuvre de la GRC dans la Région;

- e) d'entreprendre le plaidoyer en faveur de l'allocation de ressources à la GRC dans la Région africaine, et notamment en faveur du paiement des contributions au FAUSP;
- f) de faire rapport au Comité régional des progrès réalisés, dans la mise en œuvre de la stratégie, en 2014, 2017 et 2022.

AFR/RC62/R2 VIH/sida : Stratégie pour la Région africaine

Le Comité régional,

Rappelant la résolution AFR/RC56/R3 intitulée «Prévention du VIH dans la Région africaine : Stratégie d'intensification et d'accélération», l'Appel d'Abuja de 2006 en faveur de l'accélération des interventions pour l'accès universel aux services de lutte contre le VIH et le sida, la tuberculose et le paludisme en Afrique et la Décision du Sommet de l'Union africaine tenu à Kampala en 2010 de faire de 2015 l'échéance pour l'atteinte des objectifs ciblés;

Reconnaissant que des progrès remarquables ont été réalisés sur le plan de la lutte contre le VIH/sida dans la Région africaine, notamment une diminution du nombre de nouvelles infections à VIH et un accroissement de l'accès à la thérapie antirétrovirale, ainsi qu'une augmentation du nombre de femmes enceintes VIH-positives recevant des médicaments au titre de la prévention de la transmission mère-enfant;

Préoccupé par le fait que, en dépit de la diminution du nombre de nouvelles infections, la prévalence régionale du VIH reste élevée, et également par le fait que la charge de morbidité liée au VIH constitue une cause majeure de mortalité maternelle excessive et de mortalité des enfants de moins de cinq ans dans la Région africaine, avec de profondes répercussions sur le plan sociodémographique et économique;

Conscient du fait que les principaux défis auxquels sont confrontés les programmes nationaux de lutte contre le sida comprennent la fragmentation des interventions, l'insuffisance de liens entre les actions du secteur de la santé et la riposte multisectorielle au sens large, la faiblesse des systèmes de santé et la dépendance excessive à l'égard du financement international;

Conscient du rôle crucial de la solidarité internationale, de l'importance de l'engagement politique aux niveaux régional et national, y compris l'engagement des chefs d'État et de Gouvernement africains, et conscient de l'accroissement de l'allocation de ressources nationales à la lutte contre le VIH/sida dans la Région africaine;

Rappelant la nouvelle stratégie mondiale du secteur de la santé sur le VIH/sida adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2011;

Conscient de la nécessité de fournir des orientations pour la mise en œuvre de la stratégie mondiale du secteur de la santé sur le VIH/sida dans la Région africaine de l'OMS, tout en tenant compte des particularités régionales et de la nécessité d'une riposte multisectorielle;

1. APPROUVE le document intitulé «VIH/sida : Stratégie pour la Région africaine»;
2. INVITE INSTAMMENT les États Membres :
 - a) à intensifier et étendre les interventions de lutte contre le VIH pour inclure la promotion de la santé, des conseils pour un changement de comportement, le dépistage et des conseils de qualité en matière de VIH, l'utilisation des préservatifs masculin et féminin, la circoncision masculine médicalisée sûre et volontaire, la thérapie antirétrovirale précoce et la sécurité transfusionnelle dans le contexte de la riposte nationale multisectorielle au sens large, conformément aux lignes directrices de l'OMS;
 - b) à accélérer les efforts visant à éliminer la transmission mère-enfant du VIH et à améliorer la survie maternelle et infantile par des stratégies et interventions appropriées, notamment par leur intégration aux services de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, ainsi qu'aux services de santé sexuelle et génésique;
 - c) à élargir l'accès aux services de dépistage du VIH et de conseils, en veillant notamment à la confidentialité du dépistage du VIH et en faisant en sorte que le dépistage s'accompagne de conseils appropriés, que le temps qui sépare le dépistage de la communication des résultats soit court, et que l'orientation vers les programmes de soins et de traitement soit efficace;
 - d) à élargir le traitement et les soins du VIH aux enfants, aux adolescents et aux adultes tout en garantissant la prise en charge des coinfections, notamment par la tuberculose, et des comorbidités, et en veillant à la fourniture des soins et du soutien nutritionnels nécessaires pour améliorer l'efficacité et le respect du traitement, la poursuite des soins et la qualité de la vie;
 - e) à fournir des soins complets et un appui aux personnes vivant avec le VIH, notamment en renforçant les systèmes de soins communautaires, comme la capacité des prestataires de soins en milieu communautaire et à domicile et celle des associations de personnes vivant avec le VIH/sida;
 - f) à fournir un ensemble intégré d'interventions sur le VIH/sida, afin de satisfaire les besoins des principales populations et de s'assurer que les besoins des jeunes, des orphelins, des femmes et des hommes sont dûment pris en compte dans la riposte nationale au VIH;
 - g) à renforcer la capacité des systèmes de santé à assurer des interventions et des services sur le VIH/sida, par l'amélioration du rôle de tutelle et d'orientation des pouvoirs publics, le renforcement des ressources humaines pour la santé, l'amélioration des systèmes d'approvisionnement et de gestion

de la chaîne d'approvisionnement, l'amélioration de la capacité des laboratoires et des systèmes d'information stratégiques;

- h) à inclure les considérations en matière de genre et de droits de l'homme dans la conception des services de santé, et à mettre en œuvre et suivre des politiques et pratiques visant à éliminer la stigmatisation, la discrimination et d'autres violations des droits de l'homme dans la prestation des services de santé;

3. PRIE le Directeur régional :

- a) de continuer à fournir une orientation technique et normative pour l'élaboration de politiques et plans d'action et la mise en œuvre des programmes, ainsi qu'en matière de suivi et d'évaluation;
- b) d'œuvrer avec les autres partenaires, notamment l'ONUSIDA et d'autres institutions du système des Nations Unies, le PEPFAR, le Fonds mondial, la Fondation Bill and Melinda Gates et les donateurs bilatéraux et multilatéraux pour fournir un appui harmonisé aux pays dans la mobilisation des ressources et la mise en œuvre du programme;
- c) de suivre l'évolution de la mise en œuvre de la stratégie et de faire rapport au Comité régional tous les deux ans.

[AFR/RC62/R3](#) Feuille de route pour augmenter les effectifs sanitaires en vue d'une meilleure prestation de services de soins de santé dans la Région africaine 2012–2025

Le Comité régional,

Ayant examiné le document AFR/RC62/7 intitulé «Feuille de route pour augmenter les effectifs sanitaires en vue d'une meilleure prestation de services de soins de santé dans la Région africaine 2012–2025»;

Préoccupé par le fait que les faiblesses existantes dans les systèmes de santé, notamment la pénurie de ressources humaines qualifiées dans la majorité des pays, constituent un obstacle majeur à la fourniture d'interventions essentielles et à la réalisation de progrès vers l'atteinte des objectifs de santé dans la Région africaine;

Notant que, sur les 46 États Membres de la Région, 36 connaissent une pénurie aiguë de ressources humaines pour la santé (RHS), avec un ratio de densité des personnels de santé en deçà du seuil minimal acceptable;

Reconnaissant que les défis inhérents aux personnels de santé que doivent relever les pays de la Région africaine constituent une menace stratégique pour le développement des systèmes de santé nationaux et régionaux;

Conscient du fait que les grands défis urgents inhérents aux ressources humaines pour la santé sont la faiblesse de la capacité d'encadrement et de la

gouvernance; la capacité de production limitée; l'utilisation, la fidélisation et le rendement insuffisants des ressources humaines pour la santé disponibles; l'insuffisance des données; la faible coordination des partenariats et un dialogue de politique générale limité;

Notant les progrès réalisés par les États Membres pour élaborer des politiques et des stratégies de RHS fondées sur des bases factuelles;

Rappelant que de nombreuses initiatives et résolutions sur les RHS adoptées par le Comité régional de l'Afrique, à savoir AFR/RC48/10 en 1998, AFR/RC52/13 en 2002, AFR/RC57/9 en 2007, AFR/RC59/4 en 2009, et par l'Assemblée mondiale de la Santé, à savoir WHA59.23 en 2006, visent à relever les défis actuels inhérents aux effectifs sanitaires;

Rappelant la «Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique : Améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau Millénaire», qui identifie le renforcement des personnels de santé comme l'un des principaux domaines d'action prioritaires;

1. APPROUVE le document AFR/RC62/7 intitulé «Feuille de route pour augmenter les effectifs sanitaires en vue d'une meilleure prestation de services de soins de santé dans la Région africaine 2012–2025»;

2. INVITE INSTAMMENT les États Membres :

- a) à renforcer la capacité de gouvernance, d'encadrement et de gestion des RHS afin d'améliorer le dialogue social et sur les politiques, et de mettre en place des mécanismes clairs de coordination entre les ministères de la Santé, des Finances, de la Fonction publique, de l'Éducation, le secteur privé et d'autres parties prenantes;
- b) à mettre en place ou renforcer des mécanismes nationaux de réglementation des personnels de santé, dans leur production et dans leur pratique;
- c) à investir dans la production de RHS afin d'intensifier l'enseignement et la formation des personnels de santé par les efforts conjoints des pays, des sous-régions et des partenaires au développement;
- d) à évaluer les capacités de formation dans les pays, y compris au niveau du secteur privé;
- e) à améliorer le déploiement, la fidélisation et le rendement des personnels de santé disponibles, pour assurer une répartition géographique et organisationnelle équitable, et élaborer des stratégies visant à attirer et fidéliser des personnels de santé qualifiés, notamment en zone rurale;
- f) à améliorer l'information et les bases factuelles sur les personnels de santé, notamment en accélérant la création d'observatoires nationaux des RHS

en tant que composante d'un observatoire national de la santé élargi, et à renforcer la capacité de recherche des personnels de santé;

- g) à fournir des ressources financières suffisantes, à accroître la prévisibilité et la pérennité du financement pour la mise en œuvre des plans de développement des RHS;
- h) à institutionnaliser, renforcer et pérenniser des plateformes de dialogue et de collaboration avec les parties prenantes et les partenaires clés;
- i) à élaborer des feuilles de route nationales conformes aux plans stratégiques nationaux de RHS;
- j) à accroître les ressources internes (publiques et privées), et à mobiliser auprès des donateurs des ressources en faveur du développement des RHS;

3. PRIE le Directeur régional :

- a) d'entreprendre le plaidoyer en faveur de la mise en œuvre de la feuille de route, en collaboration avec d'autres partenaires;
- b) de fournir une assistance technique aux États Membres pour leur permettre de mettre en œuvre et d'assurer le suivi de la feuille de route;
- c) de fournir des orientations et faciliter l'harmonisation des programmes d'études des institutions de formation, en tenant compte des efforts déployés par les communautés économiques régionales;
- d) de faciliter la coopération Sud-Sud pour répondre aux besoins des institutions de formation, et d'encourager l'échange des meilleures pratiques;
- e) d'organiser des consultations régionales régulières de parties prenantes;
- f) d'élaborer un cadre pour le lancement de l'Initiative africaine en faveur des ressources d'apprentissage et d'enseignement pour l'éducation des personnels de santé (AFRITEX), et de présenter ce cadre à la soixante-troisième session du Comité régional de l'Afrique, pour examen;
- g) de finaliser l'orientation sur les normes et standards de dotation en personnels de santé en vue de l'utilisation efficace de ces normes par les États Membres;
- h) de faire rapport à la soixante-troisième session du Comité régional, et par la suite tous les deux ans, des progrès réalisés.

La soixante-deuxième session du Comité régional de l'Afrique,

Ayant examiné le document intitulé «Promotion de la santé : Stratégie pour la Région africaine»;

Rappelant les résolutions WHA51.12 sur la promotion de la santé et WHA57.16 sur la promotion de la santé et les styles de vie sains de l'Assemblée mondiale de la Santé; les résultats des sept conférences internationales sur la promotion de la santé organisées par l'OMS, notamment la 7^{ème} conférence mondiale sur la promotion de la santé tenue à Nairobi (Kenya) en 2009; les résolutions AFR/RC51/R4, intitulée Promotion de la santé : Stratégie de la Région africaine, et AFR/RC60/R1, intitulée Agir sur les déterminants sociaux de la santé : Une stratégie pour la Région africaine, et rappelant le rapport de situation sur la mise en œuvre de la stratégie régionale de promotion de la santé (document AFR/RC61/PR/4) présenté en 2011 à Yamoussoukro (Côte d'Ivoire);

Notant avec satisfaction la participation active des États Membres à la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur les maladies non transmissibles qui s'est tenue à New York en septembre 2011; à la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé de Rio de Janeiro (Brésil) en octobre 2011; à la consultation ministérielle régionale sur les maladies non transmissibles qui s'est tenue à Brazzaville (Congo) en avril 2011; à la réunion interministérielle sur la santé et l'environnement tenue à Luanda (Angola) en novembre 2010;

Reconnaissant que la charge de morbidité qui occasionne des décès prématurés et des incapacités est due à des maladies transmissibles et non transmissibles, à une mauvaise santé de la mère et de l'enfant, à des menaces nouvelles et réémergentes pour la santé, notamment les effets du changement climatique sur la santé, les catastrophes naturelles et celles provoquées par l'homme, qui sont toutes évitables par des interventions de promotion de la santé;

Notant avec préoccupation que la majorité des pays de la Région ne réalisent pas de progrès suffisants vers l'atteinte des objectifs convenus sur le plan international, tels que les objectifs du Millénaire pour le développement;

Reconnaissant que les facteurs de risque pour la santé et les déterminants de la plupart des affections de santé publique qui contribuent à une charge de morbidité disproportionnée dans la Région sont dus à des facteurs sociaux, politiques, environnementaux, économiques et requièrent par conséquent une approche d'intervention multisectorielle et pluridisciplinaire;

Confirmant l'utilité des actions de promotion de la santé en tant qu'approche offrant un bon rapport coût-efficacité et investissement socialement justifiable pour lutter contre les facteurs de risque pour la santé liés aux affections de santé

publique prioritaires et à leurs principaux déterminants au sein des populations de la Région;

1. APPROUVE la stratégie de promotion de la santé pour la Région africaine, telle que contenue dans le document AFR/RC62/9, et exprime sa gratitude au Secrétariat de l'OMS pour le travail accompli;

2. INVITE INSTAMMENT les États Membres :

- a) à transformer les unités ou cellules de promotion de la santé actuelles en des structures pérennes et fonctionnelles ou à renforcer les directions qui existent déjà, et à fournir des ressources suffisantes pour coordonner et gérer efficacement les activités intra-sectorielles et intersectorielles;
- b) à élaborer et appliquer des politiques, stratégies, programmes et plans d'action de promotion de la santé, et à mettre en place aux niveaux national et infranational des structures pérennes pour la mise en œuvre des actions de promotion de la santé;
- c) à se doter, selon qu'il conviendra, de mécanismes multisectoriels et interministériels de promotion de la santé dans toutes les politiques, de la bonne gouvernance sanitaire, de la participation des communautés, du dialogue social, du partenariat, et des rôles de chef de file et de tutelle;
- d) à constituer/renforcer des partenariats, réseaux et alliances pour tirer parti de ressources techniques et financières additionnelles destinées à la promotion de la santé;
- e) à renforcer l'information, l'éducation et la communication pour améliorer la sensibilisation sanitaire, la mobilisation sociale et le plaidoyer en faveur de la lutte contre les maladies prioritaires de santé publique dans tous les groupes de populations;
- f) à renforcer la capacité des spécialistes et des non-professionnels de la santé à planifier, mettre en œuvre, évaluer et documenter les actions de promotion de la santé pour tous les problèmes de santé publique et dans l'intérêt de tous les groupes de populations;
- g) à accroître l'investissement dans la promotion de la santé à partir des budgets nationaux et à envisager des dispositifs de financement innovants, notamment en adoptant des lois relatives à l'utilisation de prélèvements à objet désigné, tirés du tabac, de l'alcool et d'autres sources;
- h) à suivre l'évolution dans la mise en œuvre des interventions prioritaires de promotion de la santé, notamment par la documentation et la diffusion des leçons apprises à travers des études de cas, des enquêtes et la recherche;

3. PRIE le Directeur régional :

- a) de fournir aux États Membres un appui pour leur permettre de consolider le rôle de chef de file du gouvernement en ce qui concerne la promotion de la santé dans toutes les politiques, la participation communautaire, le dialogue social et le partenariat;
- b) de fournir aux États Membres un appui pour renforcer la capacité des spécialistes et des non-professionnels de la santé à élaborer et appliquer des politiques, stratégies, programmes et plans d'action de promotion de la santé aux niveaux national et infranational;
- c) de fournir un appui aux États Membres dans l'adoption d'approches de communication innovantes, en particulier l'utilisation des médias sociaux pour atteindre les jeunes;
- d) de faciliter la mise en place de partenariats, de réseaux et d'alliances pour tirer parti des ressources techniques et financières additionnelles destinées à la promotion de la santé;
- e) de développer des outils de suivi, y compris des indicateurs de mesure des progrès réalisés dans la mise en œuvre des interventions prioritaires proposées, et de faciliter la recherche sur la promotion de la santé;
- f) de faire rapport à la soixante-cinquième session du Comité régional, et par la suite tous les trois ans, des progrès réalisés dans la mise en œuvre de la présente résolution.

AFR/RC62/R5 L'Observatoire Africain de la Santé : Une opportunité de renforcer les systèmes d'information sanitaire à travers les observatoires nationaux de la santé

Le Comité régional,

Ayant examiné le document AFR/RC62/13, intitulé «L'Observatoire Africain de la Santé : Une opportunité de renforcer les systèmes d'information sanitaire à travers les observatoires nationaux de la santé»;

Conscient de l'importance de disposer de bases factuelles pour la formulation de politiques et la prise de décision dans la Région et du rôle de l'amélioration de l'information sanitaire et de la recherche dans le renforcement des systèmes nationaux de santé, afin d'accélérer les progrès vers l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement et l'amélioration des résultats sanitaires dans la Région;

Notant que les observatoires de la santé peuvent améliorer la disponibilité, la qualité et l'utilisation de l'information et des bases factuelles pour l'élaboration de politiques et la prise de décision par le renforcement des systèmes d'information sanitaire, notamment la surveillance de la santé publique;

Notant également la création de l'Observatoire Africain de la Santé et son rôle de point central d'un système d'information sanitaire régional renforcé, en corrélation avec les observatoires nationaux de la santé, afin de contribuer à la collecte et à l'analyse, ainsi qu'au suivi et à l'évaluation des données au niveau national;

Reconnaissant que les observatoires nationaux de la santé, en tant que plateformes de technologies de l'information conçues pour favoriser la collaboration entre de nombreux acteurs et le partenariat dans l'accès et l'utilisation de l'information pour renforcer les systèmes nationaux de santé, servent de dépôt des meilleures informations disponibles, et proposent des outils pour améliorer le suivi de l'état et des tendances sanitaires;

Rappelant les décisions et résolutions du Comité régional sur le renforcement des systèmes nationaux d'information sanitaire (AFR/RC54/R3, en 2004), la gestion des connaissances (AFR/RC56/R8, en 2006) et la cybersanté (AFR/RC60/R3, en 2010); rappelant également la «Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique : Améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau Millénaire» (AFR/RC59/4, en 2009) et la «Déclaration d'Alger sur la recherche pour la santé» (AFR/RC58/12, en 2008, et AFR/RC59/5, en 2009);

Soulignant que le développement et l'utilisation des observatoires nationaux de la santé pour la participation de multiples parties prenantes et l'amélioration des capacités à produire, acquérir, partager et utiliser des informations renforceront les systèmes nationaux de santé;

1. APPROUVE le document AFR/RC62/13 intitulé «L'Observatoire Africain de la Santé : Une opportunité de renforcer les systèmes d'information sanitaire à travers les observatoires nationaux de la santé»;
2. INVITE INSTAMMENT les États Membres :
 - a) à continuer de soutenir et de renforcer leurs systèmes nationaux d'information sanitaire afin d'améliorer les bases factuelles pour la politique et l'action;
 - b) à créer des observatoires nationaux de la santé en mettant en place, à l'échelle nationale, un groupe multisectoriel et pluridisciplinaire regroupant l'ensemble des parties prenantes clés dans le but de coordonner leurs efforts; et à mettre en place un secrétariat disposant des capacités nécessaires, qui sera basé de préférence au sein du service d'information du ministère de la Santé;
 - c) à effectuer une analyse et réaliser une cartographie nationales des parties prenantes, notamment des institutions nationales et infranationales qui s'occupent de l'information sanitaire, en tant que processus de renforcement des observatoires nationaux de la santé;

- d) à fournir des financements suffisants, à soutenir les mesures nécessaires de sensibilisation des parties prenantes concernées, et à encourager la mise en place et le renforcement des observatoires nationaux de la santé;
- e) à identifier les technologies appropriées qui devraient être utilisées par les observatoires nationaux de la santé, en ayant à l'esprit l'état actuel de l'infrastructure de technologies de l'information dans leurs pays;
- f) à s'assurer que ces technologies sont conformes aux normes communes en matière de données et de communication, et qu'elles sont interopérables à la fois avec celles de l'Observatoire Africain de la Santé et avec celles des autres observatoires nationaux de la santé de la Région;
- g) à fournir un appui aux observatoires nationaux de la santé en matière de formation continue en élaborant et en fournissant des ressources appropriées pour l'apprentissage collectif, l'apprentissage en ligne ou les formes traditionnelles d'apprentissage;
- h) à assurer le suivi des observatoires nationaux de la santé, à documenter et partager les meilleures pratiques;

3. INVITE INSTAMMENT les partenaires internationaux à financer le renforcement des capacités des observatoires nationaux de la santé et à y participer activement afin de leur permettre de produire, d'acquérir, de partager et d'utiliser les informations, en harmonie avec les efforts des pays;

4. PRIE le Directeur régional :

- a) d'entreprendre le plaidoyer et de faciliter la coordination de l'action des partenaires en vue d'une mobilisation de ressources suffisantes et d'une coopération technique efficace;
- b) de fournir un appui technique à la création et au renforcement des observatoires nationaux de la santé;
- c) de soutenir les États Membres dans le suivi des observatoires nationaux de la santé, ainsi que dans la documentation et le partage des meilleures pratiques;
- d) de faire rapport des progrès réalisés à la soixante-troisième session du Comité régional, et par la suite tous les deux ans.

