

COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : ANGLAIS

Soixante-quatorzième session

Brazzaville, République du Congo, 26-30 août 2024

Point 5 de l'ordre du jour

**INTERVENTION DU PRÉSIDENT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME AU
COMITÉ RÉGIONAL**

Ouverture de la réunion

1. Le Sous-Comité du Programme (ci-après désigné le « Sous-Comité » ou encore le « PSC ») s'est réuni du 24 au 28 juin 2024 à Brazzaville (République du Congo), dans le cadre d'une session présidée par le D^r Oscar Ntihabose, du Burundi. Ses membres ont étudié 11 documents, dont sept portaient sur des questions de santé publique d'intérêt régional, telles que : la production locale de vaccins et d'autres technologies sanitaires ; l'intégration des données sanitaires des pays et régionales ; la lutte contre les maladies non transmissibles, en particulier le diabète ; la préparation et la riposte aux situations d'urgence sanitaire ; l'adaptation au changement climatique et l'atténuation de ses effets ; et la sécurité sanitaire des aliments. Le Sous-Comité du Programme a examiné quatre autres documents, concernant : une décennie de mise en œuvre du Programme de transformation dans la Région africaine ; les propositions relatives à la désignation d'États Membres devant siéger dans les conseils et les comités qui requièrent une représentation de la Région africaine ; l'accréditation d'acteurs non étatiques n'entretenant pas de relations officielles avec l'OMS pour qu'ils puissent participer aux sessions du Comité régional ; et les amendements proposés au Règlement intérieur du Comité régional. Les documents révisés ont été soumis à l'examen de la soixante-quatorzième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

2. La D^{re} Matshidiso Moeti, Directrice régionale, a ouvert la session en souhaitant la bienvenue au Bureau régional à tous les membres du Sous-Comité du Programme. La Directrice régionale a adressé ses félicitations au D^r Oscar Ntihabose (du Burundi), nouveau président du Sous-Comité du Programme, tout en remerciant la présidente sortante du Sous-Comité, M^{me} Petronella Masabane (de la Namibie), pour les services rendus. La D^{re} Moeti a adressé une mention spéciale aux nouveaux membres du Sous-Comité du Programme, à savoir l'Algérie, l'Angola, le Bénin, le Gabon, le Kenya et la Zambie, et s'est réjoui de la présence du Lesotho et du Cameroun, deux des Membres qui représentent la Région africaine au Conseil exécutif.

3. La D^{re} Moeti a mis en exergue le succès enregistré par la Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé et par la cent cinquante-cinquième session du Conseil exécutif, avec l'adoption de résolutions sur l'équité, les amendements historiques et combien essentiels au Règlement sanitaire international, les engagements à conclure dans un délai d'un an les négociations autour de l'accord mondial sur les pandémies, le prochain cycle d'investissement de l'OMS et le quatorzième programme général de travail de l'OMS, 2025-2028. La Directrice régionale a exhorté les membres du Sous-Comité du Programme à prendre une part active aux processus de l'OMS, particulièrement en ce qui concerne l'accord sur les pandémies et le cycle d'investissement de l'OMS. Elle a indiqué que les préparatifs de la soixante-quatorzième session

du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique étaient en cours, et que trois manifestations spéciales étaient prévues pour la session, consacrées au cycle d'investissement de l'OMS, au Programme de transformation et à la poliomyélite. La D^{re} Moeti a salué le rôle moteur joué par l'Afrique en ce qui concerne le cycle d'investissement et a rappelé au Sous-Comité qu'il s'agissait là de sa dernière intervention à l'ouverture d'une réunion du PSC en sa qualité de Directrice régionale. Elle a profité de cette occasion pour exprimer sa gratitude au Sous-Comité pour le soutien qui lui a été apporté au cours de la décennie écoulée.

4. Le Sous-Comité du Programme a élu comme président le D^r Oscar Ntihakose, du Burundi, et comme vice-présidente la D^{re} Adaeze Ogochukwu Okonkwo, du Nigéria. Le Soudan du Sud, la Mauritanie et l'Angola ont été élus rapporteurs du Sous-Comité pour l'anglais, pour le français et pour le portugais, respectivement. Le Sous-Comité a adopté sans amendement son ordre du jour et son programme de travail.

Questions techniques et de santé

5. Le Sous-Comité du Programme a examiné le document intitulé *Cadre pour la mise en œuvre du Pacte mondial contre le diabète dans la Région africaine de l'OMS*. La prévalence du diabète dans la Région africaine est plus faible que la moyenne mondiale, alors que la mortalité prématurée due à cette maladie est plus élevée. En outre, la Région africaine a la plus forte proportion de diabète non diagnostiqué. Le cadre régional vise à soutenir la mise en œuvre de programmes de lutte contre le diabète adaptés au contexte local et offrant un bon rapport coût-efficacité. L'accent est mis : sur l'accès équitable aux traitements et à des soins complets et de qualité ; sur l'accès aux médicaments essentiels, y compris l'insuline ; et sur l'intégration des soins du diabète dans les services de lutte contre la tuberculose. Le cadre régional souligne aussi la nécessité d'assurer un suivi-évaluation régulier tout en garantissant l'adaptabilité pour obtenir des progrès soutenus. Le Cadre énonce des interventions prioritaires, notamment : l'élaboration de programmes de lutte contre le diabète ; le renforcement des capacités ; l'intégration des services de lutte contre le diabète dans les soins de santé primaires et dans les programmes de lutte contre des maladies prioritaires ; l'élargissement de l'accès aux médicaments antidiabétiques, y compris à l'insuline ; l'établissement de partenariats, le plaidoyer et la mobilisation de ressources ; le suivi et l'évaluation ; et la recherche opérationnelle.

6. Les membres du PSC ont soulevé des questions sur le résultat des précédentes stratégies relatives à la lutte contre le diabète et sur la mise en œuvre tardive de ces stratégies. Un certain nombre d'observations ont porté essentiellement sur la révision et l'amélioration des objectifs, et des propositions ont été formulées pour rendre ces objectifs plus intelligents grâce notamment à des mesures de prévention telles que la réduction des facteurs de risque et le renforcement de la détection pour assurer la continuité des soins. Concernant les déterminants de la santé, les membres du Sous-Comité du Programme ont convenu de la nécessité d'inclure un paragraphe distinct sur les déterminants commerciaux – tels que les industries alimentaires et des boissons – où l'accent sera mis sur la notion de prévention. Un large consensus s'est dégagé autour de l'orientation des efforts vers la prévention des facteurs de risque modifiables et de la démultiplication des gains d'efficacité en termes d'éducation et d'autoprise en charge. Les membres du PSC ont en outre suggéré que les prestations et le financement soient de toute urgence réorientés vers la lutte contre les maladies non transmissibles dans le cadre d'une approche intégrée.

7. Les membres du PSC ont par ailleurs mis l'accent sur les liens entre les organisations de la société civile et le système de santé publique relativement à la lutte contre le diabète sucré, ainsi que sur le recours à des agents de santé communautaires dans les efforts de prévention en vue d'assurer des soins intégrés au niveau communautaire. En outre, la production locale de médicaments tels que l'insuline pour la lutte contre le diabète a été jugée déterminante pour élargir l'accès aux médicaments en Afrique.

8. Le Sous-Comité du Programme a recommandé que le document intitulé *Cadre pour la mise en œuvre du Pacte mondial contre le diabète dans la Région africaine de l'OMS* soit soumis, tel que révisé, à l'examen de la soixante-quatorzième session du Comité régional.

9. Le Sous-Comité du Programme a examiné le document intitulé *Cadre pour renforcer la production locale de médicaments, de vaccins et d'autres technologies sanitaires dans la Région africaine de l'OMS 2025-2035*. Les États Membres de la Région africaine de l'OMS importent entre 70 % et 100 % des produits pharmaceutiques finis, 99 % des vaccins et entre 90 % et 100 % des dispositifs médicaux et des principes actifs. Le Cadre soutient la mise en œuvre de la résolution WHA74.6 de l'Assemblée mondiale de la Santé qui a donné mandat au Secrétariat de l'OMS de continuer à apporter un appui aux États Membres, à leur demande, et de continuer à favoriser une production durable et de qualité de médicaments et d'autres technologies sanitaires. Le document présente une vision unitaire, des buts, des objectifs, des cibles régionales et des étapes intermédiaires dont la vocation est de faciliter le suivi et l'évaluation des progrès accomplis en vue de combler les lacunes répertoriées dans l'écosystème régional de fabrication. Le cadre vise à orienter les États Membres dans la planification et la mise en œuvre d'interventions stratégiques destinées à établir et à intensifier la production locale afin d'élargir l'accès aux médicaments, aux vaccins et aux autres technologies sanitaires.

10. Les membres du PSC ont souligné toute l'importance que revêt le document, qui définit un cadre pour soutenir la fabrication locale de produits pharmaceutiques en Afrique. Tout en se réjouissant de la qualité du document, le Sous-Comité a demandé au Secrétariat de l'OMS de réaliser des évaluations des capacités de chaque pays et de son état de préparation dans l'optique de la fabrication locale. De telles évaluations permettraient aux pays de mieux comprendre leur situation et de déterminer ceux qui recèlent une capacité de fabrication existante et un potentiel que l'on peut soutenir pour améliorer la production locale de médicaments. Le Sous-Comité du Programme a encouragé les États Membres à favoriser la collaboration et des investissements conjoints dans la production locale de vaccins, de médicaments et de produits médicaux. Les membres du PSC ont aussi appelé à une coordination renforcée avec d'autres mécanismes continentaux analogues, et entre l'OMS, l'Union africaine, le CDC-Afrique et les communautés économiques régionales. Ils ont exhorté le Secrétariat et les États Membres à fournir un appui à la production de vaccins sur le continent africain, compte tenu de l'expérience de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), et à mettre en place des mécanismes d'achats groupés tout en approfondissant la collaboration régionale pour lutter contre les produits médicaux de qualité inférieure et falsifiés.

11. Les membres du PSC ont demandé que la section d'introduction du Cadre reflète non seulement l'impact de la COVID-19, mais également les effets négatifs des conflits mondiaux qui se soldent par une hausse des prix des médicaments et des vaccins, ainsi que par des perturbations dans la chaîne d'approvisionnement qui ont pour corollaires des retards dans la livraison. Le Sous-Comité du Programme a demandé au Secrétariat de l'OMS d'examiner et d'aligner les objectifs, les cibles et les étapes intermédiaires du Cadre, étant donné que certains objectifs fixés pour 2035 devraient être atteints en tant qu'étapes intermédiaires en 2030. Les membres du PSC ont aussi évalué l'objectif qui est de faire en sorte que 10 pays atteignent le niveau de maturité 3 de l'OMS, et ils ont convenu de maintenir cette cible. Cela dit, le Sous-Comité a souligné la nécessité de continuer à bénéficier de l'appui du Secrétariat pour aider un nombre plus important de pays à atteindre le niveau de maturité 3. À cet égard, les membres du Sous-Comité du Programme ont encouragé les pays qui n'ont pas encore atteint le niveau de maturité 3 à tirer des enseignements de l'expérience de ceux qui ont déjà atteint ce niveau. Enfin, les membres du PSC ont demandé au Secrétariat de tenir compte de l'Agenda de Lusaka afin de garantir un financement durable de la mise en œuvre du Cadre.

12. Le Sous-Comité du Programme a recommandé que le document intitulé *Cadre pour renforcer la production locale de médicaments, de vaccins et d'autres technologies sanitaires dans la Région africaine de l'OMS 2025-2035* soit soumis, tel que révisé, à l'examen de la soixante-quatorzième session du Comité régional.

13. Le Sous-Comité du Programme a examiné le document intitulé *Cadre pour intégrer les données sanitaires régionales et des pays dans la Région africaine : Centre régional de données sanitaires, 2024-2030*. Le Cadre souligne l'importance de créer un centre régional qui rassemble des données provenant de différents programmes et domaines de santé, intègre des systèmes de données aux niveaux national et régional et fournit un environnement capable d'accueillir et d'héberger diverses plateformes de données et d'informations.

14. Les membres du PSC ont accueilli favorablement l'élaboration en temps voulu du Cadre et félicité le Secrétariat pour la qualité du document qui présente un panorama assez complet des lacunes et défis en matière de partage des données dans la Région. Au cours de l'examen, le Sous-Comité a souligné l'importance que revêt l'intégration des données et systèmes de santé d'une manière interopérable, en mettant surtout l'accent sur l'intégration des bases de données existantes pour la surveillance et les services courants, particulièrement au niveau des pays. Les membres du Sous-Comité ont aussi souligné que les capacités doivent être renforcées dans les États Membres pour que ceux-ci puissent gérer et utiliser les données en vue de générer des bases factuelles, compte tenu de la multitude de systèmes de données qui existent au niveau des pays. Le Sous-Comité du Programme a souligné l'importance du lien et des connexions entre le centre régional et les systèmes de données des pays, et celle de l'assistance aux pays afin que ceux-ci puissent concevoir des méthodes communes pour héberger des données au niveau national. L'accent a également été mis sur l'amélioration des capacités des pays.