AFR/RC62/R6 Santé et droits de l'homme : Situation actuelle et perspectives dans la Région africaine

La soixante-deuxième session du Comité régional de l'Afrique,

Ayant examiné le rapport contenu dans le document AFR/RC62/11, intitulé «Santé et droits de l'homme : Situation actuelle et perspectives dans la Région africaine»;

Ayant à l'esprit que la Constitution de 1946 de l'Organisation mondiale de la Santé affirme que «la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale»;

Rappelant les principes de la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires de 1978, la Politique de la Santé Pour Tous dans la Région africaine pour le XXI^e siècle de 1998 et la Déclaration de Ouagadougou de 2008 sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique : Améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau Millénaire, qui réaffirment toutes que la santé constitue un droit fondamental de l'être humain;

Rappelant également que la Charte africaine des Droits de l'Homme et des Peuples reconnaît que «toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle [est] capable d'atteindre», et «engage les États parties à la Charte à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs populations et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie»;

Conscient du fait que les Orientations stratégiques pour l'OMS dans la Région africaine (2010-2015) engagent l'OMS à fournir aux pays un appui pour leur permettre d'élaborer des politiques et stratégies de santé concourant au renforcement de l'équité, tenant compte du genre et fondées sur les droits de l'homme;

Reconnaissant que les traités internationaux et régionaux sur les droits de l'homme, ainsi que les constitutions nationales, font obligation aux États Parties d'assurer la protection, le respect et la promotion du droit à la santé;

Reconnaissant le principe de la réalisation progressive, qui demande aux États Membres de prendre des mesures pour maximiser l'utilisation des ressources disponibles en vue d'assurer la pleine réalisation du droit à la santé par leurs citoyens;

1. APPROUVE le document AFR/RC62/11, intitulé «Santé et droits de l'homme : Situation actuelle et perspectives dans la Région africaine»;
2. INVITE INSTAMMENT les États Membres :
 - a) à promouvoir le droit à la santé dans les cadres juridiques, notamment les constitutions nationales, et à mettre en place les mécanismes de leur mise en œuvre, ainsi que de suivi et d'établissement de rapports;
 - b) à protéger le droit aux soins de santé des groupes de populations marginalisées et vulnérables, sans discrimination aucune, dans le contexte des cadres juridiques nationaux, et à mener la recherche sur la santé et les droits de l'homme;
 - c) à assurer une couverture sanitaire universelle par des stratégies de financement équitables et efficaces, afin de définir les éléments

minimaux essentiels du droit à la santé, notamment l'accès équitable à des établissements de santé et aux biens et services, ainsi que l'accès à l'éducation et à l'information sanitaires;

- d) à adopter une politique générale et/ou une loi sur la réglementation de la recherche pour la santé et à établir des comités nationaux et institutionnels d'éthique parfaitement outillés pour examiner et approuver la recherche faisant intervenir des participants humains;
- e) à renforcer la capacité technique des ministères de la Santé, des secteurs liés à la santé et d'autres parties prenantes à travailler avec des organismes des promotion des droits de l'homme et le Bureau régional de l'OMS, pour suivre, évaluer et faire valoir le droit à la santé;
- f) à renforcer les compétences des personnels de santé dans le domaine de la connaissance des normes et principes des traités et conventions sur les droits de l'homme, et en ce qui concerne l'application de ces normes et principes dans la prestation des soins de santé et la recherche pour la santé;

3. PRIE le Directeur régional :

- a) de promouvoir l'approche des droits de l'homme dans le développement de la santé, à la lumière de la Charte africaine des Droits de l'Homme et des Peuples et des mécanismes des droits de l'homme des Nations Unies;
- b) de fournir aux États Membres un appui dans la conception de politiques et stratégies fondées sur les normes et les principes des droits de l'homme, et adaptées aux besoins de leurs systèmes de santé;
- c) de fournir aux États Membres un appui dans le renforcement des capacités et de l'expertise concernant l'approche du développement sanitaire fondée sur les droits de l'homme;
- d) de mettre au point des outils de suivi pour évaluer les progrès réalisés;
- e) d'élaborer des lignes directrices pour la recherche en santé, sur la base des principes des droits fondamentaux de l'homme;
- f) de faire rapport à la soixante-cinquième session du Comité régional, et par la suite, de la mise en œuvre de la présente résolution.

AFR/RC62/R7 Examen et approbation de la Déclaration de Brazzaville sur les maladies non transmissibles

Le Comité régional,

Rappelant l'adoption de la Déclaration de Brazzaville sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles (MNT) dans la Région africaine de l'OMS par les ministres de la Santé et chefs de délégation des États Membres de la Région africaine de l'OMS, réunis dans le cadre d'une consultation ministérielle régionale

sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles tenue du 4 au 6 avril 2011 à Brazzaville (Congo);

Tenant compte de la double charge de morbidité sans cesse croissante due aux maladies transmissibles et aux maladies non transmissibles dans la Région africaine de l'OMS et des incapacités et décès prématurés liés aux maladies non transmissibles;

Conscient du fait que les maladies non transmissibles étaient à l'origine de plus de trois millions de décès en 2010, soit 40 % de tous les décès survenus dans la Région africaine; et conscient du fait que, si la tendance actuelle se maintient, les maladies non transmissibles devraient surpasser les maladies transmissibles, maternelles, périnatales et nutritionnelles comme les principales causes de décès en Afrique d'ici 2025;

Conscient du fait que les principales maladies non transmissibles sont liées à des facteurs de risque communs tels que le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool, une mauvaise alimentation, le manque d'exercice physique, et des infections dans certains cas; et que ces facteurs de risque, associés aux déterminants politiques, sociaux, comportementaux, environnementaux et économiques de la santé, soulignent la nécessité de mettre en place une riposte multisectorielle pour lutter contre les MNT;

Réaffirmant que la santé est un droit fondamental de la personne humaine et que l'engagement de renforcer les systèmes nationaux de santé constitue la base d'une approche intégrée visant à améliorer et à rendre plus équitables les résultats sanitaires;

Reconnaissant le déficit de financement, la pénurie aiguë de ressources humaines pour la santé qualifiées et la nécessité d'intensifier les interventions sanitaires essentielles;

Reconnaissant l'importance de l'implication et de l'autonomisation des communautés pour le développement sanitaire;

Tenant compte du fait que les actions de l'industrie du tabac peuvent influencer négativement sur l'atteinte des cibles en matière de lutte contre les MNT;

Rappelant les engagements récents, notamment : le document intitulé «Maladies non transmissibles : Une stratégie pour la Région africaine» (2000); la résolution WHA61.14 de l'Assemblée mondiale de la Santé intitulée «Lutte contre les maladies non transmissibles : mise en œuvre de la Stratégie mondiale»; la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT – 2003); le rapport de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé (2008); la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique (2008); l'Appel à l'action de Nairobi pour la promotion de la santé (2009); et l'Appel à l'action de Maurice sur le diabète, les maladies cardiovasculaires et les maladies non transmissibles (2009);

Notant que la Déclaration politique de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les maladies non transmissibles (septembre 2011) et la Déclaration préparatoire de Moscou (avril 2011) sont toutes les deux en parfaite harmonie avec la Déclaration de Brazzaville;

Rappelant la résolution WHA65.8 qui adopte une cible mondiale de réduction de 25 % du nombre total de décès prématurés imputables aux maladies non transmissibles d'ici 2025;

1. ENTÉRINE la Déclaration de Brazzaville sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles dans la Région africaine de l'OMS;

2. INVITE INSTAMMENT les États Membres :

- a) à prendre des mesures appropriées pour actualiser leurs politiques sanitaires et leurs plans stratégiques nationaux de santé pour se conformer à la Déclaration de Brazzaville sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles;
- b) à renforcer la capacité institutionnelle de mise en œuvre de la Déclaration de Brazzaville en réorientant les systèmes de santé et les politiques des acteurs vers la promotion et l'adoption de modes de vie sains par les individus, les familles et les communautés, dans le contexte des soins de santé primaires, en mettant l'accent sur la pleine application des stratégies existantes de l'OMS sur la lutte antitabac, l'alimentation, l'importance de l'activité physique pour la santé et l'usage nocif de l'alcool;
- c) à accroître les ressources nationales à la fois publiques et privées, à identifier et prendre des mesures nécessaires pour mettre en œuvre les politiques et stratégies nationales de prévention et de contrôle des maladies non transmissibles et pour réduire les incapacités associées;
- d) à renforcer les systèmes de santé, notamment : le financement de la santé; la formation; la fidélisation et l'augmentation des effectifs sanitaires; l'approvisionnement en médicaments, vaccins, fournitures et matériels médicaux et leur distribution; l'amélioration des infrastructures; la prestation de services de lutte contre les maladies non transmissibles fondés sur des bases factuelles et offrant un bon rapport coût-efficacité;
- e) à instituer, en tant que priorité, un système de suivi et de surveillance pour les MNT afin de générer des données fiables et d'utiliser des bases factuelles pour la sensibilisation, et renforcer l'engagement politique pour des actions nationales efficaces de prévention et de contrôle des MNT grâce à l'approche du cycle de vie;

3. PRIE le Directeur régional :

- a) de poursuivre le plaidoyer en faveur de l'accroissement des ressources destinées à la lutte contre les MNT dans la Région africaine;
- b) de fournir une orientation technique et un appui aux États Membres pour la mise en œuvre de la Déclaration de Brazzaville et des stratégies existantes de l'OMS sur les maladies non transmissibles, et de documenter et partager les meilleures pratiques;
- c) de fournir un appui aux pays pour leur permettre de renforcer les mécanismes de surveillance, de suivi et d'évaluation des MNT;
- d) de faire rapport au Comité régional en 2014, et ensuite tous les deux ans, des progrès réalisés dans la mise en œuvre de la Déclaration de Brazzaville sur les maladies non transmissibles.

AFR/RC62/R8 Application du Règlement sanitaire international (2005) dans la Région africaine de l'OMS

Le Comité régional,

Ayant examiné le document technique intitulé «Application du Règlement sanitaire international (2005) dans la Région africaine»;

Conscient du risque de survenue d'événements de santé publique de portée internationale et de leurs conséquences sociales et économiques négatives dans la Région africaine;

Profondément préoccupé par l'incapacité de tous les États Membres de la Région africaine à atteindre le niveau minimum des principales capacités requises en vertu du RSI (2005) à la date fixée du 15 juin 2012;

Notant que les capacités d'un grand nombre d'États Membres sont limitées pour leur permettre de se préparer, d'enquêter et de riposter de manière efficace et complète aux urgences de santé publique de portée internationale dues à des événements chimiques, biologiques et radionucléaires;

Rappelant les résolutions AFR/RC48/R2 sur la surveillance intégrée de la maladie, AFR/RC58/R2 sur le renforcement des laboratoires de santé publique, AFR/RC59/R4 sur les orientations de politique générale sur la création de centres d'excellence pour la surveillance de la maladie, les laboratoires de santé publique et la réglementation des aliments et des médicaments, WHA58.3 sur la révision du Règlement sanitaire international et WHA65.23 sur l'application du Règlement sanitaire international (2005);

Reconnaissant l'engagement et les efforts fournis jusqu'à présent par les États Membres et les partenaires dans l'application du Règlement sanitaire international à travers la stratégie de Surveillance intégrée de la Maladie et Riposte (SIMR);

Convaincu que la pleine application du Règlement sanitaire international (2005) par les États Membres contribuera à sauvegarder la sécurité de la santé publique internationale;

1. APPROUVE les actions proposées qui visent à accélérer l'application du Règlement sanitaire international (2005) par les États Membres et l'OMS dans la Région africaine;

2. INVITE INSTAMMENT les États Membres :

- a) à mettre en œuvre toutes les dispositions prévues dans les résolutions WHA65.23 de l'Assemblée mondiale de la Santé, AFR/RC48/R2, AFR/RC58/R2 et AFR/RC59/R4 du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique;
- b) à procéder à une évaluation à l'échelle nationale de l'état de mise en œuvre des principales capacités minimales requises en vertu du Règlement sanitaire international, afin d'identifier les lacunes qui entravent l'application harmonieuse de ce Règlement;
- c) à réviser les plans nationaux d'application du RSI (2005); à mettre l'accent sur les priorités identifiées et à mettre en place et/ou renforcer les capacités institutionnelles et des ressources humaines, la législation sanitaire nationale et les systèmes de suivi et d'évaluation qui permettront aux pays de respecter pleinement la nouvelle échéance du RSI (2005) fixée à 2014;
- d) à mobiliser les ressources financières et humaines nécessaires pour appliquer pleinement et maintenir les principales capacités requises en vertu du RSI;
- e) à renforcer la coordination et la collaboration sur les questions liées au RSI dans les États Membres et entre les secteurs pertinents et les partenaires, afin d'acquérir, de mettre en place et de maintenir les principales capacités en santé publique, en tenant compte du concept «Une seule santé»;
- f) à intégrer les interventions liées au Règlement sanitaire international, la Surveillance intégrée de la Maladie et Riposte et la gestion des risques de catastrophe;
- g) à promouvoir la collaboration transfrontalière pour surmonter les problèmes et risques pour la santé publique de préoccupation commune; et à mettre en œuvre et veiller à la pleine application du règlement sanitaire national et international;

- h) à collaborer avec l'OMS pour assurer une interprétation et une application correctes des prescriptions relatives aux voyages et aux échanges commerciaux internationaux qui concernent la fièvre jaune et les autres maladies susceptibles de constituer un risque pour la santé publique au niveau mondial;
- i) à faire rapport régulièrement à l'OMS des progrès réalisés dans l'application du RSI;

3. PRIE le Directeur régional :

- a) de continuer à fournir un appui technique aux États Membres pour la révision des plans nationaux d'application du RSI et des outils de suivi et d'évaluation, en vue de garantir l'acquisition des capacités minimales requises en vertu du RSI d'ici 2014;
- b) de continuer à fournir une orientation et un appui technique aux États Membres dans leurs efforts visant à acquérir les capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005);
- c) de promouvoir l'engagement des communautés économiques régionales et d'autres organisations internationales et parties prenantes pertinentes en faveur de l'application efficace du Règlement sanitaire international (2005);
- d) d'organiser des rencontres ministérielles transfrontalières sur les questions relatives à l'application du Règlement sanitaire international (2005);
- e) d'envisager l'identification d'un site pour le prépositionnement de fournitures essentielles pour une riposte rapide aux urgences de santé publique dans les petits États insulaires;
- f) de continuer à encourager la création de centres d'excellence dans des domaines comme la surveillance en santé publique, les laboratoires, la réglementation des produits alimentaires et des médicaments, la recherche et la formation, qui devraient soutenir l'application du règlement sanitaire national et international;
- g) de suivre les progrès réalisés par chaque État Membre dans l'application du RSI et de produire des rapports sur le suivi effectué aux niveaux régional et mondial;
- h) de faire rapport au Comité régional, chaque année, des progrès réalisés dans l'application du Règlement sanitaire international (2005) dans la Région africaine.

Le Comité régional,

Ayant examiné et échangé sur le rapport du Directeur régional, qui présente la mise en œuvre du budget programme 2010-2011 par les bureaux de pays et le Bureau régional, en appui aux États Membres, en vue de l'amélioration de la santé des populations dans la Région africaine de l'OMS (AFR/RC62/2);

Reconnaissant les défis auxquels la Région africaine était confrontée dans l'atténuation des conséquences de la grave crise financière qui touche les programmes prioritaires tels que les systèmes de santé; le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme; la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant; la promotion de la santé et la prévention primaire, notamment pour les maladies non transmissibles;

Préoccupé par la couverture insuffisante des interventions et services essentiels requis pour réaliser des progrès vers l'atteinte des objectifs régionaux et nationaux de santé;

Préoccupé également par la faiblesse persistante des systèmes de santé caractérisée par l'insuffisance des ressources humaines, la faiblesse des systèmes de gestion des achats et fournitures, la faiblesse de la collecte des données et des systèmes d'information, l'inefficacité des mécanismes de responsabilisation et le déficit d'engagement des communautés dans la promotion de leur propre santé et dans l'influence qu'elles pourraient avoir sur la qualité des services fournis;

Reconnaissant les efforts effectués par les pays dans l'intensification des interventions, des services et des acquis tels que la réduction de la charge due au paludisme, la baisse de l'incidence du VIH et l'accroissement de la couverture de la thérapie antirétrovirale;

1. REMERCIE le Directeur régional et l'ensemble du Secrétariat de l'OMS pour la clarté et la concision du rapport ; et
2. ADOPTE le rapport contenu dans le document intitulé «Activités de l'OMS dans la Région africaine 2010-2011 : Rapport biennal du Directeur régional»;
3. INVITE INSTAMMENT les États Membres :
 - a) à renforcer la capacité des institutions de formation en santé à accroître la production de personnels de santé, à renforcer les cadres réglementaires et à promouvoir la fidélisation des travailleurs de santé;
 - b) à renforcer les systèmes de gestion financière intégrés afin d'améliorer le financement de la santé;
 - c) à renforcer les systèmes nationaux d'assurance-santé afin de réduire les inégalités en matière de santé et d'assurer l'accès universel;

- d) à renforcer la collecte, la gestion et l'utilisation des données des registres d'état civil pour des besoins de planification;
4. PRIE le Directeur régional :
- a) de documenter et partager les expériences des huit pays qui ont réduit la mortalité maternelle, néonatale et infantile;
 - b) de soutenir l'harmonisation des cadres de réglementation de la production des travailleurs de santé dans tous les pays de la Région.

AFR/RC62/R10 Motion de remerciements

Le Comité régional,

Considérant les efforts immenses consentis par le chef de l'État, le Gouvernement et le peuple de la République d'Angola en vue d'assurer le plein succès de la soixante-deuxième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique tenue à Luanda du 19 au 23 novembre 2012;

Sensible à l'accueil particulièrement chaleureux que le Gouvernement et le peuple de la République d'Angola ont réservé aux délégués;

1. REMERCIE Son Excellence Monsieur José Eduardo dos Santos, Président de la République d'Angola, pour les excellentes installations mises à la disposition des délégués;
2. EXPRIME sa profonde gratitude au Gouvernement et au peuple de la République d'Angola pour leur remarquable hospitalité;
3. PRIE le Directeur régional de transmettre la présente Motion de remerciements à Son Excellence Monsieur José Eduardo dos Santos, Président de la République d'Angola.

PARTIE II

RAPPORT DU COMITÉ RÉGIONAL

OUVERTURE DE LA RÉUNION

1. La soixante-deuxième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a été officiellement ouverte le lundi 19 novembre 2012, au Centre de conférences de Talatona, à Luanda, au nom du Président de la République d'Angola, par Monsieur Manuel Domingos Vicente, le Vice-président de la République angolaise. Parmi les dignitaires de haut rang présents à la cérémonie d'ouverture se trouvaient des membres du Gouvernement de la République d'Angola, le Vice-gouverneur de la Province de Luanda, des ministres de la Santé et chefs de délégation des États Membres de la Région africaine de l'OMS, le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, le Dr Luis Gomes Sambo, des membres du corps diplomatique, ainsi que des représentants d'institutions du système des Nations Unies et d'organisations non gouvernementales.

2. Le Ministre de la Santé de la République d'Angola a souhaité aux ministres de la Santé et à leurs délégations respectives la bienvenue à la soixante-deuxième session du Comité régional. Il a souligné que l'Angola a pu abriter cette session du Comité régional grâce à la direction éclairée de Son Excellence Monsieur le Président de la République, qui a permis la restauration de la paix dans le pays, et grâce au développement politique et économique en cours. Le Ministre de la Santé a remercié le Président de la République des efforts déployés par l'État angolais pour améliorer la santé des populations. Le Ministre a mentionné les principales réalisations du secteur de la santé en Angola, qui comprennent l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage, le dernier cas ayant été notifié en juillet 2011, la réduction de la prévalence du VIH, l'amélioration de l'accès aux médicaments essentiels et la décentralisation des services de santé. Il a indiqué que si des progrès notables ont été réalisés, de nombreux défis restent à relever, qui commandent de redoubler d'efforts. Le Ministre de la Santé a souhaité aux délégués plein succès dans leurs travaux.



3. Dans son allocution, le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, le Dr Luis Gomes Sambo, a salué les efforts déployés par le gouvernement et le peuple angolais, qui ont bien voulu abriter la soixante-deuxième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique dans un contexte marqué par la paix, après un long conflit armé. Au nom du Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS, le Dr Sambo a souhaité la bienvenue aux ministres de la Santé, aux délégations, aux partenaires au développement et aux participants à la soixante-deuxième session du Comité régional. Il a exprimé sa profonde gratitude au Président, au Gouvernement et au peuple angolais qui ont bien voulu abriter le Comité régional et pour l'appui fourni aux activités menées par l'OMS dans la Région africaine.



4. Le Directeur régional a rappelé que la République d'Angola a abrité pour la première fois une réunion du Comité régional en 1956, pour sa sixième session. Il a indiqué que, à cette époque, les priorités sanitaires comprenaient la santé de la mère et de l'enfant, la fièvre jaune, l'onchocercose, la lèpre ou encore la variole. Depuis lors, de nombreux progrès ont été réalisés, en particulier sur le plan du contrôle et de l'éradication de certaines maladies transmissibles. En dépit de ces acquis, des défis majeurs restent à relever dans la Région. L'adoption des OMD a fourni une nouvelle opportunité de le faire en plaçant la santé au cœur du développement humain.

5. Le Dr Sambo a brossé un tableau d'ensemble des progrès réalisés dans la Région vers l'atteinte des objectifs sanitaires convenus sur le plan international. Il a exhorté les États Membres à adopter des politiques de santé qui permettent de résoudre les problèmes posés par les inégalités en matière de santé et de promouvoir l'action sur les déterminants sociaux de la santé afin de diminuer l'exposition des populations aux facteurs de risque des maladies, conformément à l'approche des soins de santé primaires. Le Directeur régional a souligné que l'amélioration du financement de la santé, le déploiement de ressources humaines pour la santé suffisantes et l'amélioration de l'accès à des technologies médicales adaptées et à des médicaments sont essentiels pour assurer la couverture sanitaire universelle.

6. Le Directeur régional a indiqué que la croissance économique actuelle dans la Région offre l'occasion de mettre en œuvre une réforme réussie du secteur de la santé. Il a ajouté que la réforme doit être axée sur les composantes du système de santé qui affichent des résultats insuffisants, à savoir le financement de la santé, les ressources humaines pour la santé, la gestion des données et de l'information, la surveillance, les technologies sanitaires, la recherche et l'innovation. Le Directeur régional a réitéré la nécessité de prendre en considération les opinions et les attentes des communautés dans le processus de prise de décision. Il a déclaré que le dialogue intersectoriel pour la santé doit se consolider davantage, à travers le rôle de chef de file du ministère de la Santé, afin d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et de créer des conditions propices à la réduction des inégalités dans le domaine de la santé en vue d'atteindre une couverture sanitaire universelle en Afrique.

7. Dans son discours d'ouverture, le Vice-président de l'Angola, Monsieur Manuel Domingos Vicente, a remercié le Comité régional de l'opportunité donnée à son pays d'abriter la soixante-deuxième session du Comité régional. Il a relevé que la santé, pilier essentiel du développement socioéconomique, constitue l'une des priorités majeures du Gouvernement de l'Angola. Le Vice-président a annoncé aux délégués que les réalisations du pays en matière de santé comprennent la réhabilitation et la construction de formations sanitaires, l'accroissement du financement de la santé et le déploiement de ressources humaines pour la santé à tous les niveaux. Le Vice-président a souligné que même si l'Angola a réalisé des progrès sur le plan du développement sanitaire, il reste à améliorer la qualité des services et l'équité dans l'accès aux soins de santé en vue d'atteindre les OMD. Monsieur Manuel Domingos Vicente a exprimé sa gratitude à l'ensemble des parties prenantes et aux partenaires au développement pour leur appui. Il a souhaité plein succès aux délégués du Comité régional dans leurs travaux et a déclaré officiellement ouverte la soixante-deuxième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.



ORGANISATION DES TRAVAUX

Mot d'ouverture de la Présidente de la soixante et unième session du Comité régional

8. La Présidente, le Premier Vice-président et le Deuxième Vice-président de la soixante et unième session du Comité régional n'ont pas pu prendre part à la session. En conséquence, et sur proposition du Directeur régional, le Comité régional a désigné le Ministre de la Santé du Liberia, le Dr Walter T. Gwenigale, pour présider la session en attendant l'élection du Président de la soixante-deuxième session du Comité régional. Le Ministre de la Santé du Liberia a remercié le Comité régional de cette marque de confiance.

Constitution du Sous-Comité des Désignations

9. Le Comité régional a nommé le Sous-Comité des Désignations comprenant les États Membres suivants : Bénin, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Lesotho, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sierra Leone, Tanzanie, Tchad, Togo et Zimbabwe. Le Sous-Comité s'est réuni le lundi 19 novembre 2012, en présence des représentants du Bénin, de l'Érythrée, de l'Éthiopie, du Lesotho, de la Tanzanie, du Tchad et du Zimbabwe. Le Sous-Comité des Désignations a élu comme Président le Ministre de la Santé du Bénin, le Professeur Dorothee Kinde Gazard.

Établissement des Sous-Comités A et B de la soixante-deuxième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique (Document AFR/RC62/3)

10. Le Comité régional a estimé qu'il était très difficile d'examiner en séance plénière, et en cinq jours de travail, tous les 27 points d'ordre du jour proposés. Par

conséquent, en vertu de l'article 16 de son Règlement intérieur, en particulier la Section VII (sur les Sous-Comités du Comité), qui dispose que «Le Comité peut établir tels sous-comités qu'il juge nécessaire pour étude et rapport de toute question qui figure à son ordre du jour. Il examine de temps à autre et, en tout cas, une fois par an, s'il convient de maintenir tout sous-comité établi sous son autorité», le Comité régional a établi le Sous-Comité A, pour étude des points 10, 12, 14, et 16 de l'ordre du jour, et le Sous-Comité B, pour étude des points 11, 13, 15 et 17. Le Comité régional a décidé que les points d'ordre du jour restants seraient examinés en séance plénière. Il a été décidé que le Président du Comité régional présiderait les séances plénières qui seraient chargées d'entériner les délibérations et les résolutions proposées par la plénière et les sous-comités.

Élection du Président, des Vice-présidents et des Rapporteurs de la séance plénière; désignation des présidents et des rapporteurs des Sous-Comités A et B

11. Après avoir examiné le rapport du Sous-Comité des Désignations, et en vertu des dispositions de l'article 10 du Règlement intérieur et de la résolution AFR/RC40/R1, le Comité régional a élu à l'unanimité les membres du bureau, comme suit :

Président :	Dr José Vieira Van-Dúnem Ministre de la Santé Angola
Premier Vice-président :	M. Housseynou Hamady Ba Ministre de la Santé Mauritanie
Deuxième Vice-président :	Dr Walter T. Gwenigale Ministre de la Santé Liberia
Rapporteurs :	Dr Mahlet Kifle Habtemariam Ministère de la Santé Éthiopie (pour l'anglais)
	Professeur Dorothee Kinde Gazard Ministre de la Santé Bénin (pour le français)
	Dr Elisabete Lopes Lima Ministère de la Santé Cap-Vert (pour le portugais)

12. En vertu des dispositions de l'article 16 de son Règlement intérieur, notamment la Section VII (sur les Sous-Comités du Comité), le Comité régional a élu à l'unanimité les membres des bureaux des Sous-Comités, comme suit :

Sous-Comité A :

Président : M. Housseynou Hamady Ba
Ministre de la Santé
Mauritanie

Rapporteur : Dr Mahlet Kifle Habtemariam
Ministère de la Santé
Éthiopie

Sous-Comité B :

Président : Dr Walter T. Gwenigale
Ministre de la Santé
Liberia

Rapporteur : Professeur Dorothee Kinde Gazard
Ministre de la Santé
Bénin

Adoption de l'ordre du jour et du programme de travail

13. Le Président de la soixante-deuxième session du Comité régional, le Dr José Vieira Van-Dúnem, Ministre de la Santé de la République d'Angola, a présenté l'ordre du jour provisoire (document AFR/RC62/1) et le programme de travail provisoire (voir respectivement les annexes 2 et 3). Ces documents ont été adoptés sans amendement. Le Comité régional a adopté l'horaire de travail suivant : une séance en matinée de 9h00 à 12h30, et une séance dans l'après-midi de 14h00 à 17h30, pauses café de 30 minutes comprises, avec des variations pour certains jours spécifiques.

Constitution du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs et réunions subséquentes

14. Le Comité régional a nommé le Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs, composé des représentants des États Membres suivants : Botswana, Burundi, Comores, Gambie, Ghana, Mali, Maurice, Mozambique, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine et Zambie.

15. Le Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs s'est réuni le 20 novembre 2012 et a élu comme Président le Dr Patrick Chikuso, Vice-ministre de la Santé de la Zambie.

16. Le Sous-Comité a examiné les pouvoirs présentés par les représentants des États Membres suivants : Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine,

République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe. Ces pouvoirs ont été jugés conformes aux dispositions de l'article 3 du Règlement intérieur du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

ACTIVITÉS DE L'OMS DANS LA RÉGION AFRICAINE 2010-2011 : RAPPORT BIENNAL DU DIRECTEUR RÉGIONAL(Document AFR/RC62/2)

17. Le document intitulé «Activités de l'OMS dans la Région africaine 2010-2011 : Rapport biennal du Directeur régional» a été présenté par le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, le Dr Luis Gomes Sambo. Le Directeur régional a indiqué que le rapport présente les grandes lignes de l'exécution du budget programme 2010-2011 et résume l'appui fourni par les bureaux de pays et le Bureau régional aux États Membres en vue d'améliorer la santé de leurs populations. Le rapport comprend un résumé d'orientation et sept chapitres : introduction; contexte; mise en œuvre du budget programme 2010-2011; réalisations notables, par objectif stratégique (OS); progrès réalisés dans la mise en œuvre des résolutions du Comité régional; défis, contraintes et leçons apprises; et conclusion.



18. Il a été signalé qu'au cours de la période sous revue, les activités de l'OMS dans la Région africaine ont été régies par quatre documents stratégiques clés, à savoir : le onzième programme général de travail (PGT); le plan stratégique à moyen terme (PSMT) 2008-2013; les Orientations stratégiques pour l'OMS 2010-2015 dans la Région africaine; et les Stratégies de Coopération de l'OMS avec les Pays (SCP). Le budget programme 2010-2011 a été mis en œuvre dans un contexte marqué non seulement par une lourde charge épidémiologique due aux maladies transmissibles et non transmissibles, la crise financière mondiale et la baisse de l'aide au développement, mais également par les réformes en cours des systèmes de santé et le processus de réforme de l'OMS.

19. Pour ce qui est de l'OS1 relatif aux maladies transmissibles, le document a signalé que la couverture de la vaccination systématique a été maintenue à 82 %; de même, quatre nouveaux vaccins ont été introduits dans la Région. La première Semaine africaine de la vaccination a été célébrée et 75 millions de personnes ont été vaccinées contre la poliomyélite. Aucun cas confirmé de méningite A n'a été notifié parmi les 58,5 millions de personnes qui ont reçu le MenAfriVac. L'incidence de la rougeole a été réduite, passant de 17,2 cas pour 100 000 habitants en 2010 à 4,2 cas pour 100 000 habitants en 2011. Un plaidoyer intensif a été entrepris afin de mobiliser les partenaires en faveur de la lutte contre les maladies tropicales négligées.

20. Concernant l'OS2 (sida, tuberculose et paludisme), le Dr Sambo a relevé que des progrès remarquables ont été réalisés dans l'augmentation de la couverture de

la thérapie antirétrovirale, la réduction du nombre de nouvelles infections à VIH et l'amélioration de la couverture de l'utilisation des antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant du virus – sept pays prioritaires ont assuré une couverture supérieure à 80 %, atteignant ainsi l'objectif de l'accès universel. En ce qui concerne la tuberculose, 15 pays ont atteint la cible de 70 % de taux de détection des cas et 20 pays ont réalisé le taux de 85 % fixé comme cible du succès du traitement. Douze pays ont dépassé les 50 % de réduction des cas de paludisme et de la mortalité liée à cette maladie entre 2000 et 2010.

21. Concernant l'OS3, le Directeur régional a souligné l'importance de la Déclaration de Brazzaville sur les maladies non transmissibles (MNT), adoptée en avril 2011. Il a indiqué que, au cours de la période biennale sous revue, 32 pays ont élaboré ou mettaient en œuvre des plans d'action intégrés de lutte contre les MNT. Concernant l'OS4, 13 pays étaient sur la bonne voie pour atteindre l'OMD 4, qui vise à réduire de deux tiers la mortalité des enfants de moins de cinq ans. Au total, 25 pays ont signalé une réduction de plus de 40 % du ratio de mortalité maternelle entre 1990 et 2010.

22. Au cours de la période biennale 2010-2011, les principales réalisations au titre de l'OS5, relatif aux urgences, aux catastrophes, aux crises et aux conflits, ont été l'élaboration de plans d'urgence pour répondre à tous les risques sanitaires et le fonctionnement effectif du Centre stratégique d'opérations sanitaires (SHOC). Ces actions ont amélioré la riposte de la santé aux urgences et flambées épidémiques. Des progrès ont été réalisés dans la création du Fonds africain pour les urgences de santé publique (FAUSP). Trente-sept pays ont élaboré des plans nationaux de mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI).

23. Concernant les OS6 et 7, la capacité générale des États Membres à adopter des approches multisectorielles face aux facteurs de risques et aux déterminants de la santé a été renforcée. L'OMS a soutenu 41 États Membres dans la ratification de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Selon des rapports, sept pays ont promulgué des lois complètes interdisant de fumer dans les lieux publics et cinq autres pays ont élaboré des documents de politique sur l'usage nocif de l'alcool. Sept pays ont obtenu des données sur les principaux facteurs de risque pour la santé des MNT à travers des enquêtes par étapes réalisées avec l'outil de surveillance OMS pour les facteurs de risque des MNT.

24. Concernant l'OS8, qui porte sur un environnement plus sain, le Directeur régional a rappelé l'adoption en 2010 de l'Engagement de Luanda sur la santé et l'environnement et de la Déclaration ministérielle conjointe sur le changement climatique et la santé. Par ailleurs, le Cadre pour l'adaptation de la santé publique au changement climatique a été approuvé lors de la soixante et unième session du Comité régional.

25. Le Directeur régional a indiqué que, dans le cadre de l'OS9, 22 pays ont pu recueillir des données de surveillance nationales sur les principales formes de

malnutrition, grâce au système intégré de surveillance de la maladie et riposte. Un appui a été fourni à 20 pays pour mettre en œuvre les nouvelles lignes directrices de l'OMS relatives au VIH et à l'alimentation du nourrisson. Plusieurs activités ont été organisées pour améliorer la sécurité sanitaire des aliments, au nombre desquelles le renforcement des capacités de surveillance des maladies d'origine alimentaire dans 33 pays.

26. Concernant l'OS10, le Directeur régional a fait observer que la capacité des systèmes de santé de district a été renforcée dans 21 pays par la formation, l'examen collégial, la décentralisation des ressources et le suivi. Les politiques nationales de santé et les plans stratégiques nationaux de santé ont été révisés dans 15 et 18 pays respectivement. L'Observatoire Africain de la Santé a été lancé, et l'on peut accéder à son site Internet, à l'adresse : www.aho.afro.who.int. L'Atlas des statistiques sanitaires 2011 a été publié.

27. Pour ce qui est des activités menées au titre de l'OS11, il convient de rappeler que les profils du secteur pharmaceutique ont été élaborés dans 37 pays. Des autorités nationales de réglementation des médicaments de 19 pays ont reçu une formation sur la conduite d'essais cliniques dans le cadre du Forum africain pour la réglementation des vaccins. Des gestionnaires et techniciens de laboratoire de tous les pays ont été formés en biosécurité de laboratoire et en gestion de la qualité afin de les sensibiliser à la gestion des risques de contamination.

28. Concernant l'OS12, le Directeur régional a évoqué les missions de haut niveau qu'il a effectuées dans 19 pays de la Région, et au-delà, pour plaider en faveur de l'accroissement de l'investissement dans la santé. Le nombre de participants au mécanisme Harmonisation pour la Santé en Afrique (HHA) a augmenté, le plaidoyer et l'action conjoints sur le financement de la santé ont été consolidés. Les partenariats avec la Fondation Bill et Melinda Gates (BMGF), l'USAID, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis d'Amérique, la Banque mondiale, le Réseau mondial des maladies tropicales négligées et la Commission de l'Union africaine ont été renforcés. Au niveau des pays, l'engagement de l'OMS dans le processus de l'UNDAF et son rôle de chef de file dans les activités conjointes des Nations Unies sur la santé se sont poursuivis dans 40 pays. Le Bureau régional et les bureaux de pays ont été restructurés pour faciliter le travail dans le cadre des nouvelles Orientations stratégiques 2010-2015. Quarante-cinq pays ont finalisé l'élaboration de la deuxième génération des Stratégies de Coopération de l'OMS avec les Pays.

29. Concernant l'OS13, le Système mondial de gestion (GSM) a été pleinement mis en œuvre dans tous les 46 bureaux de pays, dans les équipes d'appui interpays et au Bureau régional, ce qui a entraîné une plus grande visibilité du programme et l'accessibilité des informations financières en temps réel, ainsi que l'amélioration de la gestion du programme. Une évaluation des équipes d'appui interpays au cours de la période sous revue a montré que leur appui aux pays est très apprécié, 90 % des demandes recevant des réponses appropriées. Le renforcement de l'Unité

chargée du respect des procédures au Bureau régional a permis de clôturer la quasi-totalité des recommandations d'audits et d'améliorer la gestion des ressources financières et humaines.

30. Le Directeur régional a indiqué que le financement total reçu par la Région au titre de la période biennale 2010-2011 s'élevait à 92 % de l'allocation initiale approuvée par l'Assemblée mondiale de la Santé, mais avec un déséquilibre de financement entre les objectifs stratégiques. Au total, l'OS1 a bénéficié d'un financement suffisant, grâce aux fonds destinés à l'éradication de la poliomyélite, alors que les OS 4, 9 et 10 ont reçu moins de la moitié de leur allocation budgétaire.

31. Le Directeur régional a évoqué les défis majeurs, qui consistent notamment : à maintenir un niveau optimal d'appui dans les programmes prioritaires; à fournir un appui aux pays pour leur permettre d'investir davantage, de mieux gérer et de mettre à l'échelle les interventions essentielles qui permettraient d'assurer la couverture universelle des services de santé; à maintenir le cap et pérenniser les principaux acquis dans un contexte marqué par une multitude de priorités sanitaires concurrentes; à tirer parti du financement de la santé pour surmonter les faiblesses persistantes des systèmes de santé; et à adapter la politique et les programmes de santé pour qu'ils soient plus en adéquation avec les opinions et les attentes des communautés.

32. Pour conclure son exposé, le Dr Sambo a fait valoir la nécessité de mettre l'accent sur l'allègement du fardeau du paludisme, du VIH/sida, de la tuberculose, de la mortalité infantile et maternelle; de maintenir un niveau élevé de préparation aux urgences et catastrophes qui sont récurrentes dans la Région; et de verser en temps voulu les contributions au FAUSP. Le Directeur régional a ensuite insisté sur le fait que des mesures d'austérité budgétaire devaient être adoptées pour pallier l'important déficit de financement national et international qui touche certains programmes prioritaires.

33. Les questions soulevées pendant les échanges avec les délégués ont porté sur des points tels que l'insuffisance de financement pour certains objectifs stratégiques prioritaires; la transition des soins de santé socialisés dans le secteur public à l'externalisation des soins de santé au secteur privé; le lobbying actif des industries du tabac et de l'alcool, qui entrave la lutte contre le tabagisme et l'usage nocif de l'alcool; la faiblesse des systèmes de santé, notamment l'insuffisance des ressources humaines pour la santé; la nécessité de fournir davantage de bases factuelles et de promouvoir des opérations larvicides dans le cadre de la lutte intégrée contre les vecteurs du paludisme.

34. Les recommandations ci-après ont été faites aux États Membres :

- a) renforcer la capacité des institutions de formation en santé à accroître la production des agents de santé, consolider les cadres réglementaires et favoriser la fidélisation des agents de santé;

- b) renforcer les systèmes d'information intégrés de gestion financière de la santé afin d'améliorer le financement de la santé;
- c) accélérer le processus d'introduction de mécanismes de prépaiement (assurance maladie nationale, taxation ou financement communautaire) pour prévenir les inégalités dans le domaine de la santé;
- d) renforcer la collecte, la gestion et l'utilisation des registres d'état civil pour des besoins de planification.

35. Les recommandations ci-après ont été faites à l'OMS et aux autres partenaires :

- a) documenter et partager les expériences des huit pays qui ont réduit la mortalité maternelle, néonatale et infantile;
- b) soutenir l'harmonisation des cadres réglementaires pour la formation des personnels de santé dans les pays de la Région.

36. Le Comité régional a adopté le rapport contenu dans le document AFR/RC62/2, intitulé «Activités de l'OMS dans la Région africaine 2010-2011 : Rapport biennal du Directeur régional», et la résolution AFR/RC62/R9 y afférente.

TRANSFERT D'ÉTATS MEMBRES À LA RÉGION AFRICAINE (Document AFR/RC62/4)

37. Le document rappelle qu'en vertu de la résolution A/Res/65/308 de l'Assemblée générale des Nations Unies, le Soudan du Sud a été admis comme État Membre des Nations Unies le 14 juillet 2011. Il est devenu Membre de l'OMS le 27 septembre 2011, entrant dans la sphère géographique couverte par la Région de la Méditerranée orientale. La République du Soudan du Sud a exprimé son souhait d'être transférée de la Région de la Méditerranée orientale à la Région africaine de l'OMS.

38. Conformément à la résolution WHA49.6 de l'Assemblée mondiale de la Santé, la soixante-deuxième session du Comité régional de la Région africaine de l'OMS a examiné la demande de la République du Soudan du Sud et donné son avis en faveur du transfert de la République du Soudan du Sud à la Région africaine de l'OMS. Après avoir félicité et accueilli le Soudan du Sud, le Comité régional a demandé au Directeur régional de transmettre son avis, par l'intermédiaire du Directeur général de l'OMS, à la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, pour qu'elle l'examine et prenne une décision.

39. Le chef de la délégation du Soudan du Sud, qui a assisté au Comité régional en qualité d'observateur, a par la suite remercié les membres du Comité régional d'avoir soutenu la demande de transfert de son pays à la Région africaine. Il a émis le vœu de voir la situation sanitaire des populations de son pays s'améliorer, grâce

à la collaboration du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et à la coopération avec les autres États Membres.

INTERVENTION DU PRÉSIDENT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME (Document AFR/RC62/5)

40. Dans son intervention, le Président du Sous-comité du Programme (PSC), le Dr L. Makubalo, a indiqué que le Comité s'est réuni à Brazzaville, République du Congo, du 9 au 13 juillet 2012, puis à Luanda, République d'Angola, les 18 et 19 octobre 2012. Le PSC a examiné les documents de travail et les projets de résolutions du Comité régional pour s'assurer qu'ils sont en phase avec les besoins de santé publique des populations de la Région africaine de l'OMS. Au total, le PSC a recommandé les versions amendées de 13 documents de travail et de 8 projets de résolutions à l'examen et à l'adoption du Comité régional.

GESTION DES RISQUES DE CATASTROPHE : UNE STRATÉGIE POUR LE SECTEUR DE LA SANTÉ DANS LA RÉGION AFRICAINE (Document AFR/RC62/6)

41. Le document rappelle que la Région africaine de l'OMS demeure confrontée à de fréquentes situations d'urgence, d'origine naturelle ou humaine, qui causent des traumatismes, des décès, des déplacements de populations, la destruction d'établissements de santé et l'interruption des services. Les situations d'urgence entraînent souvent des catastrophes. Les développements récents ont occasionné un changement de paradigme au profit de la gestion des risques de catastrophe, qui doit mettre l'accent non seulement sur les interventions en cas d'urgences et de catastrophes et l'atténuation de leurs effets, mais également sur leur prévention par le renforcement de la gestion des risques. Cela suppose de prendre en compte tous les risques potentiels et l'ensemble des facteurs qui contribuent à la santé. Aussi, le but de la stratégie régionale est de contribuer à la sécurité humaine et au développement à travers l'amélioration de la gestion des risques de catastrophe par le secteur de la santé, y compris la mise en place d'une riposte appropriée aux urgences et aux catastrophes.

42. La stratégie régionale propose aux États Membres de renforcer la gestion des risques de catastrophe par : l'élaboration de lois et de politiques appropriées; le renforcement des capacités dans les ministères de la Santé; l'évaluation et la cartographie des risques du point de vue du secteur de la santé; l'évaluation de la sécurité et l'application des normes de construction des hôpitaux et des autres établissements de santé; le renforcement de la résilience des communautés et de la préparation aux catastrophes; l'élaboration de normes nationales de riposte; le renforcement des bases factuelles et la gestion des connaissances. Toutes ces actions devraient assurer que le système de santé est bien préparé et capable de répondre efficacement aux urgences et de réduire la probabilité que des situations d'urgence ne se transforment en catastrophes.

43. Les questions soulevées lors des échanges ont porté sur la prise en compte du rôle du changement climatique; l'implication du secteur privé; le renforcement du rôle de chef de file des ministères de la Santé, y compris la fourniture d'orientations sur la façon dont les ministères de la Santé peuvent entreprendre le plaidoyer auprès des industries en faveur de la réduction des pratiques néfastes pour la santé qui accroissent les risques de catastrophe; l'adoption d'approches intersectorielles et multisectorielles, notamment l'engagement des décideurs de haut niveau. Les autres sujets débattus comprennent la nécessité de mettre l'accent sur la prévention des urgences et la préparation à y faire face, ainsi que le besoin de mobiliser rapidement des ressources pour atténuer l'effet des catastrophes. Il a été relevé qu'une attention particulière doit être accordée aux petits États insulaires, et aux petits pays, en raison de leur plus grande vulnérabilité aux effets du changement climatique. La nécessité d'impliquer les communautés et de renforcer la collaboration transfrontalière en matière de gestion des risques de catastrophe a également été évoquée.

44. Les recommandations ci-après ont été faites aux États Membres :

- a) élaborer, mettre en œuvre, suivre et évaluer les politiques, stratégies et plans nationaux de gestion des risques de catastrophe;
- b) garantir la disponibilité de fonds nationaux pour la gestion des risques de catastrophe, y compris des ressources mobilisées auprès du secteur privé;
- c) établir des mécanismes de partage de l'information sur la gestion des risques de catastrophe entre les pays.

45. Les recommandations ci-après ont été faites à l'OMS et aux autres partenaires :

- a) rendre opérationnel le Fonds africain pour les urgences de santé publique le plus tôt possible;
- b) faciliter la collecte et la diffusion de l'information sur les risques de catastrophe, ainsi que la transmission des signes d'alerte précoce aux pays;
- c) fournir un appui technique aux États Membres pour élaborer, mettre en œuvre, suivre et évaluer les politiques, stratégies et plans de gestion des risques de catastrophe, et faciliter la création d'un groupe de travail dans les États Membres pour superviser ces politiques, stratégies et plans.

46. Le Comité régional a adopté avec amendements le document AFR/RC62/6, intitulé «Gestion des risques de catastrophe : Une stratégie pour le secteur de la santé dans la Région africaine», et la résolution AFR/RC62/R1y afférente.

FEUILLE DE ROUTE POUR AUGMENTER LES EFFECTIFS SANITAIRES EN VUE D'UNE MEILLEURE PRESTATION DE SERVICES DE SOINS DE SANTÉ DANS LA RÉGION AFRICAINE 2012–2025 (Document AFR/RC62/7)

47. Le document relève que les ressources humaines pour la santé (RHS) ont constitué l'une des priorités du programme régional et mondial de développement sanitaire, en tant que composante essentielle de l'édification de systèmes de santé fonctionnels susceptibles de garantir l'accès universel à des services sanitaires de qualité. En octobre 2011, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a organisé une consultation régionale, sur le thème du renforcement des capacités des personnels de santé à assurer une meilleure prestation de services de santé en Afrique. Cette consultation a abouti à l'élaboration d'une feuille de route régionale, fruit d'une analyse approfondie des problèmes inhérents aux effectifs sanitaires qui entravent la couverture universelle des soins de santé dans la Région africaine. La feuille de route propose des axes stratégiques assortis d'actions prioritaires à mener pour surmonter les difficultés rencontrées. Le document de la feuille de route régionale devrait servir de guide aux pays dans l'élaboration de leurs feuilles de route nationales et la prise d'actions visant la mise à l'échelle d'interventions pertinentes et l'accélération des progrès vers la production et la gestion appropriée des professionnels de santé.