15. Les membres du PSC ont formulé un certain nombre de recommandations se rapportant à la gouvernance des données, le but étant de répondre aux préoccupations soulevées sur des questions telles que la souveraineté en matière de données, la sécurité des données, la cybersécurité, l'éthique, le partage des données, la confidentialité des données et les droits. Le Sous-Comité a insisté sur la nécessité de définir des règles concernant la sécurité des données. De manière globale, le Sous-Comité du Programme a souligné qu'il importe de placer un accent marqué sur l'action dans divers domaines de la gouvernance des données pour la Région, qui devraient être pris en compte dans le cadre. Le PSC a reconnu qu'il existe un problème critique de cloisonnement des données créé par les organisations partenaires qui établissent des systèmes indépendants. Ces cloisonnements entravent le déploiement de systèmes d'information sanitaire organisés et cohérents dans les pays et compromettent l'interopérabilité, ainsi que l'intégration, toutes choses qui limitent la collaboration pour une prise de décision éclairée, entravent le recours aux pratiques reposant sur des faits scientifiques et ralentissent l'innovation et l'adaptabilité.

16. En outre, les membres du PSC ont recommandé la définition des ensembles de données minimales et d'indicateurs qui seraient demandés aux pays en vue de leur intégration au Centre régional de données sanitaires, tout comme la planification du développement progressif du Centre régional. Une autre recommandation portait sur la recherche de moyens d'intégrer les données du secteur privé dans le Cadre. Le Sous-Comité a par ailleurs proposé au Secrétariat d'établir un rapport de situation sur la mise en œuvre du Cadre chaque année, compte tenu de son importance critique et des avancées technologiques rapides dans ce domaine.

17. Les membres du Sous-Comité du Programme ont recommandé que le document intitulé *Cadre pour intégrer les données sanitaires régionales et des pays dans la Région africaine : Centre régional de données sanitaires, 2024-2030* soit soumis, tel que révisé, à l'examen de la

soixante-quatorzième session du Comité régional.

18. Le Sous-Comité du Programme a examiné le document intitulé *Une approche innovante visant à renforcer l'architecture mondiale pour la préparation et la riposte aux situations d'urgence sanitaire dans la Région africaine de l'OMS*. Le document fournit aux États Membres des informations actualisées sur la mise en œuvre des approches innovantes adoptées en vue de renforcer l'architecture mondiale pour la préparation aux situations d'urgence sanitaire dans la Région africaine de l'OMS, tout comme la prévention de ces situations d'urgence, la riposte et la résilience au cours des deux dernières années. Ces informations actualisées sont en adéquation avec la stratégie régionale pour la sécurité sanitaire et la gestion des situations d'urgence 2022-2030, qui a été adoptée par le Comité régional de l'Afrique à sa soixante-douzième session. Ce plan décrit le lancement d'initiatives phares, de centres sous-régionaux de préparation et de riposte aux situations d'urgence, et le renforcement des partenariats avec le CDC-Afrique et d'autres entités régionales et sous-régionales qui ont permis de détecter plus rapidement les situations d'urgence et d'y riposter plus efficacement. Cependant, la Région doit encore relever des défis en rapport avec les capacités de préparation, et du fait de facteurs associés aux systèmes de santé et aux déterminants non liés à la santé. Le document décrit par ailleurs les mesures que les États Membres et les partenaires doivent prendre pour améliorer la préparation et la riposte aux situations d'urgence dans la Région.

19. Les membres du Sous-Comité du Programme ont loué l'approche innovante adoptée pour la préparation et la riposte aux situations d'urgence. En outre, le PSC a souligné l'importance de s'attaquer en même temps aux maladies non transmissibles et aux maladies transmissibles, tout comme la nécessité de la recherche et celle d'un financement durable de la gestion des situations d'urgence. C'est pour cette raison que le Sous-Comité a proposé la création d'un fonds spécial dédié à la lutte contre les flambées épidémiques, ainsi que des méthodes de taxation novatrices afin de faire face aux situations d'urgence sanitaire dans les pays. Les membres du PSC ont félicité le Secrétariat pour sa capacité renforcée en matière de préparation et de riposte aux situations d'urgence sanitaire, comme en attestent les résultats de meilleure qualité obtenus dans les pays. Cela dit, le retour en force de maladies telles que la rougeole et la poliomyélite démontre qu'il faut maintenir les efforts et améliorer la préparation pour faire face aux flambées épidémiques à venir.

20. Les membres du PSC ont demandé au Secrétariat de réviser le paragraphe 5 du document qui porte sur la portée de la mise en œuvre par les États Membres, et de fournir des détails supplémentaires sur les actions menées, et particulièrement des chiffres cibles pour la réussite de jalons précis. Le Sous-Comité a recommandé que la collaboration transfrontalière figure en bonne place dans le document, étant entendu que les maladies ne connaissent pas les frontières, et le PSC a insisté sur la nécessité de communiquer les tendances de la surveillance à partir du programme phare Transformer les systèmes de surveillance en Afrique (TASS). Les membres du PSC ont aussi demandé que de plus amples informations soient fournies sur le succès des initiatives phares, précisément sur le nombre de pays qui les ont lancées ou qui sont en train de les appliquer. Les membres du Sous-Comité du Programme ont évoqué le besoin de renforcer la coordination et la collaboration au niveau régional, tout en recommandant un partenariat plus étroit avec le CDC-Afrique, une collaboration intersectorielle et la documentation des meilleures pratiques et des réussites dans le domaine de la préparation et de la riposte aux situations d'urgence. En outre, le Sous-Comité a lancé un appel à l'amélioration de la notification des cas grâce à des plateformes en ligne, à l'interconnexion entre le centre de données et les instituts nationaux de santé publique, à l'appui apporté à des fabricants locaux de produits de santé, et à l'évaluation des niveaux de préparation des pays afin de classer par catégories et de prêter un concours aux pays qui en ont besoin. Le PSC a mentionné la nécessité de former les agents de santé communautaires à la préparation et à la mise en place de ripostes diligentes aux situations d'urgence.

21. Les membres du Sous-Comité du Programme ont recommandé que le document intitulé *Une*

approche innovante visant à renforcer l'architecture mondiale pour la préparation et la riposte aux situations d'urgence sanitaire dans la Région africaine de l'OMS soit soumis, tel que révisé, à l'examen de la soixante-quatorzième session du Comité régional.