48. La feuille de route met l'accent sur les actions se rapportant aux axes stratégiques suivants : le renforcement de capacités dans les pays en matière d'encadrement et de gouvernance des RHS; la création ou le renforcement des dispositifs nationaux de réglementation des ressources humaines pour la santé; l'amélioration des dispositifs de coordination et d'harmonisation; l'accroissement de l'investissement pour la production des RHS, en tenant compte de la nécessité de disposer de l'éventail des compétences requises; l'optimisation du déploiement, de la fidélisation et de la performance des personnels de santé disponibles; l'amélioration de l'information et des bases factuelles sur les effectifs sanitaires, y compris la création d'observatoires nationaux des RHS; l'accroissement de la prévisibilité et de la viabilité du financement des plans de développement des RHS; et l'institutionnalisation, le renforcement et la pérennisation des plateformes de dialogue et de collaboration avec les acteurs et partenaires clés.

49. Les délégués ont souligné l'importance du rôle que les ressources humaines jouent dans le renforcement des systèmes de santé en général et la prestation des services de santé en particulier. Le Comité régional a insisté sur la nécessité : d'accroître le recrutement des personnels de santé; d'assurer une répartition appropriée des effectifs sanitaires entre secteur public et secteur privé, zones urbaines et zones rurales; de fidéliser/motiver les personnels de santé par des conditions de travail et de vie appropriées. Le coût à supporter pour la production et la fidélisation des personnels de santé a suscité des préoccupations, tout comme le coût de la formation des spécialistes, les effets négatifs de la fuite des cerveaux et le rôle limité des ministères de la Santé dans le domaine de la production, du recrutement et de la rémunération des personnels de santé.

50. Les recommandations ci-après ont été faites aux États Membres :

- a) renforcer le rôle des ministères de la Santé en matière de planification et d'optimisation de la production, du recrutement et de la fidélisation des personnels de santé;
- b) garantir la disponibilité d'infrastructures et équipements appropriés pour améliorer la situation des institutions de formation, ainsi que les conditions de travail et de vie des personnels de la santé;
- c) harmoniser les normes et standards, et faciliter l'échange des personnels de santé entre les pays;
- d) renforcer la coopération Sud-Sud dans l'augmentation du nombre de RHS;
- e) suivre et évaluer les capacités et la performance des institutions publiques et privées de formation.

51. Les recommandations ci-après ont été faites à l'OMS et aux autres partenaires :

- a) continuer à soutenir l'élaboration et la mise en œuvre, au plan national, des politiques sur les ressources humaines, des plans stratégiques et des feuilles de route, en assurant, tous les deux ans, le suivi et l'évaluation du niveau de mise en œuvre;
- b) faciliter l'harmonisation des normes et standards de ressources humaines pour la santé, en collaboration avec les communautés économiques régionales existantes.

52. Le Comité régional a adopté avec amendements le document AFR/RC62/7, intitulé «Feuille de route pour augmenter les effectifs sanitaires en vue d'une meilleure prestation des services de soins de santé dans la Région africaine 2012-2025», et la résolution AFR/RC62/R3 y afférente.

EXAMEN ET APPROBATION DE LA DÉCLARATION DE BRAZZAVILLE SUR LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES (Document AFR/RC62/8)

53. Le document rappelle que, dans le cadre des préparatifs du Sommet de haut niveau des chefs d'État et de Gouvernement des Nations Unies sur les maladies non transmissibles (MNT) tenu à New York en septembre 2011, et de la première conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les MNT organisée conjointement par la Fédération de Russie et l'Organisation mondiale de la Santé en avril 2011 à Moscou, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a organisé une consultation ministérielle régionale sur les MNT en avril 2011, à Brazzaville (Congo). La consultation régionale a adopté la «Déclaration de Brazzaville sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles dans la

Région africaine de l'OMS». La Déclaration reconnaît que des MNT telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, les cancers, les affections respiratoires chroniques, les hémoglobinopathies (en particulier la drépanocytose), les troubles mentaux, la violence et les traumatismes posent un important défi pour le développement dans la Région africaine de l'OMS. La Déclaration de Brazzaville souligne aussi la nécessité de renforcer les systèmes nationaux de santé et la capacité institutionnelle de prévention et contrôle des MNT.

54. Au cours de ses échanges sur le document, le Comité régional a félicité l'OMS de la tenue d'une consultation régionale sur les MNT. Le Comité régional a reconnu que les MNT constituent un nouveau défi majeur que le secteur de la santé ne peut relever seul, d'où la nécessité d'adopter une approche multisectorielle et de favoriser la participation des communautés. Les délégués ont souligné l'importance de la prévention primaire des facteurs de risques des MNT (tabagisme, usage nocif de l'alcool, sédentarité et mauvaise alimentation) afin de prévenir et de réduire la charge due aux MNT. Ils ont déploré l'interférence inacceptable des industries du tabac et de l'alcool dans l'élaboration et la mise en œuvre des plans nationaux, ainsi que la publicité à outrance des produits du tabac et de l'alcool. Les délégués ont convenu de la nécessité d'accorder également de l'intérêt aux affections et maladies non transmissibles qui semblent affecter tout particulièrement la Région africaine, à savoir la drépanocytose, les troubles mentaux et les traumatismes, et d'assurer la surveillance des MNT afin de fournir des bases factuelles sur leur charge épidémiologique en vue d'éclairer la prise de décision.

55. Les recommandations ci-après ont été faites aux États Membres :

- a) renforcer le diagnostic et le traitement précoces des MNT;
- b) renforcer les systèmes de surveillance, pour y inclure les MNT;
- c) trouver le juste équilibre entre la prévention (promotion de la santé et prise en compte des principaux facteurs des risques) et les soins des MNT.

56. Les recommandations ci-après ont été faites à l'OMS et aux autres partenaires :

- a) fournir une assistance technique aux pays dans la mise en œuvre de la Déclaration de Brazzaville sur les MNT;
- b) soutenir le plaidoyer en faveur de la prévention et du contrôle des MNT;
- c) entreprendre le plaidoyer et/ou fournir des ressources additionnelles à la lutte contre les MNT.

57. Le Comité régional a adopté avec amendements le document AFR/RC62/8, intitulé «Examen et approbation de la Déclaration de Brazzaville sur les maladies non transmissibles», et la résolution AFR/RC62/R7 y afférente.

PROMOTION DE LA SANTÉ : STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE (Document AFR/RC62/9)

58. Le document rappelle la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986), qui définit la promotion de la santé comme le processus qui permet aux individus d'accroître le contrôle sur leur santé et de l'améliorer. La promotion de la santé vise l'adoption de comportements sains et l'autonomisation des individus, des familles, des ménages et des communautés pour leur permettre de prendre des mesures propices à une bonne santé. La promotion de la santé renforce les changements structurels souhaités par des politiques, une législation et une réglementation. Le document relève que des lacunes et défis importants entravent encore la promotion de la santé sur divers plans, à savoir l'encadrement, la mise en œuvre des interventions, la participation et l'autonomisation des communautés, la production de bases factuelles et le financement viable. Le document montre que la pauvreté, les inégalités entre hommes et femmes, les catastrophes naturelles, les conflits, le changement climatique et la faiblesse des systèmes de santé limitent la portée des actions de promotion de la santé dans la Région.

59. La stratégie vise à poursuivre et intensifier les interventions multisectorielles de promotion de la santé afin de contribuer à la réduction des principales causes de décès évitables, d'incapacités, de maladies/affections majeures et des menaces nouvelles et réémergentes pour la santé dans la Région africaine. Les mesures proposées comprennent : le renforcement du rôle de tutelle du ministère de la Santé; le renforcement de la capacité technique nationale de promotion de la santé; le maintien de la capacité institutionnelle à assurer la promotion de la santé aux niveaux national, régional et local; l'utilisation de divers mécanismes et processus de communication afin d'accroître la sensibilisation, l'intérêt et d'induire un changement positif de comportements; la collecte et la diffusion de bases factuelles sur les meilleures pratiques et les approches efficaces de promotion de la santé; la création de dispositifs viables de financement innovant de la promotion de la santé pour financer comme il se doit les interventions dans les programmes; le renforcement des partenariats, des alliances et des réseaux fonctionnels; et le renforcement des capacités communautaires de promotion de la santé.

60. Le Comité régional a souligné le rôle important joué par les individus, les familles et les communautés en tant que coproducteurs des résultats sanitaires. La question de l'intégration de la promotion de la santé dans les programmes a été soulevée, notamment la nécessité de se focaliser sur les jeunes. Les délégués ont pris note de l'importance des approches innovantes, en particulier les technologies de l'information et de la communication et les médias sociaux, pour toucher une frange plus importante de la population, notamment les jeunes. Les délégués ont noté avec intérêt la proposition visant à ériger en directions les unités de promotion

de la santé des ministères de la Santé, tout en faisant observer que le plus important était de mettre en place des structures viables et efficaces.

61. Le Comité régional a recommandé aux États Membres d'accélérer la mise en œuvre de «l'Appel à l'action sur la promotion et le développement de la santé» lancé à Nairobi en 2009. Le Comité régional a également recommandé à l'OMS et aux autres partenaires d'explorer des voies et moyens innovants susceptibles de renforcer la promotion de la santé, notamment l'utilisation des médias sociaux pour toucher les jeunes, et de promouvoir la santé dans les États Membres.

62. Le Comité régional a adopté avec amendements le document AFR/RC62/9, intitulé «Promotion de la santé : Stratégie pour la Région africaine», et la résolution AFR/RC62/R4 y afférente.

VIH/SIDA : STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE (Document AFR/RC62/10)

63. Le document relève que plus de trente ans après sa découverte, la pandémie du VIH/sida continue de poser un problème de développement à long terme dans la Région africaine de l'OMS, qui supporte 69 % de la charge de morbidité totale et enregistre plus de 70 % des décès liés au sida dans le monde. Certes, le nombre de nouvelles infections à VIH a diminué, mais la prévalence moyenne reste élevée et d'un niveau inacceptable dans la Région africaine, car elle était estimée à 4,8 % en 2011, avec un taux bien plus élevé en Afrique australe. Le document fournit des orientations pour la mise en œuvre de la stratégie mondiale du secteur de la santé de l'OMS sur le VIH/sida 2011-2015 dans la Région africaine. Il vise à accélérer les ripostes nationales au VIH, à réaliser des progrès vers l'atteinte des cibles fixées par les pays en matière d'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien dans le domaine du VIH et à contribuer à l'atteinte du sixième objectif du Millénaire pour le développement (OMD 6) et des autres objectifs liés à la santé.

64. Les interventions proposées comprennent : l'intensification de la prévention du VIH; l'élimination de la transmission mère-enfant du virus; l'élargissement de l'accès à des services de dépistage du VIH et de conseil; l'élargissement et l'optimisation du traitement et des soins du VIH/sida pour les enfants, les adolescents et les adultes; la réduction des coinfections et des comorbidités chez les personnes vivant avec le VIH; le renforcement des activités de collaboration dans le cadre de la lutte contre la tuberculose et le VIH; la fourniture de soins complets et d'un soutien aux personnes vivant avec le VIH; et la fourniture d'un ensemble complet d'interventions de lutte contre le VIH/sida pour satisfaire les besoins des principales populations. Les actions proposées pour améliorer la capacité des systèmes de santé à fournir des interventions et des services de lutte contre le VIH/sida sont les suivantes : renforcer le rôle de tutelle et de chef de file des pouvoirs publics; renforcer les ressources humaines pour la santé; consolider les systèmes d'approvisionnement et de gestion des fournitures médicales et améliorer la capacité des laboratoires; renforcer les systèmes d'information stratégique; et

inclure les questions liées au genre et aux droits de l'homme dans la conception, la prestation et le suivi des services de santé.

65. Le Comité régional a réitéré l'importance de l'intégration, de la décentralisation et du renforcement des systèmes de santé en tant que piliers essentiels d'une mise en œuvre réussie des interventions dans le domaine du VIH/sida. Les délégués ont fait valoir la nécessité d'accorder une attention accrue à certains groupes de populations comme les femmes, les enfants et les adolescents, ainsi que les hommes, sans oublier d'autres populations clés comme les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes et les consommateurs de drogues injectables. Des efforts spécifiques doivent être faits en direction des hommes, pour les attirer vers les services de prévention et de soins du VIH. Les participants ont également souligné la nécessité d'assurer un entretien efficace des différents types d'équipements utilisés dans la lutte contre le VIH/sida, tout en veillant à la formation du personnel de santé préposé à l'emploi de ces équipements, notamment les spécialistes des questions biomédicales. Le Comité régional a souligné la nécessité de considérer l'accès aux services comme un droit de la personne humaine, et d'entreprendre des actions visant à aligner la stratégie de lutte contre le VIH/sida sur le document AFR/RC62/11, qui aborde la thématique de l'accès aux technologies et produits médicaux et l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC). Des actions devront être prises pour demander l'extension des ADPIC et diminuer le prix des médicaments du VIH.

66. Les recommandations ci-après ont été faites aux États Membres :

- a) renforcer les liens entre les services de VIH/sida et les services de santé sexuelle et génésique, notamment la santé des adolescents;
- b) mettre en œuvre des interventions en faveur des populations à haut risque telles que les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, les consommateurs de drogues injectables, et les travailleurs ou travailleuses du sexe, y compris la création d'un environnement propice;
- c) continuer à examiner les voies et moyens qui permettraient que les financements internes complètent progressivement le financement des donateurs pour améliorer la viabilité des actions.

67. Les recommandations ci-après ont été faites à l'OMS et aux autres partenaires :

- a) conseiller les pays sur les méthodes à utiliser dans la mise en œuvre du traitement comme prévention, en tenant compte du contexte africain;
- b) soutenir les pays de la SADC dans la préparation de la prochaine réunion sur la coinfection tuberculose/VIH;

- c) entreprendre le plaidoyer auprès de l'Union africaine en faveur de l'extension de l'accord sur les ADPIC au-delà de 2016.

68. Le Comité régional a adopté avec amendements le document AFR/RC62/10, intitulé «VIH/sida : Stratégie pour la Région africaine», et la résolution AFR/RC62/R2 y afférente.

SANTÉ ET DROITS DE L'HOMME : SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES DANS LA RÉGION AFRICAINE (Document AFR/RC62/11)

69. Le document précise que les droits de l'homme sont des garanties juridiques universelles protégeant les individus contre des actions et omissions qui portent atteinte aux libertés individuelles, aux droits fondamentaux et à la dignité humaine. Le droit à la santé est l'un des droits fondamentaux de l'homme, reconnu par l'article 25 de la Déclaration universelle des Droits de l'Homme de 1948, qui dispose que toute personne a droit à un «niveau de vie suffisant» pour assurer sa santé. Le droit à la santé a été consacré pour la première fois en 1946, par la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), qui affirme que la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue «l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale». Alors que le droit à la santé a été reconnu et inclus dans les constitutions nationales de certains pays, il subsiste des inégalités importantes et croissantes dans la prestation des soins de santé et l'accès à ces soins dans les pays.

70. Les mesures proposées pour favoriser la pleine application du droit à la santé comprennent : l'établissement dans les pays de dispositifs institutionnels permettant de veiller à la réalisation et à l'application des droits de l'homme; le renforcement de l'accès universel aux services de soins de santé primaires; l'amélioration de l'accès aux technologies et produits médicaux; le respect de la déontologie de la recherche biomédicale; la réduction des inégalités par l'intégration systématique de l'approche sexospécifique dans l'élaboration de stratégies et d'autres politiques nationales du secteur de la santé axées sur la prévention; l'élimination de la marginalisation, de la stigmatisation et de la discrimination; l'amélioration de la sensibilisation et une meilleure compréhension des droits de l'homme et de la santé à travers une approche multisectorielle. Pour ce faire, les institutions nationales des droits de l'homme, la société civile et le grand public doivent jouer un rôle actif dans le suivi et la protection de ce droit au cours de sa mise en œuvre.

71. Les délégués ont souligné que les questions suivantes méritent une attention particulière : i) les mutilations génitales féminines doivent être reconnues comme une violation du droit des femmes et des filles et une entrave à la pleine jouissance de leur droit à la santé; ii) les pays ont besoin d'orientations sur la manière d'appliquer le droit à la santé, ce qui passe par la définition d'indicateurs, de cibles et d'un calendrier; iii) il est nécessaire de sensibiliser les agents de santé aux points de prestation des services, en particulier dans les institutions dirigées par des

organisations religieuses. Les délégués ont longuement débattu sur la possibilité d'inclure les homosexuels en tant que groupe requérant une mention spéciale dans le document. En fin de compte, le Comité régional a décidé de ne pas énumérer de groupes spécifiques, en soulignant néanmoins que les soins de santé doivent être dispensés à tous, sans discrimination.

72. Les recommandations ci-après ont été faites aux États Membres :

- a) s'efforcer d'atteindre la cible d'Abuja en allouant 15 % du budget national au secteur de la santé en tant qu'investissement minimum visant à assurer la couverture sanitaire universelle;
- b) améliorer l'application des lois et politiques sur les droits de l'homme, particulièrement en matière d'accès aux soins;
- c) envisager de mettre en place des dispositifs innovants pour l'accès et le financement de la santé aux points de prestation de soins, notamment l'utilisation de cartes à puces.

73. Les recommandations ci-après ont été faites à l'OMS et aux autres partenaires :

- a) fournir des orientations relatives à la recherche pour la santé et les droits de l'homme, ainsi que des directives sur la recherche pour la santé;
- b) fournir un appui aux pays pour leur permettre d'appliquer la résolution sur la santé et les droits de l'homme.

74. Le Comité régional a adopté avec amendements le document AFR/RC62/11, intitulé «Santé et droits de l'homme : Situation actuelle et perspectives dans la Région africaine», et la résolution AFR/RC62/R6 y afférente.

APPLICATION DU RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (2005) DANS LA RÉGION AFRICAINE (Document AFR/RC62/12)

75. Le document rappelle que le Règlement sanitaire international (2005), encore désigné le «RSI», est un instrument international juridiquement contraignant qui a pour objet de prévenir et maîtriser la propagation internationale des maladies tout en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux. En vertu du RSI, les États Membres ont convenu d'appliquer les mesures prévues, et ils sont invités à acquérir, à mettre en place et à maintenir des capacités minimales essentielles en santé publique, afin de détecter, évaluer, notifier et déclarer des événements, et de réagir rapidement et efficacement en cas de risques pour la santé publique et d'urgences de santé publique de portée internationale. Le document relève avec préoccupation que tous les États Membres de la Région africaine n'ont pas respecté le délai du 15 juin 2012 fixé pour l'acquisition des capacités minimales requises en vertu du RSI.

76. Les actions proposées comprennent : la fixation de 2014 comme échéance pour la pleine acquisition des principales capacités requises en vertu du RSI; la réalisation d'une évaluation des besoins, l'identification des besoins non satisfaits et l'utilisation des lacunes décelées pour mobiliser des ressources; une définition claire des rôles et responsabilités de chaque secteur et des partenaires, et l'institution de mécanismes de coordination et de collaboration multisectorielles; la dotation des points focaux RSI de moyens de communication appropriés et la mise en place de mécanismes de fidélisation des points focaux nationaux RSI; l'évaluation et la révision, le cas échéant, des législations nationales pour les rendre conformes aux prescriptions du RSI; l'actualisation de la liste des zones où le risque de transmission de la fièvre jaune existe; l'application des dispositions de l'article 2 du RSI (Objet et portée); l'amélioration des systèmes de surveillance et la déclaration à l'OMS, dans les 24 heures, de tout événement de santé publique de portée nationale et internationale; le renforcement des capacités des laboratoires de santé publique; et la dotation des points d'entrée désignés en équipements.

77. Au cours des échanges qui ont suivi, le Comité régional a exprimé sa préoccupation par rapport à la lenteur dans l'application du RSI dans la Région, à la coordination et à la communication multisectorielles peu efficaces au niveau des pays, aux capacités limitées des ressources humaines à appliquer le RSI, aux interprétations différentes du RSI en ce qui concerne les voyages et les échanges commerciaux internationaux, ainsi qu'à l'absence d'une définition claire des fonctions du point focal national RSI, sans oublier les difficultés à mobiliser les ressources pour l'application du RSI. Les États Membres ont fait valoir la nécessité pour les pays de se doter de réseaux de laboratoires sous-régionaux et de laboratoires de référence, tout comme d'une capacité améliorée à faire face aux risques chimiques et radionucléaires. Les États Membres ont également relevé les défis inhérents à l'application des prescriptions du RSI, surtout lors d'événements majeurs comme la Coupe du monde et les conférences internationales, et la faiblesse des systèmes de surveillance aux niveaux du district et de la communauté.

78. Les recommandations ci-après ont été faites aux États Membres :

- a) s'assurer qu'ils introduisent officiellement une demande pour obtenir un délai supplémentaire d'application du RSI de deux ans, pour permettre à l'OMS et aux partenaires de soutenir leurs plans de mise d'application du RSI;
- b) saisir l'opportunité fournie par l'approche «Une seule santé» pour renforcer l'application du RSI, dans le cadre de la collaboration intersectorielle;

- c) intégrer le RSI, la Surveillance intégrée de la Maladie et Riposte (SIMR) et la gestion des risques de catastrophe (GRC) pour garantir des synergies.

79. Les recommandations ci-après ont été faites à l’OMS et aux autres partenaires :

- a) fournir un appui aux pays pour leur permettre de renforcer leurs systèmes d’alerte précoce des événements de santé publique;
- b) fournir un appui aux pays pour simplifier les outils de suivi et évaluation, renforcer la capacité de collecte, d’interprétation et d’utilisation des données, en vue d’une riposte rapide aux événements de santé publique;
- c) continuer de fournir un appui aux pays pour les aider à acquérir les principales capacités requises en vertu du RSI, notamment par l’organisation de réunions transfrontalières pour discuter de questions se rapportant au RSI;
- d) envisager l’établissement d’un site pour le prépositionnement de kits d’urgence pour les petits États insulaires de l’océan Indien afin de permettre la mise en place d’une riposte rapide en cas d’événements de santé publique.

80. Le Comité régional a adopté avec des amendements le document AFR/RC62/12, intitulé «Application du Règlement sanitaire international (2005) dans la Région africaine», et la résolution AFR/RC62/R8 y afférente.

L'OBSERVATOIRE AFRICAIN DE LA SANTÉ : UNE OPPORTUNITÉ DE RENFORCER LES SYSTÈMES D'INFORMATION SANITAIRE À TRAVERS LES OBSERVATOIRES NATIONAUX DE LA SANTÉ (Document AFR/RC62/13)

81. Le document relève que les systèmes d’information sanitaire sont une composante fondamentale des systèmes nationaux de santé, et que les capacités à tirer parti de l’information pour améliorer la santé sont limitées et inégalement réparties dans la Région africaine. Pour remédier à cette situation, l’Observatoire Africain de la Santé (AHO) sert d’outil de suivi de l’état et des tendances sanitaires, y compris les progrès réalisés vers l’atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement. Il s’agit également d’un outil de promotion du financement de la santé et de la réforme du secteur de la santé. AHO est le point central d’un système d’information sanitaire régional renforcé, en rapport avec les observatoires nationaux de la santé (ONS) des États Membres, afin de contribuer au suivi et à l’évaluation, ainsi qu’à la collecte et à l’analyse des données au niveau national. Les observatoires nationaux de la santé constituent une approche novatrice qui permet de résoudre le problème posé par la fragmentation de l’information sanitaire. En tant que dépôt de bases factuelles, les observatoires nationaux de la santé permettent de pallier les lacunes dans l’accès à l’information pertinente et la

faiblesse des capacités de partage, traduction ou application de l'information disponible, en vue de la formulation de politiques et de la prise de décision.