22. Le Sous-Comité du Programme a examiné le document intitulé **Cadre pour la mise en place de systèmes de santé à faibles émissions de carbone, résilients face au changement climatique et durables dans la Région africaine de l'OMS, 2024-2033**. Le Cadre a pour but de fournir aux États Membres des orientations pour la mise en place de systèmes de santé résilients face au changement climatique et durables afin de remédier aux effets néfastes du changement climatique sur la santé. Il vise plus particulièrement : 1) à renforcer les capacités nationales essentielles à l'édification de systèmes de santé à faibles émissions de carbone, résilients et durables ; 2) à fournir un appui aux États Membres pour qu'ils puissent réaliser des évaluations de la vulnérabilité et de la capacité d'adaptation au changement climatique et formuler des plans nationaux d'adaptation de la santé, ainsi que leurs feuilles de route pour la décarbonation des systèmes de santé dans le contexte de plans nationaux d'adaptation complets tenant compte du contexte national ; 3) à faciliter la mobilisation de ressources et la mise en œuvre d'interventions sanitaires intégrées et essentielles en lien avec le climat ; et 4) à diffuser les enseignements tirés de la mise en œuvre pour améliorer la compréhension et l'apprentissage collectifs. Le Cadre propose ensuite une série de 10 interventions essentielles pour édifier des systèmes de santé résilients.

23. Le Sous-Comité du Programme a fait observer que les systèmes de santé ne sont pas seulement des victimes des émissions de carbone, mais qu'ils y contribuent également. Les membres du PSC ont relevé les effets directs du changement climatique sur la santé, qui se caractérisent par des sécheresses, par une augmentation des précipitations et par des flambées de maladies. Ils ont souligné la nécessité d'investir dans les nouvelles technologies pour améliorer la gestion des déchets, les sources d'énergie à faible teneur en carbone pour les systèmes de santé, telles que l'énergie solaire, de plaider en faveur de la justice climatique et de mesurer l'empreinte carbone au niveau sectoriel. Les membres du PSC ont également appelé à une documentation plus claire sur la façon dont les systèmes de santé peuvent réduire les émissions de gaz à effet de serre et mieux lutter contre les maladies liées au climat. Le PSC a souligné la nécessité de mettre en place des systèmes de santé résilients au climat, de renforcer les capacités de formation initiale dans les établissements d'apprentissage et les universités, et de continuer à produire des données factuelles. Les membres ont souligné l'importance de la transition vers les énergies renouvelables et d'une collaboration intersectorielle plus forte avec des rôles clairs pour chaque secteur. La nécessité d'un savoir-faire technique et d'une volonté politique pour traiter ces questions a notamment été soulignée. Enfin, il a été demandé au Secrétariat de réviser le titre du Cadre, afin de mieux l'aligner sur le contexte africain en focalisant principalement l'attention sur l'adaptation des systèmes de santé et sur le renforcement de la résilience.

24. Les membres du Sous-Comité du Programme ont recommandé que le document désormais intitulé **Cadre pour la mise en place de systèmes de santé résilients face au changement climatique et durables dans la Région africaine de l'OMS, 2024-2033** soit soumis, tel que révisé, à l'examen de la soixante-quatorzième session du Comité régional.

25. Le Sous-Comité du Programme a examiné le document intitulé **Cadre de mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour la sécurité sanitaire des aliments 2022-2030 dans la Région africaine de l'OMS**. Les systèmes nationaux de contrôle des aliments dans la Région africaine présentent de nombreuses insuffisances, notamment en ce qui concerne le suivi et la surveillance des aliments, les capacités des laboratoires d'analyse des aliments et les moyens pour l'inspection des aliments, ainsi que des réglementations obsolètes. Le cadre régional a vocation à fournir des orientations aux États Membres dans la mise en œuvre de la Stratégie mondiale afin d'accélérer les interventions visant à renforcer les systèmes de sécurité sanitaire des aliments dans la Région africaine. Il décrit

les interventions prioritaires, qui comprennent : l'élaboration de politiques, de lois et de normes en matière de sécurité sanitaire des aliments à l'intention des secteurs alimentaires formel et informel ; le renforcement des capacités d'inspection des aliments fondée sur les risques ; la mise en place de systèmes d'intervention en cas d'urgence et d'incident relatifs à la sécurité sanitaire des aliments ; la sensibilisation du grand public ; le renforcement des capacités du personnel chargé de la sécurité sanitaire des aliments ; le renforcement des capacités des acteurs du secteur alimentaire ; l'examen et l'amélioration continus des systèmes de contrôle des aliments ; la mobilisation de ressources pour les programmes de sécurité sanitaire des aliments ; le renforcement du suivi, de la surveillance et des capacités d'évaluation des risques alimentaires ; la mise en place d'un mécanisme de coordination ; et la consolidation des partenariats.

26. Les membres du PSC ont accueilli favorablement le document de cadre régional, convenant qu'il traite de questions majeures de sécurité sanitaire des aliments liées à la santé. Le Sous-Comité a demandé des éclaircissements sur le rôle que le secteur de la santé joue dans la mise en œuvre d'actions multisectorielles visant à améliorer la sécurité alimentaire. Les membres du PSC ont souligné la nécessité de disposer d'un cadre solide de mobilisation des ressources afin d'accélérer la mise en œuvre des mesures prioritaires. L'inclusion de la sécurité sanitaire des aliments dans les plans d'action nationaux pour la sécurité sanitaire et dans les évaluations externes conjointes a été suggérée, l'accent étant mis sur l'adoption d'une perspective mondiale et régionale et en tant que priorité dans le programme d'action fondé sur l'approche « Une seule santé ». Des éclaircissements ont été également demandés sur l'adoption du cadre d'actions et l'inclusion d'un cadre de surveillance et d'évaluation pour suivre la mise en œuvre. Les membres du PSC ont suggéré d'élargir la définition de la sécurité sanitaire des aliments pour y inclure les composants alimentaires à l'origine des maladies chroniques, et pas uniquement les agents pathogènes. Le Sous-Comité a indiqué qu'il serait important de traiter les risques de malnutrition et d'obésité dans le document. Les États Membres ont aussi évoqué des problèmes tels que l'utilisation abusive de pesticides dans l'agriculture et la nécessité de prévenir la fraude alimentaire et de s'attaquer aux causes d'une alimentation déséquilibrée. Il a été proposé que le secteur de la santé travaille avec le secteur de l'éducation (pour sensibiliser les enfants d'âge scolaire), la société civile, les associations de consommateurs et les municipalités.

27. Les membres du Sous-Comité du Programme ont recommandé que le document intitulé *Cadre de mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour la sécurité sanitaire des aliments 2022-2030 dans la Région africaine de l'OMS* soit soumis, tel que révisé, à l'examen de la soixante-quatorzième session du Comité régional.