82. Les actions proposées pour faciliter la mise en place d'ONS comprennent : la constitution, à l'échelle du pays, de groupes multisectoriels et pluridisciplinaires comprenant l'ensemble des principales parties prenantes afin de coordonner leurs efforts; l'établissement au sein du département de l'information sanitaire d'un secrétariat doté de capacités appropriées; la réalisation d'une revue et d'une cartographie nationales des parties prenantes s'occupant de l'information sanitaire; la fourniture de financements aux ONS; le choix des technologies et solutions appropriées que devront utiliser les ONS; la facilitation du rôle des ONS en matière de formation continue en développant et en fournissant des matériels de formation adaptés à l'apprentissage en collaboration, à l'enseignement à distance ou à des formes traditionnelles d'apprentissage pour le développement professionnel continu.

83. Le Comité régional a souligné l'importance des ONS dans l'appui aux efforts visant à renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire. Les délégués ont fait valoir la nécessité d'élargir les sources de données pour tenir compte des données générées au niveau des communautés et des institutions du secteur privé. Les délégués ont reconnu les enjeux liés à l'harmonisation des données, à la standardisation et à la sécurité, sans oublier l'intégration des systèmes d'information sanitaire nationaux et infranationaux. La question de l'intégration de l'observatoire national de la santé et de l'observatoire national des ressources humaines s'est également posée, et il a été relevé que les observatoires des ressources humaines font partie intégrante des observatoires nationaux de la santé. Des préoccupations ont été exprimées par rapport au fait que l'établissement des ONS pourrait constituer une charge supplémentaire pour des systèmes déjà sollicités à l'extrême en raison du nombre élevé d'initiatives existantes. Il a été relevé que les observatoires nationaux de la santé pourraient faciliter les efforts déployés par le secteur public pour intégrer les initiatives fragmentées.

84. Les recommandations ci-après ont été faites aux États Membres :

- a) établir des observatoires nationaux de la santé en mettant sur pied un groupe multisectoriel et pluridisciplinaire national chargé de la coordination de leurs efforts;
- b) fournir des ressources suffisantes pour soutenir les fonctions des ONS.

85. Les recommandations ci-après ont été faites à l'OMS et aux autres partenaires :

- a) fournir un appui technique à la création et au renforcement des observatoires nationaux de la santé;

- b) fournir un appui aux pays pour assurer l'harmonisation, la standardisation et la sécurité des données;
- c) fournir un appui aux pays dans le suivi des ONS et dans la documentation et le partage des meilleures pratiques.

86. Le Comité régional a adopté avec amendements le document AFR/RC62/13, intitulé «L'Observatoire Africain de la Santé : Une opportunité de renforcer les systèmes d'information sanitaire à travers les observatoires nationaux de la santé», et la résolution AFR/RC62/R5 y afférente.

SUIVI DU RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL CONSULTATIF D'EXPERTS SUR LE FINANCEMENT ET LA COORDINATION DE LA RECHERCHE-DÉVELOPPEMENT (Document AFR/RC62/14)

87. Le document fait référence à la résolution WHA65.22 de l'Assemblée mondiale de la Santé, qui prie le Directeur général d'organiser une réunion des États Membres à composition non limitée qui analysera en profondeur le rapport et la faisabilité des recommandations proposées par le groupe de travail consultatif d'experts (GTCE), en tenant compte, le cas échéant, d'études connexes. Il prend aussi en compte les résultats des consultations nationales et développe des propositions et options concernant a) la coordination de la recherche, b) le financement et c) le suivi des dépenses consacrées à la recherche-développement, qui seront présentées à la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent trente-deuxième session, en tant que question de fond inscrite à l'ordre du jour consacré à la suite donnée au rapport du groupe de travail consultatif d'experts.

88. La résolution WHA65.22 invite également les États Membres, le secteur privé, les institutions académiques et les organisations non gouvernementales à accroître les investissements dans la recherche-développement en santé portant sur les maladies de types II et III, et dans les besoins spécifiques des pays en développement en recherche-développement en rapport avec les maladies de type I. Le Comité régional a examiné le rapport à la lumière des résultats des consultations nationales et de la consultation régionale organisée par le Bureau régional sur les trois thèmes suivants : coordination de la recherche; financement et suivi de la recherche; dépenses de développement.

89. Les délégués ont exprimé leur préoccupation par rapport à la faisabilité d'un traité juridiquement contraignant pour le financement de la recherche-développement. Cela pourrait donner lieu à de longues consultations susceptibles de retarder la mise en œuvre des recommandations contenues dans le rapport du groupe de travail consultatif d'experts.

90. Les recommandations ci-après ont été faites aux États Membres :

- a) entamer la mise en œuvre d'autres recommandations du rapport du groupe de travail consultatif d'experts telles que la coordination de la recherche, le financement national de la recherche et le suivi des dépenses de recherche-développement;
- b) accélérer la mise en œuvre des mesures contenues dans la Stratégie et le plan d'action mondiaux sur la santé publique, l'innovation et les droits de propriété intellectuelle (GSPA-PHI) préparés par le Groupe de travail intergouvernemental;
- c) envisager de demander aux regroupements économiques régionaux d'examiner les recommandations faites par le groupe de travail consultatif d'experts et d'aider les États Membres à les mettre en œuvre;
- d) renforcer leur capacité de recherche-développement sur la réglementation des médicaments, la déontologie et le transfert de technologies, y compris le renforcement des usines de fabrication des produits pharmaceutiques dans les pays, dans le cadre de la GSPA-PHI;
- e) inclure dans le budget national des ressources pour financer la recherche-développement, y compris le financement des licences de produits par les sociétés pharmaceutiques nationales, et contribuer à la mise en place d'une pharmacopée pour l'Afrique, conformément à la Déclaration d'Alger.
- f) renforcer les capacités nationales de réglementation des médicaments, des vaccins, des extraits biologiques, des aliments et des dispositifs dans le cadre de l'Agence africaine du médicament.

91. Les recommandations ci-après ont été faites à l'OMS et aux autres partenaires :

- a) identifier dans le rapport du groupe de travail consultatif d'experts les actions qui nécessitent une mise en œuvre immédiate et aider les États Membres dans ce sens;
- b) soutenir la mise en œuvre en temps voulu des actions proposées dans la Stratégie et le plan d'action mondiaux sur la santé publique, l'innovation et les droits de propriété intellectuelle;
- c) fournir un appui aux États Membres pour les aider à renforcer les capacités de réglementation nationales.

92. Le Comité régional a adopté sans amendement le document AFR/RC62/14, intitulé «Suivi du rapport du Groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement».

OPTIMISER LES INITIATIVES MONDIALES EN FAVEUR DE LA SANTÉ POUR RENFORCER LES SYSTÈMES NATIONAUX DE SANTÉ (Document AFR/RC62/15)

93. Le document indique que les initiatives mondiales en faveur de la santé sont essentiellement des programmes qui ciblent des maladies spécifiques et visent à fournir des ressources supplémentaires aux pays pour soutenir leurs efforts dans le domaine de la santé. Depuis 2000, le nombre d'initiatives mondiales en faveur de la santé a augmenté de manière exponentielle. La capacité des initiatives mondiales en faveur de la santé à mobiliser et décaisser des financements supplémentaires pour soutenir la lutte contre la maladie et renforcer les systèmes de santé fournit aux pays une excellente opportunité de combler leurs déficits de financement importants et de répondre à leurs priorités en matière de développement sanitaire. Cependant, les progrès réalisés vers l'atteinte des OMD de santé ont été lents dans de nombreux pays de la Région africaine, surtout en raison des faiblesses relevées dans les systèmes nationaux de santé. L'optimisation des ressources des initiatives mondiales en faveur de la santé pour renforcer les systèmes nationaux de santé dans la Région devrait améliorer la capacité des infrastructures à assurer des soins de santé intégrés et à accélérer la couverture des interventions sanitaires prioritaires, y compris celles qui sont liées aux initiatives mondiales en faveur de la santé.

94. Les actions proposées comprennent : le renforcement du rôle de tutelle des pouvoirs publics et le plaidoyer afin d'évaluer toutes les ressources qui sont nécessaires pour mettre en œuvre les interventions, en vue de couvrir l'ensemble des programmes prioritaires par le biais d'une approche intégrée permettant de surmonter les goulots d'étranglement opérationnels pendant l'élaboration des propositions; la mise en commun des recettes prélevées auprès de diverses sources dans le cadre d'un dispositif intégré de financement de la santé; l'optimisation de l'utilisation des opportunités de financement des systèmes de santé qui existent; la promotion du dialogue et de la communication entre les initiatives mondiales en faveur de la santé et les autres acteurs essentiels; le travail en collaboration pour accroître l'efficacité, l'harmonisation et l'alignement sur les priorités des pays. L'OMS est invitée à faciliter l'examen des mesures proposées dans le cadre des initiatives mondiales en faveur de la santé et demeure un acteur dynamique dans le processus d'harmonisation, par le biais du mécanisme Harmonisation pour la Santé en Afrique (HHA), qui est déjà en place, et à travers des dispositifs régionaux et nationaux, ainsi que les partenariats internationaux pour la santé et initiatives apparentées (IHP+) au niveau mondial.

95. Les délégués ont relevé l'importance et la valeur des contributions faites par les initiatives mondiales en faveur de la santé vers l'atteinte des OMD liés à la santé dans la Région africaine. Le Comité régional a souligné la nécessité de garantir la

flexibilité en réduisant les conditionnalités et les restrictions. Les délégués ont exprimé leur inquiétude concernant les progrès très insuffisants enregistrés en vue du financement durable et prévisible des plans stratégiques nationaux de santé, ce qui se traduit par la création de mécanismes parallèles et l'absence d'alignement sur les priorités nationales. Ils ont estimé que le choix actuel des critères d'éligibilité des pays au financement des initiatives mondiales en faveur de la santé n'est pas assez équitable et pourrait accentuer les inégalités entre pays. Les délégués du Comité régional ont également indiqué que l'interruption brutale de projets soutenus par les initiatives mondiales en faveur de la santé pose des défis inhérents à la capacité des pays à prendre la relève de ces initiatives et à en assurer la pérennité.

96. Les recommandations ci-après ont été faites aux États Membres :

- a) renforcer le rôle de tutelle des gouvernements pour garantir un meilleur alignement des initiatives mondiales en faveur de la santé sur les plans nationaux de développement sanitaire et la coordination des initiatives mondiales en faveur de la santé;
- b) améliorer la responsabilisation, y compris le suivi et l'évaluation des projets soutenus dans le pays par les initiatives mondiales en faveur de la santé;
- c) planifier et prévoir avec les initiatives mondiales en faveur de la santé les stratégies de sortie des projets soutenus;
- d) entreprendre un plaidoyer, à travers les représentants des comités des initiatives mondiales en faveur de la santé, pour la flexibilité et la prévisibilité de l'appui financier fourni, ainsi que l'amélioration des critères d'éligibilité.

97. Les recommandations ci-après ont été faites à l'OMS et aux autres partenaires :

- a) soutenir et intensifier le plaidoyer pour améliorer l'alignement des initiatives mondiales en faveur de la santé sur les priorités et les plans stratégiques des gouvernements en matière de santé;
- b) fournir un appui technique aux pays pour les aider à renforcer leurs rôles de tutelle et de coordination;
- c) entreprendre le plaidoyer en faveur de l'établissement de critères d'éligibilité équitables dans le cadre de la sélection des pays devant bénéficier de l'appui des initiatives mondiales en faveur de la santé.

98. Le Comité régional a adopté sans amendement le document AFR/RC62/15, intitulé «Optimiser les initiatives mondiales en faveur de la santé pour renforcer les systèmes nationaux de santé».

MISE EN ŒUVRE DU BUDGET PROGRAMME DE L'OMS 2012-2013 DANS LA RÉGION AFRICAINE (Document AFR/RC62/16)

99. Le document rappelle que l'exécution du budget programme 2012-2013 s'inspire du plan stratégique à moyen terme (MTSP) 2008-2013, où l'OMS définit sa contribution au programme mondial d'action sanitaire tel qu'énoncé dans le onzième programme général de travail (PGT). Le budget programme général de l'OMS adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé pour l'exercice biennal 2012-2013 s'élève à US \$3 958 979 000. La part allouée à la Région africaine se chiffre à US \$1 093 066 000 (28 %). Ce budget est financé par les contributions fixées (19 %) et par des contributions volontaires (81 %). Le document est un rapport de situation sur l'exécution du budget programme 2012-2013. Il présente les principes qui sous-tendent son exécution, ainsi que les contraintes et opportunités existantes et anticipées au cours de la période biennale.

100. Les recettes disponibles à la fin du mois de septembre 2012 s'élevaient à US \$755,12 millions, soit 69 % du budget approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé. La composante «contributions fixées» du financement disponible s'élève à US \$203,28 millions (27 %), tandis que le volume des contributions volontaires se chiffre à US \$551,84 millions (73 %). Si les contributions fixées du budget approuvé ont été entièrement décaissées, la mobilisation de la composante «contributions volontaires» est lente – jusqu'à présent, 62 % uniquement (US \$883 466 000) du budget approuvé pour les contributions volontaires ont été financés. Quatre objectifs stratégiques (OS) – Technologies et produits médicaux; VIH/sida, tuberculose et paludisme; Déterminants sociaux et économiques de la santé; Renforcement des systèmes de santé – ont reçu moins de 50 % de leurs budgets approuvés au titre des contributions volontaires. La projection des recettes montre que seuls 90 % du budget programme 2012-2013 approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé seront probablement financés. Le Secrétariat de l'OMS et les États Membres sont invités à intensifier le plaidoyer pour mobiliser plus de ressources, conformément aux dispositions de l'article 50 de la Constitution de l'OMS.

101 Les délégués de la soixante-deuxième session du Comité régional ont exprimé leur préoccupation par rapport à la baisse du budget général, de l'ordre de 13,4 % depuis l'exercice biennal 2010-2011, qui survient au moment où les besoins en appui sont plus pressants. Les délégués ont également relevé que la crise financière mondiale actuelle va se poursuivre. Le budget 2012-2013 montre des disparités entre les objectifs stratégiques dans la disponibilité des fonds, les OS sur le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, le renforcement du système de santé, la santé de la mère et de l'enfant, et la sécurité sanitaire des aliments étant les plus affectés. Des préoccupations ont été exprimées au sujet des contributions fixées qui sont restées relativement faibles (19 %).

102. Les recommandations ci-après ont été faites aux États Membres :

- a) s'adapter à la situation actuelle en faisant preuve de plus d'efficacité et d'efficacé;
- b) mettre en place des mécanismes permettant d'assurer une utilisation plus rationnelle des maigres ressources disponibles;
- c) explorer des mécanismes novateurs pour augmenter les ressources locales destinées au financement de la mise en œuvre du programme, comme le recours à des Africains disposant d'importantes ressources.

103. Les recommandations ci-après ont été faites à l'OMS et aux autres partenaires :

- a) poursuivre le plaidoyer en faveur de l'accroissement et de la flexibilité des contributions volontaires provenant des États Membres;
- b) définir strictement les priorités et suggérer dans quels domaines il faut affecter les maigres ressources disponibles pour obtenir des résultats à haut impact;
- c) renforcer la collaboration avec l'Union africaine, les communautés économiques régionales et les autres partenaires afin d'obtenir des ressources supplémentaires permettant d'accélérer l'atteinte des OMD liés à la santé;
- d) explorer des mécanismes innovants de mobilisation des ressources.

104. Le Comité régional a adopté sans amendement le document AFR/RC62/16, intitulé «Mise en œuvre du Budget Programme de l'OMS 2012-2013 dans la Région africaine».

PROJET DE DOUZIÈME PROGRAMME GÉNÉRAL DE TRAVAIL (Document AFR/RC62/17)

105. Le document présente le premier projet de douzième programme général de travail pour la période 2014–2019, en cours d'élaboration, qui tient compte de la réforme actuelle de l'OMS concernant les programmes et les priorités. L'élaboration du document s'accompagne de larges consultations avec les États Membres par l'intermédiaire des différents organes directeurs, y compris les comités régionaux.

106. Le chapitre 1 présente un bref aperçu du contexte mondial en mutation dans lequel œuvre l'OMS. Le chapitre 2 se penche sur certaines des conséquences générales de ce contexte, en particulier son influence sur l'orientation de la réforme. Le chapitre 3 porte sur les aspects de la réforme ayant trait au programme et à la définition des priorités. Il examine le champ couvert par chaque catégorie, décrit comment les questions transversales seront traitées et examine l'une après

l'autre chacune des priorités convenues. Le chapitre 4 traite des services institutionnels et des fonctions d'appui – la sixième catégorie. Le chapitre 5 présente ensuite la logique qui sous-tend la chaîne des résultats et ébauche un premier projet des résultats au niveau des impacts et des réalisations. Dans un projet ultérieur du présent document, le chapitre 6 traitera de la question des ressources après conclusion des consultations entamées avec les États Membres sur les priorités et la chaîne des résultats.

107. Le Comité régional a approuvé les observations du Sous-Comité du Programme sur la nécessité : de refléter la promotion de la santé en tant que stratégie applicable à toutes les catégories, et non limitée à la catégorie 3; de réduire le nombre de priorités et de résultats; d'être explicite sur le rôle de l'OMS en qualité de chef de file et de coordonnatrice de la santé dans le monde; de refléter l'analyse de la mise en œuvre du onzième programme général de travail, notamment les progrès réalisés dans l'atteinte des OMD; et de préparer la transition de la santé mondiale au-delà de 2015. Au regard de l'importance du renforcement des systèmes de santé pour atteindre des résultats dans la lutte contre la maladie, il a été suggéré de revoir la définition des priorités en accordant la prééminence à la catégorie du système de santé.

108. Il a été recommandé aux États Membres d'entreprendre, lors des prochaines réunions des organes dirigeants, un plaidoyer en faveur d'un financement suffisant de l'OMS pour lui permettre de maintenir son rôle de chef de file et de coordination du programme mondial d'action sanitaire, dans le cadre de ses fonctions essentielles définies dans sa Constitution.

109. Les recommandations ci-après ont été faites aux organes dirigeants de l'OMS :

- a) s'assurer que les propositions faites par la soixante-deuxième session du Comité régional sont prises en considération dans la finalisation et l'adoption du douzième programme général de travail;
- b) garantir une allocation équitable de ressources à la Région africaine de l'OMS, eu égard à ses problèmes de santé prioritaires particulièrement difficiles à résoudre.

110. Le Comité régional a adopté avec amendements le document AFR/RC62/17, intitulé «Projet de douzième Programme général de travail de l'OMS».

[AVANT-PROJET DE BUDGET PROGRAMME 2014-2015 \(Document AFR/RC62/18\)](#)

111. Le document relève que le budget programme pour 2014-2015 sera le premier des trois cycles budgétaires biennaux qui se succéderont au cours des six années couvertes par le programme général de travail 2014-2019. Le programme général de travail définit le projet d'avenir et la mission de l'Organisation, les

critères pour la définition des priorités et les résultats prioritaires, ainsi que la partie supérieure du tableau de résultats, y compris les impacts et les réalisations. L'avant-projet de budget programme 2014-2015 présente une analyse détaillée de ce qu'il faut faire pour réaliser le projet de santé défini dans le programme général de travail. Il est l'instrument fondamental qui embrasse l'ensemble des activités de l'Organisation et qui définit le rôle, les responsabilités et les allocations budgétaires aux trois niveaux de l'OMS (bureaux de pays, bureaux régionaux et Siège). Les cinq catégories (plus les services institutionnels) qui constituent la structure principale du budget programme sont les suivantes : les maladies transmissibles; les maladies non transmissibles; la promotion de la santé à toutes les étapes de la vie; les systèmes de santé; la préparation, la surveillance et l'intervention; et les services institutionnels/fonctions d'appui.

112. L'avant-projet de budget programme 2014-2015 a été examiné en même temps que le douzième programme général de travail 2014-2019. Bien qu'aucune question particulière n'ait été soulevée, les commentaires et recommandations concernant ce dernier s'appliquent également à l'avant-projet de budget programme 2014-2015.

113. Le Comité régional a adopté sans amendement le document AFR/RC62/18, intitulé «Avant-projet de budget programme 2014-2015».

CRÉATION DU FONDS AFRICAIN POUR LES URGENCES DE SANTÉ PUBLIQUE – Rapport du Directeur régional (Document AFR/RC62/19)

114. Le document rappelle qu'au regard du nombre élevé d'urgences de santé publique qui surviennent fréquemment dans la Région africaine et de l'insuffisance des ressources destinées à la mise en place d'une riposte appropriée en cas d'urgence, le Comité régional a adopté plusieurs résolutions visant particulièrement la création d'un Fonds africain pour les urgences de santé publique (FAUSP), conformément à l'article 50 (f) de la Constitution de l'OMS. Les progrès réalisés dans la création du FAUSP comprennent l'élaboration d'un manuel opérationnel du FAUSP, l'établissement du Groupe de revue technique, la confirmation par écrit par la Banque africaine de développement (BAD) de son intention de jouer le rôle de gestionnaire du fonds d'affectation spéciale du FAUSP, le transfert des contributions 2012 de l'Angola et du Rwanda au FAUSP dans un compte bancaire de l'OMS, et la poursuite du plaidoyer auprès des chefs d'État, de l'Union africaine et des communautés économiques régionales par le Directeur régional. Ce plaidoyer du Directeur régional a abouti à l'adoption des résolutions du Comité régional relatives au FAUSP par les chefs d'État et de Gouvernement de l'Union africaine, lors de leur 19^{ème} sommet ordinaire tenu en juillet 2012.

115. Le document fait observer qu'un an après confirmation par la Banque africaine de développement de son intention d'agir en qualité de gestionnaire du FAUSP, le compte d'affectation spéciale destiné à recevoir les contributions des États Membres n'a toujours pas été créé. Les actions proposées pour garantir le

plein fonctionnement du FAUSP sont les suivantes : nommer les membres du Comité de Suivi du Fonds (CSF); prendre une décision visant à désigner l’OMS pour s’occuper de la mobilisation, de la gestion et du décaissement des contributions au FAUSP ou renouveler le mandat donné au Directeur régional de poursuivre les négociations avec la BAD pour que cette institution assume le rôle proposé de gestionnaire du Fonds; demander aux États Membres de s’acquitter des contributions 2012 non encore versées au FAUSP et d’inclure une ligne budgétaire dans les budgets nationaux pour les futures contributions annuelles au FAUSP; convoquer la première réunion du Comité de Suivi du Fonds; et prier le Directeur régional de poursuivre le plaidoyer entrepris auprès des chefs d’État et de Gouvernement, de l’Union africaine et des communautés économiques régionales, afin de garantir des contributions soutenues au FAUSP.

116. Les délégués ont félicité le Directeur régional pour les efforts qu’il a déployés en vue de la création du Fonds. Ils ont néanmoins exprimé leur préoccupation par rapport au retard pris dans le plein fonctionnement du FAUSP, en particulier le fait que le compte d’affectation spéciale du Fonds ne soit pas encore créé au niveau de la BAD. Le Comité régional a approuvé la nomination des membres du Comité de Suivi du Fonds.

117. Les recommandations ci-après ont été faites aux États Membres :

- a) les ministres de la Santé doivent engager les ministres des Finances de leurs pays respectifs à soutenir la création du compte d’affectation spéciale du FAUSP par la BAD;
- b) les États Membres doivent garantir l’inclusion dans le budget national d’une ligne budgétaire pour le paiement des contributions annuelles ultérieures et s’acquitter de leurs contributions au FAUSP au titre de l’année 2012;

118. Les recommandations ci-après ont été faites à l’OMS et aux autres partenaires :

- a) l’OMS doit continuer à s’occuper de la mobilisation, de la gestion et du décaissement des contributions au FAUSP en utilisant le système de gestion financière et comptable de l’OMS en tant que mesure intérimaire tout en poursuivant les négociations avec la BAD pour qu’elle assume le rôle proposé de gestionnaire du Fonds;
- b) le Directeur régional de l’OMS doit poursuivre le plaidoyer entrepris auprès des chefs d’État et de Gouvernement, de l’Union africaine et des communautés économiques régionales afin de garantir des contributions soutenues au FAUSP.