28. Le Sous-Comité du Programme a examiné le document intitulé *Une décennie de transformation : réalisations et enseignements tirés*. Le rapport décrit les principales actions, les réalisations et les enseignements tirés de la mise en œuvre du Programme de transformation au cours de la dernière décennie. Il met en lumière les prochaines étapes pour soutenir le changement et propulser de nouvelles avancées en matière de développement sanitaire dans toute la Région. Le document présente les réalisations dans le domaine de la santé publique, qui comprennent l'amélioration des temps de détection des flambées épidémiques et de riposte, l'endiguement des flambées épidémiques aiguës, les progrès accomplis vers l'éradication de la poliomyélite, la réduction des taux de mortalité maternelle et l'élimination des maladies tropicales négligées. Le document décrit aussi les réalisations du Programme de transformation sur le plan de la culture institutionnelle, notamment : le renforcement des processus de recrutement du personnel ; le lancement d'initiatives de formation de l'encadrement et des programmes axés sur la participation du personnel ; l'intégration du réseau de prévention de l'exploitation, des abus et du harcèlement sexuels au Bureau régional et dans les bureaux de pays ; et une hausse de la proportion des ressources allouées aux bureaux de pays, grâce à des améliorations dans les rapports aux donateurs et dans la conformité et grâce à une transparence accrue dans l'utilisation des fonds.

29. Le Sous-Comité du Programme n'avait pas de commentaires ni d'observations à formuler et a par conséquent recommandé que le document intitulé *Une décennie de transformation : réalisations et enseignements tirés* soit soumis à l'examen de la soixante-quatorzième session du Comité régional.

30. Le Sous-Comité du Programme a examiné les *propositions concernant la désignation d'États Membres devant siéger dans les commissions qui requièrent une représentation de la Région africaine*, qui ont été faites en application des dispositions de la résolution AFR/RC54/R11 dans laquelle le Comité régional a fixé les trois groupes géographiques sous-régionaux. Le Sous-Comité du Programme a recommandé à la soixante-quatorzième session du Comité régional d'adopter les propositions ci-après.

Composition du Sous-Comité du Programme

31. Le mandat de l'Afrique du Sud, de la Mauritanie, du Niger, de l'Ouganda, des Seychelles et du Soudan du Sud au sein du Sous-Comité du Programme expire à la clôture de la soixante-quatorzième session du Comité régional de l'Afrique. Il est donc proposé que ces pays soient remplacés au sein du Sous-Comité du Programme par le Burkina Faso, le Ghana, la Guinée équatoriale, le Malawi, Maurice et le Tchad. La composition complète du Sous-Comité du Programme se présentera donc ainsi qu'il suit :

Sous-région I	Sous-région II	Sous-région III
1. Nigéria (2022-2025)	7. Burundi (2022-2025)	13. Eswatini (2022-2025)
2. Sierra Leone (2022-2025)	8. Sao Tomé-et-Principe (2022-2025)	14. République-Unie de Tanzanie (2022-2025)
3. Algérie (2023-2026)	9. Gabon (2023-2026)	15. Zambie (2023-2026)
4. Bénin (2023-2026)	10. Kenya (2023-2026)	16. Angola (2023-2026)
5. Burkina Faso (2024-2027)	11. Guinée équatoriale (2024-2027)	17. Malawi (2024-2027)
6. Ghana (2024-2027)	12. Tchad (2024-2027)	18. Maurice (2024-2027)

Désignation des États Membres de la Région africaine devant siéger au Conseil exécutif

32. Le mandat de l'Éthiopie et du Sénégal au sein du Conseil exécutif expire à la clôture de la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2025.

33. En application des dispositions de la résolution AFR/RC54/R11, dans laquelle le Comité régional a décidé des modalités qui doivent être suivies, chaque année, pour la soumission d'une liste des États Membres de la Région africaine pouvant être élus par l'Assemblée de la Santé, il est proposé ce qui suit :

- a) **Cabo Verde** et la **République centrafricaine** remplaceront l'**Éthiopie** et le **Sénégal** au Conseil exécutif à compter de la cent cinquante-septième session, en mai 2025, immédiatement après la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé. La Région africaine sera donc représentée au Conseil exécutif par les États Membres mentionnés dans le tableau ci-après.

Sous-région I	Sous-région II	Sous-région III
Togo (2023-2026)	Cameroun (2023-2026)	Comores (2023-2026)
Cabo Verde (2025-2028)	République centrafricaine (2025-2028)	Lesotho (2023-2026)
		Zimbabwe (2024-2027)

- b) **Le Togo devrait être élu pour occuper le poste de Vice-président du Conseil exécutif** à compter de la cent cinquante-septième session du Conseil exécutif.
- c) **Le Zimbabwe devrait remplacer le Sénégal** comme membre du Comité du programme, du budget et de l'administration (PBAC) à compter de la cent cinquante-septième session du Conseil exécutif. Les Comores et le Zimbabwe devraient donc représenter la Région africaine au sein du PBAC.
- d) **La République centrafricaine devrait remplacer le Lesotho** au sein de la Commission permanente de prévention, de préparation et de riposte en cas d'urgence sanitaire (ci-après désignée la « Commission permanente ») à compter de la cent cinquante-septième session du Conseil exécutif. Le Togo et la République centrafricaine devraient donc représenter la Région africaine au sein de la Commission permanente.

Désignation des États Membres qui siégeront au bureau de la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé

34. Il a été proposé que le Président de la soixante-quatorzième session du Comité régional de l'Afrique soit désigné pour occuper le poste de Vice-Président de la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé qui se tiendra en mai 2025.

35. S'agissant des commissions principales de l'Assemblée, il est proposé ce qui suit :

- a) la Namibie devrait occuper le poste de président de la Commission A ;
- b) le Cameroun, l'Éthiopie, la Gambie et le Libéria devraient siéger à la Commission générale ;
et
- c) le Malawi, la Mauritanie et le Tchad devraient siéger à la Commission de vérification des pouvoirs.

36. Le document a été validé pour soumission au Comité régional, sans amendement.

37. Le Sous-Comité du Programme a examiné le document intitulé *Accréditation d'acteurs non étatiques régionaux n'entretenant pas de relations officielles avec l'OMS pour qu'ils puissent participer aux sessions du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique*. Vingt-six acteurs non étatiques avaient répondu à l'appel à candidatures avant la date butoir prorogée jusqu'au 15 décembre 2023. Conformément au Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques et en vertu de la procédure d'accréditation approuvée, le Bureau régional a examiné les demandes d'accréditation présentées pour s'assurer que les critères d'admissibilité et autres obligations définis étaient respectés, y compris la vérification diligente.