119. Le Comité régional a adopté avec amendements le document AFR/RC62/19, intitulé «Création du Fonds africain pour les urgences de santé publique – Rapport du Directeur régional».

DOCUMENTS D'INFORMATION

120. Le Comité régional a examiné et pris note des documents d'information suivants : i) Rapport sur le personnel de l'OMS dans la Région africaine (document AFR/RC62/INF.DOC/1) et ii) Questions à caractère régional découlant des rapports d'audit interne et externe de l'OMS (AFR/RC62/INF.DOC/2).

121. Le Comité régional a approuvé les deux documents d'information.

PROJET D'ORDRE DU JOUR, DATES ET LIEU DE LA SOIXANTE-TROISIÈME SESSION, ET DATES ET LIEU DE LA SOIXANTE-QUATRIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL (Document AFR/RC61/20)

122. Le document a été présenté par le Dr Matshidiso Moeti, Directeur régional adjoint de l'OMS pour l'Afrique.

123. Le Comité régional a adopté l'ordre du jour provisoire de sa soixante-troisième session et a confirmé qu'elle se tiendra à Brazzaville, en République du Congo, du 2 au 6 septembre 2013.

124. Le Comité régional a décidé que sa soixante-quatrième session se tiendrait en République du Bénin.

DISCUSSION DE GROUPE – MÉDECINE TRADITIONNELLE : PRATIQUES, PRATICIENS ET PRODUITS DANS LA RÉGION AFRICAINE (Document AFR/RC62/PD)

125. Une discussion de groupe sur la médecine traditionnelle dans la Région africaine a eu lieu pendant la soixante-deuxième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Elle avait pour objectifs d'examiner les mécanismes de renforcement de la réglementation des pratiques, des praticiens et des produits de la médecine traditionnelle, et de proposer des composantes à intégrer dans l'actualisation de la stratégie sur la médecine traditionnelle.

126. La discussion de groupe était présidée par le Dr José Vieira Van-Dúnem, Ministre de la Santé de l'Angola. Le coprésident était le Dr Bocar A. Kouyate, chef de la délégation du Burkina Faso. Les exposés ont été présentés par : le Professeur Abayomi Sofowora, ancien président du Comité régional d'experts de l'OMS sur la médecine traditionnelle; M. Emmanuel Sackey, expert auprès de l'Organisation régionale africaine de la propriété intellectuelle (ARIPO); le Professeur Ange Abena de l'Université Marien Ngouabi de la République du Congo; le Professeur Drissa Diallo, Directeur du département de médecine traditionnelle de l'Institut national de recherche en santé publique et membre du Comité régional d'experts de l'OMS

sur la médecine traditionnelle; Mme Julie Quincy Ayodele, praticienne de la médecine traditionnelle, originaire du Nigeria; et le Dr Felisbela Gaspar, Directeur de l'Institut de médecine traditionnelle du Mozambique.

127. Les délégués ont partagé leurs expériences sur le travail qui s'effectue actuellement au niveau des pays, notamment l'élaboration des politiques et des cadres de réglementation destinés aux praticiens de la médecine traditionnelle et la disponibilité de structures de coordination de la médecine traditionnelle. Des préoccupations ont été exprimées au sujet du manque de transparence de la part de certains praticiens et de l'insuffisance des investissements dans le développement de la médecine traditionnelle. Les délégués ont souligné l'impérieuse nécessité d'améliorer l'accès aux soins de santé au niveau primaire à travers le recours à la médecine traditionnelle. Les délégués ont relevé la complexité de la médecine traditionnelle, ainsi que la nécessité de disposer d'une démarche globale et intégrée sur la pratique de cette forme de médecine. Ils ont également indiqué qu'il est impérativement nécessaire que les systèmes de soins traditionnels se conforment aux normes et standards existants, ainsi qu'aux bonnes pratiques de fabrication et d'hygiène lors de la production des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle. Les délégués ont aussi relevé l'importance du renforcement de la collaboration et de la complémentarité entre les praticiens de la médecine traditionnelle et les praticiens de la médecine conventionnelle.

ADOPTION DU RAPPORT DU COMITÉ RÉGIONAL (Document AFR/RC62/21)

128. Le rapport de la soixante-deuxième session du Comité régional (document AFR/RC62/21) a été adopté avec des amendements mineurs. Le Comité régional a décidé que son Président présenterait un résumé dudit rapport à la session du Conseil exécutif de l'OMS qui se tiendra en janvier 2013.

CLÔTURE DE LA SOIXANTE-DEUXIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Motion de remerciements

129. La «Motion de remerciements» a été présentée par le Ministre de la Santé du Swaziland, l'Honorable Benedict Xaba, qui a remercié, au nom des délégués, le Président, le Gouvernement et le peuple de la République d'Angola pour l'accueil de la soixante-deuxième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

Allocution de clôture du Directeur régional

130. Dans son allocution de clôture, le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, le Dr Luis Gomes Sambo, a remercié Son Excellence Monsieur le Président, Monsieur le Vice-président, le Gouvernement et le peuple de la République d'Angola pour les excellentes conditions de travail qui ont permis le plein succès des travaux de la soixante-deuxième session du Comité régional à Luanda (Angola). Il a adressé une mention spéciale au Président de la soixante-deuxième session du Comité régional, le Dr José Vieira Van-Dúnem, Ministre de la Santé de la République d'Angola, pour la

compétence et le doigté avec lesquels il a conduit les travaux du Comité régional. Le Directeur régional a également remercié les Vice-présidents du Comité régional, par ailleurs présidents des Sous-Comités A et B du Comité régional, les ministres, chefs de délégation, et l'ensemble des délégués pour leur participation active au Comité régional.

131. Le Dr Sambo a rappelé que le Comité régional a examiné plusieurs questions d'importance, comme la gestion des risques de catastrophe, le VIH/sida, les maladies non transmissibles, les systèmes de santé (les ressources humaines pour la santé et l'utilisation des technologies de l'information et de la communication pour renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire), le Règlement sanitaire international (2005) et le Fonds africain pour les urgences de santé publique. Le Directeur régional a encore lancé un appel aux États Membres pour qu'ils acquièrent et renforcent les principales capacités minimales requises en vertu du Règlement sanitaire international, en vue de son application. Il a également exhorté les États Membres et les partenaires à se mobiliser pour mettre en œuvre les stratégies adoptées et respecter les engagements pris au cours de la soixante-deuxième session du Comité régional.

132. Pour conclure son propos, le Dr Sambo a remercié le Secrétariat de l'OMS et tous ceux qui ont contribué, de diverses manières, au succès de la soixante-deuxième session du Comité régional, notamment les interprètes, les traducteurs et les chauffeurs, ainsi que le personnel du Centre de conférences de Talatona, sans oublier les personnels des hôtels et bien d'autres personnes. Le Directeur régional a également remercié les médias, et les a invités à être des agents plus efficaces au service de la promotion de la santé dans la Région africaine.

Allocution de clôture du Président du Comité régional

133. Dans son allocution de clôture, le Président de la soixante-deuxième session du Comité régional, le Dr José Vieira Van-Dúnem, ministre angolais de la Santé, a remercié le Président de la République d'Angola, qui a permis au pays d'abriter la soixante-deuxième session du Comité régional, et le Vice-président de la République, qui a ouvert la session au nom du Président de la République. Le Dr José Vieira Van-Dúnem a également remercié les ministres, les chefs de délégation et les délégués de leur participation active aux travaux du Comité régional. Il a exprimé sa préoccupation au sujet du faible niveau de l'investissement interne ou extérieur dans les systèmes de santé des pays de la Région africaine, au regard de la lourde charge épidémiologique à laquelle ces pays sont confrontés. Pour remédier à cette situation, le Dr José Vieira Van-Dúnem a lancé un appel aux États Membres et aux partenaires pour qu'ils engagent plus de ressources en faveur de l'amélioration des indicateurs de santé dans la Région. Il a également exhorté les uns et les autres à rester engagés dans l'éradication de la poliomyélite dans la Région africaine.

134. Le Président du Comité régional a félicité les divers ministères et départements sectoriels de la République d'Angola pour leurs contributions respectives au succès de l'organisation de la soixante-deuxième session du Comité régional.

135. Le Président du Comité régional a ensuite déclaré close la soixante-deuxième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

PARTIE III

ANNEXES

LISTE DES PARTICIPANTS

1. REPRÉSENTANTS DES ÉTATS
MEMBRES

ALGÉRIE

Dr TARFANI Youcef
Directeur des Maladies non
transmissibles au Ministère de la Santé
de la Population et de la Réforme
Hospitalière

Professeur Hammouda Doudja
Chef du Service des Maladies non
transmissibles à l'Institut National de la
Santé

ANGOLA

Dr José Vieira Dias Van-Dúnem
Ministro da Saúde
Chefe da Delegação

Dr Carlos Alberto Maseca
Secretário de Estado da Saúde

Dr Augusto Rosa Mateus Neto
Director do Gabinete de Intercâmbio
Internacional

Dr^a. Adelaide Fátima dos Santos F. de
Carvalho
Directora Nacional de Saúde Pública
MINSAs

Dr Miguel dos Santos Oliveira
Inspector Geral da Saúde

Dr^a. Ducelina Serrano
Directora do Instituto Nacional de Luta
Contra VIH/SIDA

Dr^a. Maria Lúcia Mendes Furtado
Directora Geral Adjunta do Instituto
Nacional de Luta Contra a SIDA/MINSAs

Dr^a. Helga Amélia dos Reis Freitas
Coordenadora da Revitalização dos
Serviços Municipais de Saúde
Ministério da Saúde

Dr^a. Fatima Valente
Chefe da Unidade de Vigilância das
Doenças

Dr Boaventura Moura
Director Nacional de Medicamentos e
Equipamentos

Dr^a. Isilda Maria Simões Neves
Chefe de Departamento de Saúde
Pública da Provincia de Luanda

Dr Josenando Theophile
Director do ICCT/MINSAs

Dr António Alves da Costa
Director dos Recursos Humanos do
Ministério da Saúde

Dr Daniel António
Gabinete do Plano do Ministério da
Saúde

Dr Christian Voumard
Conselheiro Senior

Sr Edson Renato Nicolau Carvalho
2º Secretário do Ministério das Relações
Exteriores

Sr^a Bete Vanda Lopes
Primeira secretária da Missão
Permanente da Rep.de Angola em
Genebra

Sr^a Zorá dos Santos Barros Tomaz
Augusto
Delegada

Manuela Sotto Mayor
Directora da Clinica MLP

BÉNIN

Professeur Dorothee A. Kinde-Gazard
Ministre de la Santé
Chef de Délégation

Dr Dorothee Agoi Yevide
Directrice générale Adjointe de
l'Agence Nationale de l'Assurance
Maladie (ANAM)

Dr Roch Appolinaire Houngnihin
Coordonnateur du Programme national
de la Médecine Traditionnelle
Ministère de la Santé

Dr Mariam Oke
Coordonnatrice du Programme
National de lutte contre le Paludisme
(PNLP)
Ministère de la Santé

M. Raymond Aimé Kuassi Amoussou
Directeur Adjoint de la Programmation
et de la Prospective

BOTSWANA

Mrs Shenaaz El- Halabi
Deputy Permanent Secretary/MOH,
Head of Delegation

Dr Haruna Baba Jibril
Delegation

BURKINA FASO

Dr Bocar Amadou Kouyaté
Conseiller Technique
Chef de Délégation

Dr Kadidja Dagba Djierro
Directrice de la Médecine Traditionnelle

Dr Hien Anwerkan Maurice
Directeur général de la Protection
sanitaire

BURUNDI

Dr Ngirigi Liboire
Directeur Général des Services de Santé
et de lutte contre le SIDA
Chef de Délégation

Dr Maronko Boniface
Directeur du PEV

M. Jean Bosco Hitimana
Conseiller Juridique au Secrétariat

Dr Julien Kamyo
Chef de Service Suivi et Évaluation
Surveillance et Recherche
opérationnelle au PNLS/IST

Dr Leonidas Misago
Inspecteur général de la Santé Publique

Dr Nina NDabihore
Chef de Service Suivi Évaluation à la
Direction Générale de la Planification et
de Suivi-Évaluation des Politiques de
Santé

M. Louis Barigenza
Directeur des Ressources Humaines

M. Désiré NDIKUMANA
Coordonnateur du Project RSS-GAVI

CAMEROUN

Professeur Mbu Enow Robinson
Directeur de la Santé Familiale
Chef de la Délégation

Dr Alim Hayatou
Ministre Secrétaire d'État à la Santé
publique

Dr Etoundi Mballa Alain
Directeur de la Lutte contre la Maladie

M. Emmanuel Maina Djoulde
Chef de la Division de la Coopération
au Ministère de la Santé publique

CAP-VERT

Dr^a Elisabete Lopes Lima
Chefe da Delegação

Dr Manuel Rodrigues Boal

Sr. José António Delgado
Secretário da Embaixada de Cabo
Verde em Angola

RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Dr Jean-Michel Mandaba
Ministre de la Santé Publique, de la
Population et de la Lutte contre le Sida
Chef de Délégation

Dr Jean-Pierre Banga-Mingo
Chargé de mission, responsable du suivi
du PNDS II

Dr Louis Namboua
Directeur Général de Santé Publique

Dr Philémon Mbessan
Directeur des Études et de la
Planification

TCHAD

M. Youssouf Hamat Moussa
Secrétaire d'État à la Santé
Chef de Délégation

Dr Mahamat Saleh Younous
Conseiller du Président de la
République, Chargé de la Santé
publique

Dr Rohingalaou Ndoundo
Directeur de Lutte contre la Maladie

M. Allaye Amboulmato
Chef de Division du Système
d'Information sanitaire

Dr Yankalbe Paboung Matchok Mahouri
Membre du Conseil Exécutif de l'OMS

M. Adoum Malakona
Coordonnateur du secrétariat d'Appui
et de Coordination des Activités de
HCNC

Dr Zarana Bandiang
Chargé de la Médecine traditionnelle

Dr Mahamat Annoua Wadak
Secrétaire Général du Ministère de la
Santé

COMORES

Mme Ahmed Moinafouraha
Ministre de la Santé
Chef de Délégation

Mme Abbas Nadjwa
Directrice de la Santé Familiale

M. Younouss Assoumani
Directeur national de la Santé

CONGO

M. François Ibovi
Ministre de la Santé et de la Population
Chef de Délégation

Dr Angelie Serge Patrick Dzabatou-
Babeaux
Coordonnateur national du PNLS

M. Roger Emmanuel Oba
Conseiller à la Coopération du
Ministère de la Santé

Dr Damase Bodzongo
Conseiller à la Santé

Professeur Alexis Elira Dokekias
Directeur général de la Santé

CÔTE D'IVOIRE

M. Désiré Assamoi Bosson
Ambassadeur de Côte d'Ivoire
Chef de Délégation

Professeur Assa Allou
Directeur Général de la Santé

Dr Ernest Zotoua
Directeur Coordonnateur du
Programme National de Lutte contre le
Tabagisme, l'Alcoolisme, la Toxicomanie
et les autres addictions

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

Dr Marcel Mukengeshayi Kupa
Directeur de la Direction de
Développement des Soins de Santé
Primaires
Représentant du Ministre de la Santé
Publique
Chef de Délégation

Dr Marie Louise Mbo Osomba K.
Directrice du Programme National de la
Santé de la Reproduction (PNSR)

Dr Micheline Kingombe Abiba
Directeur du Programme National de
Promotion de la Médecine
Traditionnelle et Plantes Médicinales

M. Banze Wa Ngala Alquin
Chargé des Missions

M. Mande Wa Mande Mike
Secrétaire Particulier du Ministre

GUINÉE ÉQUATORIALE

Dr Diosdado Nsue Milang
Ministro-Delegado de Sanidad y
Bienestar Social

Dr Camilo Ela Ela Obono
Director General de Salud Pública y
Planificación Sanitaria

Dr^a. Maria Clara Eyegue Narcise
Directora general de Coordinación
Multisectorial de lucha contra el
VIH/SIDA

Senör Alberto Essimi
Director Nacional de Medicina
Tradicional

ÉRYTHRÉE

Amina Nur Hussien Abdulkader
Minister of Health
Head of Delegation

Dr Mismay Ghebrehiwet
Advisor to the Minister of Health

Bernane Gherretinsae
Director-General of Health Services

ÉTHIOPIE

Mrs Roman Tesfay Mebrahtu
Director-General of the Policy, Planning
and Finance General Directorate
Head of Delegation

Dr Amha Kebede
Director-General of the Institute of
Ethiopian Health, Nutrition and Research

Dr Lydia Tesfaye Muche
Assistant Director of Human
Resources Directorate

Dr Mahlet Kifle Habtemariam
HIV/NCD Focal Person

GABON

Mme Alice-Bertille Bikissa Nembe
Ministre Délégué à la Santé
Chef de Délégation

Dr Médard Toung Mve
Conseiller chargé des Programmes de
Santé et d'Hygiène Publique

Mme Mireille Ntsame Obame ép. Nkoa
Chargée d'Études auprès du Ministre
Délégué

GAMBIE

Ms Fatim Badjie
Minister of Health and Social Welfare
Head of Delegation

Mr Dawda Ceesay
Director of Planning and Information

Mr Bubakar Sillah
Program Manager, National Traditional
Medicine Programme

GHANA

Mr Peter Arhin
Director of Health

GUINÉE

Dr Robert Camara
Directeur National de la Prévention et
de la Santé Communautaire

GUINÉE-BISSAU*

KENYA

Dr Salim Hussein
Head, Department of Health Promotion

*N'a pas pu participer

Dr Solomon Mpoke
Director of Kenya Medical Research
Institute

Dr James Henri GESAMI
Assistant Minister

Dr Sammy Mahugu NGECHU
Head/International Health Relations
Department

LESOTHO

Dr Pinkie Rosemary Manamolela
Minister of Health
Head of Delegation

Dr Mpolai M. Moteetee
Director-General of Health Services

LIBERIA

Honourable Dr Walter Gwenigale
Minister of Health
Head of Delegation

Dr Fred Amegashie
Country Health Officer

Dr Bernice Dahn
Deputy Minister/CMO-RL

Mr Momolu Zinnah Seh
Human Resource Officer

Rev. John Sumo
Director, National Health Promotion

MADAGASCAR

Dr Tafangy Philemon Bernard
Secrétaire général du Ministère de la
Santé Publique

MALAWI

Honourable Halima Daud
Deputy Minister of Health
Head of Delegation

Mrs Sheila Bandazi
Director of Nursing Services

Dr Storn Kabuluzi
Director of Preventive Health Services

MALI

M. Soumana Makadji
Ministre de la Santé
Chef de Délégation

Dr Mountaga Bouare
Conseiller Technique
Ministère de la Santé

Dr Mamadou Namory Traoré
Directeur national de la Santé
B.P. 233 Ntomikorobougou
Bamako

Professeur Drissa Diallo
Chef du Département de la Médecine
Traditionnelle à l'INRSP

MAURITANIE

M. Housseinou Hamady Ba
Ministre de la Santé
Chef de Délégation

Dr Saidou Doro Niang
Directeur de Lutte contre la Maladie

Dr Jiddou Abderrahmane
Directeur de la Santé de base et de la
Nutrition

MAURICE

Dr Anil Deelchand
Head of Delegation

MOZAMBIQUE

Dra Nazira K. Vali Abdula
Vice-Ministra da Saúde
Chefe da Delegação

Dr Mouzinho Saide
Director Nacional da Saúde

Sr^a Felisbela Maria de Oliveira Gaspar
Directora Nacional do Instituto de
Medicina Tropical

Sr^a Cremilde Alice da Silva Moambe
Directora Provincial de Saúde de
Maputo

Sr^a Eulanda Maria Casamento Fiel
Enf^a Direcção Provincial de Saúde de
Zambézia

Sr. Bonifácio Cossa
Assistente do Ministro da Saúde

NAMIBIE

Miss Dorothy Nasilele Kambinda
Chief HPA: Health Promotion/IEC
Division

Mr Lesley Charles Usurua
Senior Health Programme Administrator

Dr Naftal T. Hamata
Advisor to the Minister of Health

Mr Peter Kondjeni Ndaitwa
Under Secretary: Policy Development
and Resource Management

Mrs Maria Fililogia Kavezembi
Director: Otjorondjupa Region

NIGER

M. Soumana Sanda
Ministre de la Santé Publique
Chef de Délégation
Dr Siddo Moumouni Daouda
Directeur Général de la Santé Publique

M. Ousmane Oumarou
Directeur des Études et de la
Programmation

M. Adakal Aboubacar
Directeur des Statistiques

Dr Harakoye Aissata Ly
Directrice de la Santé de la Mère et de
l'Enfant

NIGERIA

Professor C.O. Onyebuchi Chukwu
Minister of Health
Head of Delegation

Mrs Ansa Boco Ogu
Ag. Director, Health Planning Research
and Statistics

Dr Meribole Emmanuel Chukwuemeka
Senior Technical Assistant to the Minister
of Health

Mr Chinedu Edwin Chukwu
Senior Health Research Officer
Mr Aminu Yakubu
Senior Health Research Officer

Mrs Kuje Rhoda
Deputy Director (Multilateral)

Professor Sofowora Abayomi
Guest Observer

Prof. Abdulsalam Nasidi
Project Director,
Nigeria Centre for Disease Control

Dr Aboje Sunday
Deputy National Coordinator, TB and
Leprosy Control Programme

Mrs Moji Makanjuola
Chief Health Correspondent
Mr Nwomeh Daniel
SA Media HMH

Dr Oteri Avuwa Joseph
Country GAVI Focal Point (NPHCDA)

Dr Bridget Okoeguale
Director, Family Health

Dr (Mrs) Evelyn Ngige
National Coordinator, HIV/AIDS

Dr Nnenna Ogbulafor
Technical Assistant to the Honourable
Minister

Mr Iyahan Omoruyi Osarobo
Manager, Plans and Budget, NHIS

Mr Atoyebi Abdullateef Adebayo
Manager, NHIS

Mr Shakuri Kadiri
Chief Health Planning Officer, HRH

Mrs Quincy Julie Ayodele
Managing Director, Quincy Herbal
Slimers,
Herbal Medicine Practitioner (TMA)

Mrs Mary Iyabode Okpeseyi
Director, Food and Drug Services
Department

Dr. Azeez Aderemi Najim
Head, Research and Statistics Division

Anna Angbazo
News Correspondent (NAN)

Mr S. Mohamed
FMOH Cameraman

Mr Godwin Adodo-Odemijie
Manager, News (Health)
Radio Nigeria

RWANDA*

*N'a pas pu participer

SAO TOMÉ-ET-PRINCIPE

Sr. Carlos Alberto Pires Gomes
Ministro da Saúde e dos Assuntos Sociais
Chefe da delegação

SÉNÉGAL

Dr Mandiaye Loume
Conseiller Technique n° 1
Chef de Délégation

M Balde Alpha
Député, Président de la Commission de
la Santé et des Affaires sociales

M. Papa Amadou Diack
Directeur général de la Santé

SEYCHELLES

Mrs Mitcy Larue
Minister for Health
Head of Delegation

Mrs Peggy Vidot
Special Adviser to the Minister

Dr Andre Bernad Valentin
Health Consultant

SIERRA LEONE

Dr Kisito Sheku Daoh
Chief Medical Officer
Ministry of Health and Sanitation
Head of Delegation

SOUDAN DU SUD (Observateur)

Dr Yatta Lori Lugor
Deputy Minister of Health
Republic of South Sudan

Dr Luc Riek
Director-General for Planning and
Coordination

SWAZILAND

Honourable Benedict Xaba
Minister of Health
Head of Delegation

Dr Steven V. Shongwe
Principal Secretary, Ministry of Health

Thembisile Khumalo
Chief Nursing Officer

Dr Velephi Okello
National HIV Coordinator

AFRIQUE DU SUD

Dr Phakishe Aaron Motsoaledi
Minister of Health
Head of Delegation

Ms Mmatthari Kelebogile Matsau
Deputy Director-General: International
Relation, Health Trade and Health
Product

Dr Thamizhanban Pillay
Acting Deputy Director-General: Health,
Planning and Systems Enablement

Dr Elizabeth Lindiwe Makubalo
Health Attaché: WHO/UN
South Africa Mission to United Nations

Dr Yogan Pilay
DDG: HIV/TB, MCH

Ms Tsakani Mnisi
Director: International Relations

Ms Nthari Matsau
Head, International Relations

Mr Marthinus van Schalkwyk
Director, Social Development,
Department of International Relations
and Cooperation

TANZANIE

Dr Helen Semu
Head, Nutrition Services

Dr Georgina Msemo
Head of Newborn and Child Health
Services
Ministry of Social Welfare

Dr Seif S. Rashid
Deputy Minister of Health and Social
Welfare

Mr Martin Edward Elias
Personal Assistant to Deputy Minister for
Health and Social Welfare

Dr M. Josiah
Deputy Programme Manager
National Director of Health and Social
Welfare

TOGO

Dr Dogbe Koku Silea
Directeur Général de la Santé

OUGANDA

Mr George Baguma
Ministry of Health

Mr Samuel Acuti Opio
Ministry of Health

ZAMBIE

Dr Patrick Chikuso
Honourable Deputy Minister
Head of Delegation

Clement Chela
National AIDS Council

Dr Chilengwe Welani
Alternate Delegation Leader

Dr Nzala Selestine
University of Zambia School of Medicine
Ministry of Health

Dr Mary Nambao
Reproductive Health Specialist

Mr Henry Kansembe
Deputy Director – Technical Support

Dr Mary Zulu
Executive Director
Health Professionals Council

Mrs Grace Tembo Mumba
HIV/Statistics Officer

ZIMBABWE

Dr Douglas Tendai Mombeshora
Deputy Minister of Health and Child
Welfare
Head of Delegation

Dr Christopher Tapfumaneyi
Principal Director, Curative Services

Dr Mukungunugwa Solomon Huruva
Acting Provincial Medical Director

Mr Somane Daniel
Deputy Director of Human Resources

Dr Manangazira Portia
Director, Epidemiology and Disease
Control

Mr Mangwadu Goldberg Tendai
Director, Environmental Health Services

2. REPRÉSENTANTS D'AGENCES DES
NATIONS UNIES ET D'INSTITUTIONS
SPÉCIALISÉES

Banque mondiale

Rose Laura
Sector Leader, Human Development
Observateur

3. REPRÉSENTANTS
D'ORGANISATIONS
INTERGOUVERNEMENTALES

Roll Back Malaria (RBM)

Dr Fatoumata Nafo-Traore
Executive Director

Mrs Caroline A. Ndiaye
Officer-in-charge of Governance

4. REPRÉSENTANTS D'ORGANISATIONS
NON-GOUVERNEMENTALES

AMREF

Dr Teguest Guerma
Directeur général

African Leaders Malaria Alliance
(ALMA)

Ms Saleemah Abdul Ghapur
Director

Halima Abdullah
Senior Director of Liaison

East, Central and Southern Africa Health
Community (ECSA-HC)

Mr Machedze Rangarirai
Representative

Fédération africaine d'Obstétrique et de
Gynécologie (AFOG)

Dr Yirgu Gebrehiwof
Président, AFOG
Observateur

African Regional Intellectual Property
Organization (ARIPO)

Emmanuel Sackey
Chief Examiner

African Centre for Global Health and
Social Transformation (ACHEST)

Dr Peter Eriki
Observer

ORDRE DU JOUR DE LA SOIXANTE-DEUXIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

1. Ouverture de la réunion
2. Constitution du Sous-Comité des Désignations
3. Établissement des Sous-Comités A et B de la soixante-deuxième session du Comité régional de l’OMS pour l’Afrique (Document AFR/RC62/3)
4. Élection du Président, des Vice-présidents et des Rapporteurs de la séance plénière, désignation des présidents et des rapporteurs des Sous-Comités A et B
5. Adoption de l’ordre du jour et du programme de travail (Document AFR/RC62/1)
6. Nomination des membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
7. Activités de l’OMS dans la Région africaine 2010-2011 : Rapport biennal du Directeur régional (Document AFR/RC62/2)
8. Transfert d’États Membres à la Région africaine (Document AFR/RC62/4)
9. Intervention du Président du Sous-Comité du Programme (Document AFR/RC62/5)
10. Gestion des risques de catastrophe : Une stratégie pour le secteur de la santé dans la Région africaine (Document AFR/RC62/6)
11. Feuille de route pour augmenter les effectifs sanitaires en vue d’une meilleure prestation de services de soins de santé dans la Région africaine 2012–2025 (Document AFR/RC62/7)
12. Examen et approbation de la Déclaration de Brazzaville sur les maladies non transmissibles (Document AFR/RC62/8)
13. Promotion de la santé : Stratégie pour la Région africaine (Document AFR/RC62/9)
14. VIH/sida : Stratégie pour la Région africaine (Document AFR/RC62/10)

15. Santé et droits de l'homme : Situation actuelle et perspectives dans la Région africaine (Document AFR/RC62/11)
16. Application du Règlement sanitaire international (2005) dans la Région africaine de l'OMS(Document AFR/RC62/12)
17. L'Observatoire Africain de la Santé : Une opportunité de renforcer les systèmes d'information sanitaire à travers les observatoires nationaux de la santé (Document AFR/RC62/13)
18. Suivi du rapport du Groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement (Document AFR/RC62/14)
19. Optimiser les initiatives mondiales en faveur de la santé pour renforcer les systèmes nationaux de santé (Document AFR/RC62/15)
20. Mise en œuvre du budget programme de l'OMS 2012-2013 dans la Région africaine (Document AFR/RC62/16)
21. Projet de douzième programme général de travail (Document AFR/RC62/17)
22. Création du Fonds africain pour les urgences de santé publique (FAUSP) – Rapport du Directeur régional (Document AFR/RC62/19)
23. Avant-projet de budget programme 2014-2015 (Document AFR/RC62/18)
24. Documents d'information
 - 24.1 Rapport sur le personnel de l'OMS dans la Région africaine (Document AFR/RC62/INF.DOC/1)
 - 24.2 Questions à caractère régional découlant des rapports d'audit interne et externe de l'OMS (Document AFR/RC62/INF.DOC/2)
25. Projet d'ordre du jour, dates et lieu de la soixante-troisième session; et dates et lieu de la soixante-quatrième session du Comité régional (Document AFR/RC62/20)
26. Discussion de groupe – Médecine traditionnelle africaine : pratique, praticiens et produits dans la Région africaine (Document AFR/RC62/PD)
27. Adoption du rapport du Comité régional (Document AFR/RC62/21)
28. Clôture de la soixante-deuxième session du Comité régional

PROGRAMME DE TRAVAIL

1^{ER} JOUR : Lundi 19 novembre 2012 (Séance plénière)

9h30 – 12h00 Point 1 de l'ordre du jour Ouverture de la réunion

12h00 – 12h30 Photo de groupe, suivie par des rafraîchissements

12h30 – 13h00 Séance plénière Mot d'ouverture du Ministre de la Santé du Liberia, le Dr Walter T. Gwenigale

Point 2 de l'ordre du jour Constitution du Sous-Comité des Désignations

13h00 – 14h30 Pause déjeuner (Réunion du Sous-Comité des Désignations)

14h30 – 15h00 Événement parallèle Lancement de publications de l'OMS

15h00 – 15h30 Point 3 de l'ordre du jour Établissement des Sous-Comités A et B de la soixante-deuxième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique (Document AFR/RC62/3)

Point 4 de l'ordre du jour Élection du Président, des Vice-présidents et des Rapporteurs de la séance plénière, désignation des présidents et des rapporteurs des Sous-Comités A et B

Point 5 de l'ordre du jour Adoption de l'ordre du jour et du programme de travail (Document AFR/RC62/1)

Point 6 de l'ordre du jour Constitution du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs

15h30 – 16h30 Point 7 de l'ordre du jour Activités de l'OMS dans la Région africaine 2010-2011 : Rapport biennal du Directeur régional (Document AFR/RC62/2)

16h30 – 17h00 Allocutions des conférenciers invités
- Dr Fatoumata Nafo Traoré, Directrice exécutive du Partenariat Faire reculer le paludisme (RBM)

- Mme Joy Phumaphi, Secrétaire exécutive de l'ALMA
- Dr Christopher Elias, Président du Programme mondial de développement (BMGF)

17h00 – 17h30 Pause café

17h30 – 18h00 Point 8 de l'ordre du jour Transfert d'États Membres à la Région africaine (Document AFR/RC62/4)

18h00 – 18h30 Point 9 de l'ordre du jour Intervention du Président du Sous-Comité du Programme (Document AFR/RC62/5)

18h30 Fin des travaux

17h30 – 18h45 Réunion du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs

19h30 Réception offerte par le Gouvernement de l'Angola

2^{ÈME} JOUR : Mardi 20 novembre 2012 (Séances en sous-comités)

9h00 – 10h30 Point 10 de l'ordre du jour Gestion des risques de catastrophe : Une stratégie pour le secteur de la santé dans la Région africaine (Document AFR/RC62/6) – Sous-Comité A

Point 11 de l'ordre du jour Feuille de route pour augmenter les effectifs sanitaires en vue d'une meilleure prestation des soins de santé dans la Région africaine 2012-2025 (Document AFR/RC62/7) – Sous-Comité B

10h30 – 11h00 Pause café

11h00 – 12h30 Point 12 de l'ordre du jour Examen et approbation de la Déclaration de Brazzaville sur les maladies non transmissibles (Document AFR/RC62/8) – Sous-Comité A

Point 13 de l'ordre du jour Promotion de la santé : Stratégie pour la Région africaine

(Document AFR/RC62/9) – Sous-Comité B

12h30 – 14h00 Pause déjeuner

14h00 – 15h30 Point 14 de l'ordre du jour

VIH/sida : Stratégie pour la Région africaine (Document AFR/RC62/10) – Sous-Comité A

Point 15 de l'ordre du jour

Santé et droits de l'homme : Situation actuelle et perspectives dans la Région africaine (Document AFR/RC62/11) – Sous-Comité B

15h30 – 16h00 Pause café

16h00 – 18h00 Événement parallèle

Décennie des vaccins et mise à jour de l'Alliance GAVI
(Présidé par le Président du CR62)
- Propos introductif du Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique
- Intervention du Directeur exécutif de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI)
- Débat

18h00 Fin des travaux

3^{ÈME} JOUR : Mercredi 21 novembre 2012

9h00 – 10h30 Point 16 de l'ordre du jour

Application du Règlement sanitaire international (2005) dans la Région africaine (Document AFR/RC62/12) – Sous-Comité A

Point 17 de l'ordre du jour

L'Observatoire Africain de la Santé : Une opportunité de renforcer les systèmes d'information sanitaire à travers les observatoires nationaux de la santé (Document AFR/RC62/13) – Sous-Comité B

10h30 – 11h00 Pause café

11h00 – 11h10 Point 6 de l'ordre du jour (suite)

Rapport du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs – Séance plénière

11h10 – 12h30	Point 18 de l'ordre du jour	Suivi du rapport du Groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement (Document AFR/RC62/14)
12h30 – 14h00	Pause déjeuner	Déjeuner de travail des ministres organisé par le Partenariat Faire reculer le paludisme
14h00 – 15h00	Point 19 de l'ordre du jour	Optimiser les initiatives mondiales en faveur de la santé pour renforcer les systèmes nationaux de santé (Document AFR/RC62/15)
	Point 22 de l'ordre du jour	Création du Fonds africain pour les urgences de santé publique (FAUSP) – Rapport du Directeur régional (Document AFR/RC62/19)
15h00 – 15h30	Pause café	
15h30 – 17h30	Point 20 de l'ordre du jour	Mise en œuvre du Budget Programme 2012-2013 de l'OMS dans la Région africaine (Document AFR/RC62/16)
17h30	Fin des travaux	
19h00	Réception offerte par l'OMS	
4 ^{ÈME} JOUR : Jeudi 22 novembre 2012 (Séance plénière)		
8h30 – 10h00	Point 21 de l'ordre du jour	Projet de Douzième Programme général de travail (Document AFR/RC62/17)
10h00 – 10h30	Pause café	
10h30 – 12h00	Point 23 de l'ordre du jour	Avant-projet de Budget Programme 2014-2015 (Document AFR/RC62/18)
12h00 – 13h00	Point 24 de l'ordre du jour	Documents d'information
	Point 24.1 de l'ordre du jour	Rapport sur le personnel de l'OMS dans la Région africaine (Document AFR/RC62/INF.DOC/1)

Point 24.2 de l'ordre du jour	Questions à caractère régional découlant des rapports d'audit interne et externe de l'OMS (Document AFR/RC62/INF.DOC/2)
13h00 – 14h30 Pause déjeuner Événement parallèle	Séance d'information du Groupe Afrique au Fonds mondial, organisée par les ministres de la Santé du Ghana et des Comores
14h30 – 15h00 Point 25 de l'ordre du jour	Projet d'ordre du jour, dates et lieu de la soixante-troisième session; et dates et lieu de la soixante-quatrième session du Comité régional (Document AFR/RC62/20)
15h00 – 17h00 Point 26 de l'ordre du jour	Discussion de groupe – Médecine traditionnelle : pratique, praticiens et produits dans la Région africaine (Document AFR/RC62/PD)
17h00	Fin des travaux
5 ^{ÈME} JOUR : Vendredi 23 novembre 2012	
10h00 – 11h30 Point 27 de l'ordre du jour	Adoption du rapport et des résolutions de la soixante-deuxième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique (Document AFR/RC62/21)
11h30 – 12h00 Point 28 de l'ordre du jour	Clôture de la soixante-deuxième session du Comité régional

ANNEXE 4

DISCOURS D'OUVERTURE DU VICE-PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE D'ANGOLA, SON EXCELLENCE MANUEL DOMINGOS VICENTE

- Mesdames et Messieurs les Ministres;
- Distingués invités;
- Chers délégués;
- Mesdames et Messieurs;

C'est avec une grande satisfaction que notre pays accueille la soixante-deuxième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique.

Cette réunion nous offre une autre opportunité d'échanges utiles d'idées et d'expériences pour envisager de nouvelles stratégies de lutte contre les grandes endémies qui dévastent encore notre continent et adopter des politiques qui nous permettront d'améliorer les soins médicaux et pharmaceutiques dispensés aux populations de nos pays respectifs.

Pour cette raison, nous sommes particulièrement heureux que vous ayez accepté de tenir cet événement qui fera date à Luanda. Les points inscrits à l'ordre du jour de la réunion revêtent une importance capitale et nécessitent des solutions qui requièrent la coopération entre les gouvernements de nos pays respectifs.

Nous prenons part à cette session, conscients de ce que la santé des citoyens de nos pays constitue l'un des axes fondamentaux du développement économique et social.

En effet, le renforcement d'un système de santé efficace s'avère une condition sine qua non à la construction d'une société démocratique, solidaire, éprise de progrès, où règnent le bien-être et la justice sociale pour tous.

C'est pourquoi le droit à la santé mérite d'être consacré dans les lois fondamentales de nos pays. En outre, le droit à la santé doit être exercé en temps de paix et de stabilité politique et sociale, qui sont les conditions préalables essentielles à remplir en vue de sa matérialisation.

On ne peut donc s'étonner de ce que la santé se profile clairement parmi les principales préoccupations des gouvernements qui dédient leur attention et leurs ressources à la réalisation de programmes et de stratégies visant à progresser dans les domaines de la santé publique et de l'assainissement de l'environnement.

Nous continuons ainsi à être liés par les engagements que nous avons pris en faveur de la santé dans le cadre des Nations Unies, de l'Union africaine, de la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC) et de la Communauté des pays d'expression portugaise (CPLP).

Cependant, nous devons reconnaître que les progrès que nous avons réalisés jusqu'à présent restent insuffisants pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement d'ici 2015.

Nous devons persévérer afin d'améliorer, non seulement la qualité et l'équité, mais aussi l'accès universel aux services intégrés de santé de tous les citoyens sans exception, tout au long de leur vie.

Il est nécessaire que nos systèmes de santé deviennent plus solides et davantage axés sur la promotion, la prévention, le diagnostic et le traitement, et qu'ils aient une vision globale correspondant aux attentes et aux besoins de nos populations.

La réduction accélérée de la mortalité maternelle et infantile, la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, les maladies négligées et la riposte rapide lors de catastrophes et d'épidémies sont intimement liées au renforcement du système de santé, tout comme les actions intersectorielles dans les domaines de l'approvisionnement en eau potable, de l'énergie électrique, de l'assainissement, de la sécurité alimentaire et de l'éducation.

On ne répétera jamais assez que le développement durable de notre continent passe par la solution des principaux problèmes de santé auxquels nos populations sont confrontées, grâce à l'adoption de solutions structurées et cohérentes centrées sur les populations.

Nous avons la responsabilité, envers nos peuples, de faire de cette réunion le moment de confirmer nos engagements pour un avenir que nous appelons de nos vœux, c'est-à-dire l'engagement en faveur de la vie et du bien-être de nos populations.

- Excellences;
- Distingués invités;
- Mesdames et Messieurs;

L'Angola prône l'accès universel aux services de santé curatifs et préventifs en tant que manifestation du droit du citoyen, qui se traduit ultérieurement par la réduction de la pauvreté et des inégalités.

Parmi les actions engagées par le Gouvernement de l'Angola, je tiens à évoquer particulièrement les progrès réalisés dans la modernisation et la mise en place d'infrastructures et d'autres services sociaux de base qui permettront d'étendre le réseau et les services de santé spécialisés périphériques, ce qui devrait générer des avantages considérables pour le secteur de la santé dans notre pays.

Par ailleurs, dans le cadre de la municipalisation des services de santé, des moyens financiers ont été mis à disposition pour les soins de santé primaires au niveau des localités en vue d'augmenter l'offre de services de santé de qualité pour la prévention et le traitement des maladies qui affectent le plus les populations.

Le gouvernement angolais a ainsi accordé la plus grande priorité aux soins de santé primaires et à la santé publique, de façon à orienter notre service national de santé vers la prévention de la maladie pour qu'il réponde de manière adéquate aux besoins concrets des citoyens.

Ces actions ont été assorties d'interventions très ciblées dans le domaine de la formation et de la gestion des ressources humaines, que nous considérons comme une composante essentielle du système de santé. Ces interventions comprennent des politiques visant à améliorer les conditions de travail au niveau local afin de fidéliser les professionnels de santé, et la promotion de l'accès à des études postuniversitaires, à la spécialisation et au développement des carrières.

Depuis l'indépendance, l'Angola a investi dans la construction de cinq nouvelles facultés de médecine et d'une école technique dans chacune des 18 provinces du pays.

Notre pays dispose actuellement d'un ratio de 2 médecins environ pour 10 000 habitants, avec une moyenne d'un médecin par municipalité, ce qui est manifestement insuffisant. Par conséquent, nous avons dû nous résoudre à engager des médecins spécialistes étrangers pour nous aider à assurer une couverture sanitaire suffisante de nos populations.

C'est pour cette raison que nous avons l'intention de réaliser un plan national ambitieux de formation de cadres pour la période 2013-2020 qui devrait nous permettre de pallier le manque actuel.

- Excellences;
- Distingués invités;
- Mesdames et Messieurs;

Les résultats obtenus jusqu'à présent montrent que nous avons fait des progrès en ce qui concerne l'espérance de vie, la réduction de la mortalité maternelle et de la mortalité infantile, la prévention du VIH/sida et la lutte contre la poliomyélite.

La réduction de la mortalité maternelle et infantile est une priorité nationale pour le gouvernement angolais. Les études et estimations les plus récentes indiquent une réduction des ratios de mortalité maternelle et infantile.

Dans ce domaine, nous avons mis en œuvre des actions visant à améliorer l'accès aux services de planification familiale, aux soins prénatals, aux accouchements en présence d'un personnel qualifié et aux soins aux nouveau-nés.

Sur toute l'étendue de notre territoire, nous avons investi massivement dans la prestation des services obstétricaux, néonataux et infantiles, conformément à la Stratégie mondiale des Nations Unies pour la santé de la femme et de l'enfant.

Toujours dans ce domaine, la campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique a été lancée en 2010, afin de relever le défi de

l'Union africaine, et tous les Angolais ont été mobilisés pour prévenir les décès de mères pendant l'accouchement.

L'Angola a également créé un Conseil national de l'enfant chargé de coordonner les actions en faveur de la santé de l'enfant. Cet organisme fait intervenir 16 départements ministériels, des institutions du système des Nations Unies, des partenaires au développement et la société civile.

Eu égard aux résultats que nous avons obtenus jusqu'à présent dans le domaine de l'éradication de la poliomyélite, nous pouvons désormais conclure que, si nous faisons preuve de détermination, nous pouvons éradiquer totalement cette maladie en Angola et partout ailleurs en Afrique. En effet, aucun nouveau cas de poliomyélite n'a été notifié en Angola depuis plus de quatorze mois.

Je saisis cette occasion pour exprimer notre plus sincère gratitude à tous ceux qui ont contribué à l'éradication de la poliomyélite et pour les inciter à maintenir la vigilance et la motivation que la lutte contre ce fléau exige pour éviter toute recrudescence.

La prévention et le traitement du VIH/sida ont également donné des résultats encourageants. Le taux de prévalence de l'infection à VIH dans notre pays – qui est de 1,9 %, soit le taux de prévalence le plus bas en Afrique australe – est resté inchangé depuis 2005.

Dans son programme de santé, le Gouvernement de l'Angola a accordé la priorité à la lutte contre les maladies transmissibles, les maladies évitables par la vaccination et les maladies négligées, autrement dit celles qui affectent le plus nos populations. Les résultats obtenus se sont avérés positifs.

Il importe à présent d'accorder une attention plus marquée aux maladies non transmissibles, à la violence et aux traumatismes, en termes à la fois de leur incidence et de leurs répercussions négatives sur la vie des populations, et, de manière plus générale, sur la société et l'économie du pays.

Notre incapacité à intervenir rapidement en cas d'urgences nous préoccupe au plus haut point, car elle entraîne des décès et peut entraver le développement socioéconomique de la Région.

À cet effet, nous avons versé notre contribution financière au Fonds africain pour les urgences de santé publique créé par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique.

Nous sommes conscients et assumons la responsabilité de ce que qu'il nous reste un long chemin à parcourir pour assurer la couverture universelle des services essentiels de santé à nos populations, compte tenu de la demande croissante qui découle principalement de la croissance démographique.

Les grandes lignes directrices pour le secteur de la santé ont été définies conformément aux priorités nationales et sont inscrites dans le Plan de développement sanitaire pour la période 2012-2025.

Ce plan reprend les stratégies visant à réduire les inégalités et les déséquilibres dans l'accès et la qualité des services et définit des objectifs ambitieux à atteindre dans tous les domaines du système national de santé, notamment le renforcement de la lutte contre les maladies jugées prioritaires, autrement dit les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles. Les autres objectifs ambitieux à atteindre comprennent l'amélioration des soins de santé de la femme et du nouveau-né, de la survie de l'enfant, des services de santé ciblant les jeunes enfants et les personnes âgées, et l'amélioration des soins communautaires.