38. Le Bureau régional a rejeté les demandes de 19 entités pour plusieurs raisons, dont la non-conformité de leur statut juridique avec la procédure d'accréditation, leur portée géographique limitée et le fait qu'elles ne soient pas soumises à un processus de vérification diligente. Il a été recommandé de reporter l'examen d'une demande à la réunion du Sous-Comité du Programme qui aura lieu en 2025.

39. Le Bureau régional a jugé que les demandes de six entités remplissent les critères approuvés. Dans certains cas, le critère relatif à la collaboration active avec le Bureau régional a été considéré comme rempli lorsqu'un candidat avait mené des activités de recherche ou de sensibilisation autour des réunions, des politiques, des normes et des critères de l'OMS pendant au moins trois ans, conformément au paragraphe 53 du Cadre de collaboration de l'OMS avec les acteurs non étatiques. Les demandes de six entités ont été présentées à l'examen du Sous-Comité du Programme. Les entités concernées sont : African Forum for Research and Education in Health (AFREhealth) ; Africa Health Budget Network (AHBN) ; The Alliance for International Medical Action (ALIMA) ; Children's Investment Fund Foundation (CIFF) ; le Réseau africain de recherche sur les médias et le paludisme (AMMREN) ; et Speak Up Africa.

40. Le Sous-Comité du Programme a validé la recommandation de reporter à sa soixante-quinzième session en 2025 la décision concernant la demande d'une entité, à savoir la Fédération internationale pour la planification familiale – Région de l'hémisphère ouest (IPPFWHR). Les membres du PSC ont souligné la nécessité de mieux diffuser les critères de demande d'accréditation d'acteurs non étatiques n'entretenant pas de relations officielles avec l'OMS pour qu'ils puissent participer aux sessions du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Conformément à la pratique établie, les membres du Sous-Comité du Programme ont recommandé que le document intitulé *Accréditation d'acteurs régionaux non étatiques n'entretenant pas de relations officielles avec l'OMS pour qu'ils puissent participer aux sessions du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique* soit considéré comme faisant partie de l'intervention du Président du Sous-Comité, et ne soit pas présenté comme un document distinct.

41. Le Sous-Comité du Programme a examiné le document intitulé *Amendements proposés au Règlement intérieur du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique*, qui présente des amendements élaborés conformément à l'article 49 de la Constitution de l'OMS et à l'article 54 du Règlement intérieur du Comité régional de l'Afrique. Des amendements ont été proposés à différents articles, comme on peut le voir à l'Annexe 2 de la présente intervention du président du Sous-Comité du Programme. Les amendements proposés visent à rationaliser les opérations, à accroître la transparence et à tenir compte de la pratique actuelle. Des amendements mineurs, qui ne modifient pas le fond du Règlement intérieur, ont aussi été apportés à divers articles du Règlement intérieur. Les modifications proposées étaient mues par des considérations telles que :

- a) la nécessité de tenir compte de la procédure d'accréditation d'acteurs régionaux non étatiques n'entretenant pas de relations officielles avec l'OMS pour qu'ils puissent participer aux sessions du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, conformément au Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques ;
- b) la volonté d'autoriser que les pouvoirs puissent être envoyés sous forme électronique ou remis en main propre [au Directeur régional] et la décision d'habiliter le président de la Commission de vérification des pouvoirs à recommander au Comité régional l'acceptation des pouvoirs officiels des représentants reçus après la première réunion de ladite Commission [lors d'une session du Comité régional] ;
- c) la résolution de veiller à ce que les propositions relatives à des points de l'ordre du jour puissent être présentées au plus tard dix jours avant l'ouverture d'une session extraordinaire, et le processus de convocation d'une session extraordinaire au cas où le Directeur régional n'est pas en mesure d'exercer ses fonctions ou si le poste devient, de façon inattendue, vacant entre deux sessions ;
- d) la nécessité de tenir compte de la pratique actuelle du Comité régional de l'Afrique, qui consiste à accorder au Secrétariat un temps raisonnable pour préparer le rapport final du Comité régional après la clôture d'une session ; et
- e) la nécessité d'introduire plusieurs changements dans la procédure de désignation du Directeur régional afin de tenir compte de la pratique actuelle en la matière.

42. Les membres du PSC ont insisté sur la nécessité d'assurer la préparation en temps voulu du rapport du Comité régional tout en soulignant l'importance de ce rapport. Le Sous-Comité du Programme a proposé et approuvé un délai n'excédant pas 60 jours pour les corrections que des États Membres pourraient apporter à la mouture du rapport du Comité régional et pour l'adoption dudit rapport. Des éclaircissements ont été demandés concernant d'autres dispositions du Règlement intérieur. Le Sous-Comité a apprécié le fait que les révisions visent à assurer l'harmonie avec les autres Régions comme à l'échelle mondiale, et à officialiser les usages courants.

43. Les membres du Sous-Comité du Programme ont recommandé que le document intitulé *Amendements proposés au Règlement intérieur du Comité régional de l'Afrique* et la décision y afférente soient soumis à l'examen de la soixante-quatorzième session du Comité régional dans le cadre de l'intervention du président du Sous-Comité du Programme.

Discussions sur d'autres points proposés par des membres du Sous-Comité du Programme

44. Les membres du Sous-Comité du Programme ont soulevé un certain nombre de points essentiels à examiner, et le Secrétariat leur a fourni des informations supplémentaires sur ces questions. Les thématiques proposées s'articulent comme suit : « Renforcer la préparation et la riposte aux situations d'urgence de santé publique par des amendements ciblés au Règlement sanitaire international (2005) » ; Organe intergouvernemental de négociation ; « Financement durable : cycle d'investissement de l'OMS » ; et « Désignation du Directeur régional lors de la soixante-quatorzième session du Comité régional ». Le Secrétariat a fait le point sur les amendements au RSI (2005), qui ont été approuvés au cours de la Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé, et sur les processus de l'organe intergouvernemental de négociation en vue de parvenir à un accord mondial sur les pandémies. Les intervenants ont rappelé les difficultés rencontrées par les États Membres de la Région africaine pendant les séances de négociation qui se sont tenues à Genève.