Dans cette optique, les citoyens tout comme les institutions publiques et privées ont été mobilisées afin d'adopter de nouveaux modes de vie et de nouvelles habitudes, en vue d'agir sur les déterminants sociaux et économiques de la santé des Angolais.

À notre avis, la santé est un investissement qui génère des bénéfices pour toute la société parce qu'il permet de réduire les inégalités et autres injustices sociales.

J'aimerais saisir cette occasion pour réitérer la profonde gratitude de tous les Angolais pour l'appui on ne peut plus généreux que nos partenaires au développement nous ont accordé sur les plans technique et financier. J'adresse à cet effet une mention spéciale à l'OMS et à d'autres institutions du système des Nations Unies.

Je profite également de cette opportunité pour réitérer le souhait de notre pays de voir ses partenariats se renforcer et s'élargir davantage, et pour vous assurer que nous continuerons à honorer nos engagements et à apporter notre modeste contribution à l'amélioration de la santé sur notre continent.

Je souhaite plein succès à vos travaux et forme le vœu que cette réunion soit un pas important vers l'atteinte de nos objectifs.

Sur ces mots, je déclare officiellement ouverte la soixante-deuxième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé.

Je vous remercie de votre attention.

ALLOCUTION DU DR LUIS GOMES SAMBO, DIRECTEUR RÉGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE

- Excellence Monsieur Manuel Domingos Vicente, Vice-président de la République d'Angola;
- Monsieur le Ministre de la Santé de la République d'Angola;
- Monsieur le Secrétaire d'État aux Relations extérieures;
- Madame le Vice-gouverneur de la Province de Luanda;
- Honorables Membres du Parlement de l'Angola;
- Mesdames et Messieurs les Membres du Gouvernement de la République d'Angola;
- Mesdames et Messieurs les Ministres de la Santé des États Membres de la Région africaine de l'OMS;
- Excellences Mesdames et Messieurs les Ambassadeurs, chefs de Missions diplomatiques et chefs d'institutions multilatérales et bilatérales accréditées en République d'Angola;
- Très cher Ami et Conseiller, Monsieur Agostinho André Mendes de Carvalho «Uanhenga Xitu», ancien Ministre de la Santé;
- Distingués invités;
- Chers collègues et amis;
- Mesdames et Messieurs les membres de la communication sociale;
- Mesdames, Messieurs;

C'est avec une émotion très profonde et un grand sentiment de fierté que je prends la parole en ce jour pour m'adresser à cette auguste assemblée, à l'ouverture de la soixante-deuxième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique qui se tient ici à Luanda, en République d'Angola. Ce sentiment de fierté m'anime parce que l'Angola, après avoir émergé récemment d'une situation de guerre aux effets tragiques, a relevé le défi d'organiser la présente session du Comité régional, en mobilisant des moyens importants. L'hospitalité réservée aux délégations des États Membres et aux représentants des nombreux partenaires qui nous honorent de leur présence, constitue sans nul doute la preuve de notre fraternité et de notre respect mutuel.

L'émotion que je ressens découle du fait que les Angolais ont retrouvé la paix, ce qui permet aujourd'hui au pays tout entier de mettre en œuvre un véritable projet de développement, dont les résultats sont tangibles du point de vue économique, social et culturel.

- Excellence Monsieur le Vice-président de la République d'Angola;
- Mesdames et Messieurs les Ministres;
- Mesdames et Messieurs.

Au nom du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, le Dr Margaret Chan, j'adresse mes compliments aux ministres de la Santé et chefs de délégation des États Membres de l'OMS. Mes salutations s'adressent également aux représentants des divers partenaires au développement sanitaire en Afrique, à la Coordinatrice résidente, aux chefs d'institutions du système des Nations Unies en Angola, et, bien évidemment, à mes collègues membres du personnel de l'OMS. Je souhaite à tous la bienvenue à la présente session du Comité régional.

Qu'il me soit permis d'exprimer, du haut de cette tribune, ma profonde gratitude au Président de la République d'Angola, Son Excellence José Eduardo dos Santos, au Gouvernement et au peuple angolais, pour les facilités qu'ils nous ont accordées en vue de la tenue de la soixante-deuxième session du Comité régional, et pour l'excellent appui fourni à l'OMS dans le cadre de ses activités dans la Région africaine.

L'ordre du jour de la soixante-deuxième session du Comité régional comporte des questions prioritaires de santé publique pour la Région africaine. Des divers thèmes, il se dégage en premier lieu la problématique du renforcement des systèmes de santé, qui nous permettra d'analyser la manière dont les initiatives mondiales en faveur de la santé peuvent contribuer à l'amélioration de la prestation des soins de santé intégrés en faveur des populations; les opportunités offertes par les nouvelles technologies de l'information et de la communication pour améliorer les systèmes d'information sanitaire; le financement et la coordination de la recherche-développement pour l'innovation en santé; et la feuille de route pour augmenter les effectifs sanitaires en vue d'accélérer les progrès vers l'atteinte des objectifs nationaux et internationaux de santé.

Le présent Comité régional devra également examiner les questions liées à la lutte contre les maladies, notamment : l'actualisation de la stratégie de lutte contre le VIH/sida, la lutte contre les maladies chroniques et la promotion de la santé.

Nous aborderons également les questions institutionnelles de l'OMS, notamment le processus en cours de réforme de l'OMS, la mise en œuvre du Budget Programme 2012-2013 de l'OMS dans la Région africaine, l'Avant-projet de Budget Programme 2014-2015, et les priorités du Douzième Programme général de travail de l'OMS 2014-2019.

- Excellences, Mesdames et Messieurs les Ministres et chefs de délégation;

La présente session du Comité régional vous offre aussi l'occasion de participer à une séance de travail avec des partenaires importants, et d'échanger avec eux sur des thèmes essentiels comme la Décennie de la vaccination et la lutte contre le paludisme. Cette année, une discussion de groupe sur la médecine traditionnelle est programmée. Cette discussion sera animée par des experts spécialement invités à cet effet.

- Excellence Monsieur le Vice-Président de la République;
- Mesdames et Messieurs les Ministres;
- Distingués invités;

L'Angola accueille pour la deuxième fois le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, après 1956, avant l'indépendance du pays.

En consultant les archives de la sixième session du Comité régional de l'OMS tenue à Luanda en 1956, j'ai noté l'importance accordée à certaines questions telles que la santé de la mère et de l'enfant, la santé et l'environnement, la lutte contre la schistosomiase, l'onchocercose, la lèpre, la fièvre jaune, la variole et le paludisme. Une solution satisfaisante a été trouvée à la majorité de ces problèmes, et, dans bien des cas, la maladie a été soit contrôlée, soit éradiquée. Je peux citer à titre d'exemple l'éradication de la variole, la lutte contre la fièvre jaune et l'onchocercose et l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant.

La réforme des systèmes de santé mise en œuvre après les indépendances des pays africains a créé de nouvelles opportunités pour le développement du secteur de la santé, et il est indéniable que les pays de la Région africaine ont enregistré des progrès dans le domaine de la santé au cours de ces dernières décennies.

Ces progrès ont résulté de la mise en œuvre de politiques de santé plus équitables, reposant sur ce que l'on avait coutume d'appeler les «soins de santé primaires», qui sont devenus les «soins de santé de base». L'adoption de l'approche des soins de santé primaires à la Conférence de Alma Ata en 1978 a constitué une véritable révolution en matière de santé publique. Cette approche a permis d'accroître la participation communautaire dans l'organisation des soins de santé, la formation et le placement des professionnels de la santé, ainsi que l'amélioration de l'accès aux technologies sanitaires, notamment la fourniture de médicaments essentiels et de vaccins d'importance vitale.

En dépit de ces progrès, la tuberculose, le paludisme, certaines épidémies récurrentes, ainsi que la mortalité maternelle et infantile, sont restés une source de préoccupation. Entre temps, la pandémie du VIH/sida a fait son apparition au début des années 1980.

La Déclaration du Millénaire des Nations Unies de 2000 a constitué une nouvelle opportunité et défini un cadre de référence qui place la santé au centre du concept et des objectifs de développement humain.

Si nous comparons les principaux indicateurs de santé à l'échelle mondiale, nous notons une très grande disparité d'un pays à l'autre, au sein des pays et entre les sous-groupes de population, par exemple entre les riches et les pauvres, ou encore entre les zones urbaines et les zones rurales.

Il ressort des dernières statistiques de l'OMS que l'espérance de vie à la naissance dans le monde est de 68 ans, oscillant entre 54 ans dans la Région africaine et 76 ans dans la Région des Amériques. La Région africaine, qui compte environ 12 % de la population mondiale, a enregistré 18,6 % des décès survenus en 2008.

En ce qui concerne la lutte contre les maladies en Afrique, je voudrais d'abord signaler que les maladies transmissibles représentent 63 % du nombre total de décès enregistrés dans la Région africaine. Le VIH/sida, les maladies diarrhéiques, le paludisme, la tuberculose, et les maladies infantiles sont à l'origine de 88 % de cette mortalité. Le VIH/sida à lui seul est responsable de 15,6 % du nombre total de décès survenus dans la Région. En dépit de cette réalité, la Région africaine a réalisé des progrès dans la lutte contre le VIH/sida. La couverture des interventions visant à réduire la transmission mère-enfant du virus a augmenté; la couverture du traitement antirétroviral s'est également accrue, passant de 100 000 personnes en 2003 à 6,2 millions de personnes en 2011.

Pourtant, l'incidence annuelle de l'infection à VIH reste très élevée, avec 1,7 million de nouveaux cas en 2011. En ce qui concerne le paludisme, 12 pays de la Région africaine ont affiché une baisse de la morbidité et de la mortalité de près de 50 %. La lutte contre le paludisme en Afrique présente de bonnes opportunités et de belles perspectives pour les prochaines années.

La Région africaine continue d'être confrontée à de nombreuses urgences de santé, notamment les maladies à potentiel épidémique, qui ont un effet dévastateur sur le tissu économique et social des pays. La majorité de ces maladies sont d'origine infectieuse, et le choléra, la méningite et les fièvres hémorragiques virales sont les plus fréquentes. Le choléra a été à l'origine de 1231 décès dans la Région au cours des 12 derniers mois.

En ce qui concerne l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, la Région africaine a affiché une baisse de 66 % du nombre de cas de poliovirus sauvage. L'Angola est exempt de poliomyélite depuis plus de 16 mois, et la République démocratique du Congo depuis au moins 10 mois. La transmission du poliovirus au Tchad a baissé considérablement au cours des 12 derniers mois. Malheureusement, le nombre de cas de poliomyélite a doublé au Nigeria, le seul pays d'endémie de notre Région, ce qui a amené nos partenaires internationaux dans ce domaine à renforcer leur appui au gouvernement de ce pays.

La lutte contre les épidémies de méningite auxquelles quelque 500 millions de personnes étaient exposées annuellement dans les pays du Sahel est désormais menée avec une arme puissante, à savoir le nouveau vaccin conjugué contre la méningite à méningocoque de type A. La semaine dernière, nous avons lancé au Bénin une campagne de vaccination pour commémorer les 100 millions de personnes vaccinées en Afrique.

S'agissant du quatrième objectif du Millénaire pour le développement (OMD 4), qui vise à réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans, il convient de relever que le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans continue de baisser dans la Région africaine, passant de 159 décès pour 1000 naissances vivantes en 2000 à 109 décès pour 1000 naissances vivantes en 2010. Malgré cela, les statistiques actuelles indiquent que 40 % environ des décès d'enfants de moins de 5 ans surviennent au cours du premier mois de vie, ce qui signifie que les soins néonataux ne bénéficient pas encore d'une attention suffisante.

Concernant le cinquième objectif du Millénaire pour le développement (OMD 5), qui vise à réduire de trois quarts la mortalité maternelle, il convient de noter que la mortalité maternelle a continué de baisser, passant de 720 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2000 à 480 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2010. La Région africaine a enregistré des progrès vers l'amélioration de la santé de la mère, même si ces progrès demeurent insuffisants pour atteindre la cible de l'OMD 5.

En ce qui concerne les autres problèmes de santé publique, les maladies chroniques, parmi lesquelles les troubles mentaux et les traumatismes, représentent environ 60 % de la charge de morbidité mondiale. Près de 37 millions de décès sont attribués aux maladies non transmissibles (MNT) dans le monde entier. Le fardeau des maladies chroniques, qui s'alourdit rapidement, affecte également les pauvres et les personnes démunies. La majorité des maladies chroniques sont associées à des facteurs de risque comme le tabagisme, une mauvaise alimentation, le manque d'exercice physique et l'usage nocif de l'alcool. Il va sans dire que nous devons renforcer la promotion de la santé pour réduire le niveau d'exposition des individus et des communautés à ces facteurs de risque.

Les principaux défis de santé publique sont associés aux déterminants de la santé qui changent de manière imprévisible et sont répartis inégalement. À cet effet, permettez-moi de citer un passage du Rapport de 2008 de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé : «Le manque de soins de santé n'est pas la principale cause de l'incidence élevée des maladies dans le monde. Par exemple, les maladies d'origine hydrique ne sont pas dues au manque d'antibiotiques, mais à la consommation d'une eau insalubre. De même, les maladies cardiaques ne sont pas causées par le manque de services spécialisés en maladies coronariennes, mais par les modes de vie personnels.»

La réforme des systèmes de santé doit s'opérer dans un cadre élargi qui améliore également les conditions et la qualité de vie des individus. Nous devons par conséquent être prêts à mettre en œuvre un programme de santé publique plus ambitieux et de plus en plus complexe, avec de nouveaux problèmes connexes qui apparaissent au fil du temps.

Le financement de la santé demeure une source de préoccupation, car l'amélioration de l'état de santé des populations en dépend dans une large mesure.

L'engagement pris par les chefs d'État et de Gouvernement à Abuja de consacrer au moins 15 % du budget national au secteur de la santé a été respecté par cinq pays. Vingt-quatre pays africains ont pu atteindre la cible de US \$44 de dépense de santé par habitant par an recommandée par le Groupe de travail international sur le financement innovant. La moyenne des dépenses totales de santé par habitant est passée de US \$35 à US \$82 au cours des 10 dernières années. La toute première conférence des ministres de la Santé et des ministres des Finances qui s'est tenue cette année à Tunis a renforcé l'engagement en faveur d'une alliance stratégique entre les ministères de la Santé et ceux des Finances, tout en recommandant une gestion plus rationnelle des ressources humaines, un accroissement de l'investissement dans le secteur de la santé, notamment par des mécanismes de financement innovants qui mettent l'accent sur la nécessité d'accroître la transparence et la responsabilisation.

Nous notons actuellement une tendance à adopter une approche très clinique des services de santé, la commercialisation des soins de santé, et la fragmentation des systèmes nationaux de santé. Il est fondamental que les pays renforcent la mise en œuvre de leurs politiques basées sur les soins de santé primaires, et entreprennent une action sur les déterminants de la santé. La fourniture efficace des soins de santé primaires contribuera à la réalisation de la couverture universelle des soins de santé. Cependant, les aspects liés au financement doivent être traités avec attention, en fonction du contexte économique et social de chaque pays.

L'OMS a insisté sur la nécessité d'élaborer des comptes nationaux de la santé, d'assurer une gestion plus efficace des ressources disponibles pour la santé, et d'adopter des mécanismes de prépaiement (taxation pour la santé ou assurance-maladie) qui permettraient de prévenir les dépenses de santé catastrophiques qui appauvrissent les populations.

La crise des ressources humaines pour la santé perdure et constitue sans nul doute l'un des facteurs qui fragilisent les systèmes de santé. La Région africaine enregistre pratiquement 26 % de la charge de morbidité mondiale, mais compte à peine 3 % des professionnels de la santé (2 % des 10 millions de médecins et 4 % des 20 millions des personnels infirmiers et obstétricaux du monde). Trente-deux pays de la Région font face à une crise aiguë de ressources humaines pour la santé. En moyenne, la Région africaine doit augmenter de 140 % ses effectifs sanitaires afin de combler ce déficit. Nous saluons les efforts déployés par les pays qui ont décidé d'accroître leur capacité de formation de médecins et d'autres professionnels de santé, et nous attirons l'attention sur la nécessité de veiller à ce que la qualité de la formation soit conforme aux normes internationales établies.

S'agissant des technologies sanitaires, je tiens à relever que même si l'accès à la vaccination systématique s'est considérablement amélioré, il faut encore accélérer l'introduction des nouveaux vaccins. L'accès des populations à des médicaments de qualité fait encore problème. Certains pays ont développé ou renforcé leur capacité de production locale de médicaments, et l'Union africaine a récemment formulé un plan visant à renforcer l'industrie pharmaceutique en Afrique. Toutes ces initiatives requièrent une réglementation pharmaceutique renforcée pour prévenir la circulation et la consommation de médicaments contrefaits. C'est dans cette perspective que nous proposons la création d'une Agence africaine des médicaments.

- Excellence Monsieur le Vice-président de la République d'Angola;
- Mesdames et Messieurs les Ministres;
- Distingués invités;

S'il fallait résumer les cinq points que j'ai développés dans mon propos, je dirais ceci :

1. L'état de santé des populations africaines s'est amélioré au cours des dernières années, et cette tendance devrait se poursuivre.
2. La croissance économique de l'Afrique fournit de nouvelles opportunités de réforme réussie, mais les systèmes de santé doivent figurer parmi les bénéficiaires de cette réforme.
3. La réforme doit porter sur des composantes du système de santé dont les performances demeurent insuffisantes, par exemple le financement, les ressources humaines, les systèmes d'information sanitaire et la surveillance épidémiologique, les technologies de la santé, la recherche et l'innovation.
4. Le processus de prise de décision en matière de santé doit tenir compte de l'opinion et des attentes des communautés et organisations à assise communautaire.
5. Le dialogue intersectoriel pour la santé doit être renforcé, grâce au leadership des ministères de la Santé, afin d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et de favoriser la création de conditions objectives permettant de réduire les inégalités dans le domaine de la santé et d'assurer la couverture universelle des soins de santé en Afrique.

- Excellence Monsieur le Vice-président;
- Excellences;
- Distingués participants et invités;

Je ne saurais terminer mon propos sans exprimer toute ma gratitude au Ministre de la Santé et à Madame le Secrétaire d'État à la Santé de la République d'Angola, ainsi qu'au comité d'organisation national interministériel, pour l'excellent travail accompli afin de créer des conditions propices à la tenue des présentes assises. Je réitère ma gratitude à Son Excellence Manuel Domingos Vicente, Vice-président de

la République, pour le très grand honneur qu'il nous a fait de nous gratifier de sa présence à cette réunion.

Pour sa part, le Secrétariat de l'OMS se tient disposé à fournir un appui technique et scientifique afin de garantir le plein succès de la soixante-deuxième session du Comité régional.

Je vous remercie de votre attention.

PROJET D'ORDRE DU JOUR PROVISOIRE DE LA SOIXANTE-TROISIÈME
SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL, BRAZZAVILLE, RÉPUBLIQUE DU CONGO,
2 – 6 SEPTEMBRE 2013

1. Ouverture de la réunion
2. Constitution du Sous-Comité des Désignations
3. Élection du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs
4. Adoption de l'ordre du jour
5. Nomination des membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
6. Activités de l'OMS dans la Région africaine 2012 : Rapport annuel du Directeur régional
7. Intervention du Président du Sous-Comité du Programme
8. Vieillesse en bonne santé : Analyse de situation et perspectives
9. Promotion du rôle de la médecine traditionnelle africaine dans les systèmes de santé : Une stratégie pour la Région africaine
10. Suivi de la mise en œuvre des objectifs du Millénaire pour le développement
11. Programme de recherche en santé pour la Région africaine
12. Renforcement de la capacité de réglementation des médicaments et autres produits médicaux dans la Région africaine
13. Changements proposés dans le Règlement intérieur du Comité régional et nouveau mandat du Sous-Comité du Programme à la lumière de la réforme de la gouvernance de l'OMS
14. Rapport de situation sur la mise en œuvre du plan stratégique régional pour la vaccination
15. Exploiter les solutions en matière de cybersanté pour améliorer les systèmes nationaux de santé dans la Région africaine
16. Discussion de groupe 1 – Vers une couverture sanitaire universelle : Stratégies pour le financement de la santé dans la Région africaine
17. Orientations pour l'exécution du budget programme 2014-2015 dans la Région africaine
18. [Questions de préoccupation mondiale liées aux décisions et résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé]

19. Documents d'information
 - 19.1 Rapport sur le personnel de l'OMS dans la Région africaine
 - 19.2 Questions à caractère régional découlant des rapports des audits interne et externe de l'OMS
20. Projet d'ordre du jour, dates et lieu de la soixante-quatrième session; et dates et lieu de la soixante-cinquième session du Comité régional
21. Adoption du rapport du Comité régional
22. Clôture de la soixante-troisième session du Comité régional

LISTE DES DOCUMENTS

AFR/RC62/1	Adoption de l'ordre du jour et du programme de travail
AFR/RC62/2	Activités de l'OMS dans la Région africaine 2010-2011 : Rapport biennal du Directeur régional
AFR/RC62/3	Établissement des Sous-Comités A et B de la soixante-deuxième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique
AFR/RC62/4	Transfert d'États Membres à la Région africaine
AFR/RC62/5	Intervention du Président du Sous-Comité du Programme
AFR/RC62/6	Gestion des risques de catastrophe : Une stratégie pour le secteur de la santé dans la Région africaine
AFR/RC62/7	Feuille de route pour augmenter les effectifs sanitaires en vue d'une meilleure prestation de services de soins de santé dans la Région africaine 2012–2025
AFR/RC62/8	Examen et approbation de la Déclaration de Brazzaville sur les maladies non transmissibles
AFR/RC62/9	Promotion de la santé : Stratégie pour la Région africaine
AFR/RC62/10	VIH/sida : Stratégie pour la Région africaine
AFR/RC62/11	Santé et droits de l'homme : Situation actuelle et perspectives dans la Région africaine
AFR/RC62/12	Application du Règlement sanitaire international (2005) dans la Région africaine de l'OMS
AFR/RC62/13	L'Observatoire Africain de la Santé : Une opportunité de renforcer les systèmes d'information sanitaire à travers les observatoires nationaux de la santé
AFR/RC62/14	Suivi du rapport du Groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement
AFR/RC62/15	Optimiser les initiatives mondiales en faveur de la santé pour renforcer les systèmes nationaux de santé
AFR/RC62/16	Mise en œuvre du budget programme de l'OMS 2012-2013 dans la Région africaine

AFR/RC62/17	Projet de douzième programme général de travail de l'OMS
AFR/RC62/18	Avant-projet de budget programme 2014-2015
AFR/RC62/19	Création du Fonds africain pour les urgences de santé publique (FAUSP) – Rapport du Directeur régional
AFR/RC62/20	Projet d'ordre du jour, dates et lieu de la soixante-troisième session; et dates et lieu de la soixante-quatrième session du Comité régional
AFR/RC62/21	Adoption du Rapport du Comité régional
AFR/RC62/INF.DOC/1	Rapport sur le personnel de l'OMS dans la Région africaine
AFR/RC62/INF.DOC/2	Questions à caractère régional découlant des rapports d'audit interne et externe de l'OMS
AFR/RC62/PD	Discussion de groupe – Médecine traditionnelle africaine : pratique, praticiens et produits dans la Région africaine
AFR/RC62/CONF.DOC/1	Discours d'ouverture de la soixante-deuxième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, prononcé par Son Excellence Manuel Domingos Vicente, Vice-président de la République d'Angola
AFR/RC62/CONF.DOC/2	Allocution du Dr Luis Gomes Sambo, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, à l'ouverture de la soixante-deuxième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique
AFR/RC62/CONF.DOC/3	Allocution du Ministre de la Santé de la République d'Angola à l'ouverture de la soixante-deuxième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique
AFR/RC62/INF/01	Bulletin d'information sur l'Angola