45. Les membres du Sous-Comité du Programme ont félicité les États Membres de la Région, avec en tête de liste l'Afrique du Sud, pour les efforts déployés, particulièrement au cours de la Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé, afin de défendre les intérêts de la Région. Ils ont également félicité les missions diplomatiques à Genève, le Secrétariat de l'OMS et l'Union africaine pour leur collaboration et pour leur vigilance. Le Sous-Comité du Programme a souligné la nécessité d'œuvrer de concert pour produire des médicaments, améliorer l'industrialisation et commercialiser les produits sur le plan international. Des propositions ont été faites dans le sens de formaliser des mécanismes de compte rendu aux ministres de la santé, notamment sous la forme de synthèses sur l'état d'avancement des négociations et les prochaines étapes, ainsi que par l'organisation de séances d'information.

46. Le Secrétariat a en outre présenté aux membres du Sous-Comité du Programme le point sur le cycle d'investissement de l'OMS, en soulignant les contributions importantes que la Région africaine a apportées au processus. Le Secrétariat a indiqué qu'une manifestation spéciale sur ce point était prévue au cours de la soixante-quatorzième session du Comité régional. Le Secrétariat a par ailleurs donné aux membres du PSC des informations actualisées sur le processus de désignation du Directeur régional.

Clôture

47. Le D^r Oscar Ntihabose, président du Sous-Comité du Programme, a annoncé aux participants à la réunion que le Secrétariat ferait tenir le projet de rapport aux membres du PSC dans les trois langues de travail de l'OMS dans la Région africaine dans un délai de 10 jours, après quoi les

membres du Sous-Comité disposeraient de cinq jours pour réagir éventuellement à la mouture proposée. Le Secrétariat a tenu compte de toutes les révisions demandées. Une fois validé par le président du Sous-Comité du Programme, le rapport final de la réunion a été posté sur le portail Web de la soixante-quatorzième session du Comité régional.

48. Dans son mot à la clôture de la réunion, le président a remercié les membres du PSC pour des délibérations riches et fructueuses. Il a également remercié la D^{re} Adaeze Okonkwo, du Nigéria, vice-présidente du Sous-Comité, tout comme les membres du Conseil exécutif de la Région qui ont participé à la réunion, les membres sortants du PSC et le Secrétariat pour la bonne organisation de la réunion et pour la grande qualité des documents soumis à l'examen du Sous-Comité du Programme. Le président a remercié tout particulièrement la Directrice régionale pour sa direction exemplaire au fil des ans.

49. Dans son mot de clôture de la réunion, la D^{re} Moeti, Directrice régionale, a remercié les participants pour leurs contributions précieuses, en adressant une mention spéciale au président et à la vice-présidente pour le doigté avec lequel ils ont conduit les travaux. Elle a fait ses adieux aux membres sortants du PSC, soulignant qu'elle participait à sa dernière réunion du Sous-Comité du Programme en qualité de Directrice régionale. La D^{re} Moeti a remercié tous les membres du personnel qui ont collaboré au processus diligent d'examen collégial des documents soumis à l'étude du Sous-Comité du Programme, puis elle a remercié le Sous-Comité du Programme pour son examen approfondi des documents soumis à son étude et pour ses propositions. La Directrice régionale a noté que pendant son mandat, qui est entré dans sa dixième année, le Sous-Comité du Programme a fortement contribué à la connexion entre le discours tenu au niveau mondial et les interventions menées au niveau régional. Elle a ainsi remercié les membres du PSC pour les progrès accomplis.

50. La Directrice régionale a mis en lumière les principaux thèmes transversaux, en insistant d'une part sur leur interconnexion et sur l'importance de la synergie malgré des ressources limitées, et d'autre part sur la nécessité d'une approche multisectorielle. La D^{re} Moeti a souligné à quel point il importe de veiller à l'implication des responsables de l'élaboration des politiques, notamment dans l'allocation des ressources, et a promis de recommander les meilleures pratiques à son successeur. Consciente du fait que 90 % des services de santé essentiels peuvent être fournis au niveau des soins de santé primaires, la Directrice régionale a insisté sur le renforcement des capacités locales, ainsi que sur l'adoption de stratégies adaptables de riposte aux situations d'urgence et sur l'apprentissage mutuel entre les pays. Elle a aussi souligné qu'un plaidoyer devrait être entrepris en faveur de l'investissement dans les soins de santé primaires.

51. La Directrice régionale a souligné la nécessité d'une collaboration régionale et transfrontalière pour la durabilité et pour l'utilisation stratégique des technologies de la santé, et fait valoir le rôle essentiel que jouent les données et le financement. Elle a conclu en félicitant les membres du PSC pour leurs contributions et a déclaré qu'ils pouvaient partir avec fierté et satisfaction au regard des progrès réalisés.

52. Le président du Sous-Comité du Programme a clôturé la réunion en réitérant sa gratitude aux membres du PSC pour leur participation.

ANNEXE 1

ACCREDITATION D'ACTEURS NON ÉTATIQUES RÉGIONAUX N'ENTREtenant PAS DE RELATIONS OFFICIELLES AVEC L'OMS POUR QU'ILS PUISSENT PARTICIPER AUX SESSIONS DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE

Rapport du Secrétariat

SOMMAIRE

	Paragraphes
INTRODUCTION.....	1-7
EXAMEN DES DEMANDES	8-12
MESURES PRISES PAR LE SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME	13

SOUS-ANNEXE

ACCREDITATION D'ACTEURS NON ÉTATIQUES RÉGIONAUX N'ENTREtenant PAS DE RELATIONS OFFICIELLES AVEC L'OMS POUR QU'ILS PUISSENT PARTICIPER AUX SESSIONS DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE.....	14-37
--	-------

INTRODUCTION

1. Lors de sa soixante et onzième session, le Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour l'Afrique (ci-après désigné le « Comité régional ») a approuvé¹ la procédure d'accréditation des acteurs non étatiques régionaux n'entretenant pas de relations officielles avec l'OMS pour qu'ils puissent participer aux sessions du Comité régional, conformément aux dispositions du Cadre de collaboration de l'OMS avec les acteurs non étatiques.² Tous les acteurs non étatiques accrédités ont la possibilité de participer, sur invitation et sans droit de vote, aux sessions du Comité régional et d'y présenter des déclarations écrites et/ou orales.³
2. Pour pouvoir présenter une demande d'accréditation, un acteur non étatique doit répondre aux critères suivants : a) ses objectifs sont conformes à la Constitution de l'OMS et aux politiques de l'Organisation ; b) il collabore activement avec le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique ; c) ses activités s'effectuent au niveau régional ou sous-régional ; d) il est à but non lucratif par nature, ainsi que dans ses activités et dans son travail de plaidoyer ; et e) il a une structure établie, un acte constitutif et des mécanismes de responsabilisation.
3. En août 2022, à sa soixante-douzième session,⁴ le Comité régional a pour la première fois accrédité cinq acteurs non étatiques ; huit autres acteurs non étatiques ont été accrédités à sa soixante-treizième session⁵ tenue en août 2023.
4. Le troisième appel à candidatures a été lancé en anglais, en français et en portugais sur le site Web du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (ci-après désigné le « Bureau régional ») et sur ses comptes de médias sociaux en octobre 2023. De plus, l'appel à candidatures a fait l'objet d'une large diffusion par courrier électronique aux parties intéressées. La date limite initiale de présentation des candidatures était fixée au 30 novembre 2023. L'appel à candidatures a ensuite été prorogé jusqu'au 15 décembre 2023 à cause du faible nombre de demandes reçues avant la première date butoir.
5. En vue de faciliter la compréhension du processus de candidature, le Bureau régional a organisé une séance d'information en ligne le 15 novembre 2023 à l'intention des candidats potentiels, et le lien d'inscription a été inclus dans l'appel à candidatures. Au total 140 acteurs non étatiques œuvrant dans le secteur de la santé en Afrique se sont inscrits pour participer à la réunion d'information en ligne, et 58 y ont pris une part active.
6. Conformément au paragraphe 9 de la procédure adoptée,⁶ le Bureau régional est mandaté pour examiner toute demande d'accréditation introduite par un acteur non étatique n'entretenant

¹ [OMS, *Décision du Comité régional de l'Afrique intitulée « Accréditation des acteurs régionaux non étatiques n'entretenant pas de relations officielles avec l'OMS pour qu'ils puissent participer aux sessions du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique »*. Réunion virtuelle, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2021 \(AFR/RC71/Décision 9\).](#)

² [OMS, *Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 \(résolution WHA69.10\).](#)

³ [OMS, *Formulaire de demande d'accréditation des acteurs non étatiques régionaux n'entretenant pas de relations officielles avec l'OMS pour qu'ils puissent participer aux sessions du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique*. Réunion virtuelle, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique, 2021 \(AFR/RC71/2\).](#)

⁴ [OMS, *Accréditation d'acteurs non étatiques régionaux n'entretenant pas de relations officielles avec l'OMS pour qu'ils puissent participer aux sessions du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique*. Lomé, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2022 \(AFR/RC72/Décision 9\).](#)

⁵ [OMS, *Accréditation d'acteurs non étatiques régionaux n'entretenant pas de relations officielles avec l'OMS pour qu'ils puissent participer aux sessions du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique*. Botswana, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2023 \(AFR/RC73/Décision 11\).](#)

⁶ [OMS, *Formulaire de demande d'accréditation des acteurs non étatiques régionaux n'entretenant pas de relations officielles avec l'OMS pour qu'ils puissent participer aux sessions du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique*. Réunion virtuelle, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique, 2021 \(AFR/RC71/2\).](#)

pas de relations officielles avec l’OMS et pour formuler des recommandations au Sous-Comité du Programme concernant l’accréditation de cet acteur non étatique.

7. Conformément au paragraphe 10 de la procédure approuvée,⁷ les acteurs non étatiques dont la demande d’accréditation a été rejetée ne peuvent soumettre une nouvelle candidature que deux années au moins après la date de la décision du Comité régional.

EXAMEN DES DEMANDES

8. Vingt-six acteurs non étatiques ont répondu à l’appel à candidatures avant la date butoir du 15 décembre 2023. Conformément au Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques et en vertu de la procédure d’accréditation approuvée, le Bureau régional a examiné les demandes d’accréditation présentées pour s’assurer que les critères d’admissibilité et autres obligations définis étaient respectés, y compris la vérification diligente. À la suite de cet examen, le Bureau régional a rejeté les demandes de 19 entités pour un certain nombre de raisons, dont la non-conformité de leur statut juridique avec la procédure d’accréditation, leur portée géographique limitée et le fait qu’elles ne se soient pas soumises à un processus de vérification diligente.

9. Le Bureau régional a jugé que les demandes de six entités remplissent les conditions posées pour l’accréditation. Dans certains cas, la condition relative à la collaboration active avec le Bureau régional a été considérée comme remplie lorsqu’un acteur non étatique avait mené des activités de recherche ou de sensibilisation active autour des réunions de l’OMS, ainsi que des politiques, normes et critères de l’Organisation sur trois ans au moins, conformément au paragraphe 53 du Cadre de collaboration de l’OMS avec les acteurs non étatiques.

10. Les demandes de six entités ont été présentées à l’examen du Sous-Comité du Programme. Les entités concernées sont : **African Forum for Research and Education in Health (AFREhealth)** ; **Africa Health Budget Network (AHBN)** ; **The Alliance for International Medical Action (ALIMA)** ; **Children’s Investment Fund Foundation (CIFF)** ; **le Réseau africain de recherche sur les médias et le paludisme (AMMREN)** ; et **Speak Up Africa**.

11. En outre, le Bureau régional a reçu une demande d’accréditation présentée par *Fos Feminista*. *Fos Feminista* est le nom généralement utilisé pour désigner la « Fédération internationale pour la planification familiale – Région de l’hémisphère ouest (IPPFWHR) » et ne constitue pas le nom légal de l’entité. Le Sous-Comité du Programme est donc invité à reporter la décision sur la demande de cette entité à la réunion du Sous-Comité du Programme qui se tiendra en 2025 en prélude à la soixante-quinzième session du Comité régional, afin de permettre à l’entité, la Fédération internationale pour la planification familiale – Région de l’hémisphère ouest, de soumettre une demande d’accréditation.

12. On trouvera à la **sous-annexe du présent rapport** un aperçu général de la situation de chaque acteur non étatique recommandé pour accréditation par le Comité régional à sa soixante-quatorzième session en 2024.

⁷ [OMS. Formulaire de demande d’accréditation des acteurs non étatiques régionaux n’entretenant pas de relations officielles avec l’OMS pour qu’ils puissent participer aux sessions du Comité régional de l’OMS pour l’Afrique. Réunion virtuelle. Bureau régional de l’Organisation mondiale de la Santé pour l’Afrique, 2021 \(AFR/RC71/2\).](#)

MESURES PRISES PAR LE SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME

13. Le Sous-Comité du Programme a recommandé à la soixante-quatorzième session du Comité régional de l’OMS pour l’Afrique d’adopter la décision présentée ci-après.

Le Comité régional de l’Afrique,

Ayant examiné et pris note du rapport du Secrétariat sur l’accréditation d’acteurs non étatiques régionaux n’entretenant pas de relations officielles avec l’OMS pour qu’ils puissent participer aux sessions du Comité régional de l’OMS pour l’Afrique :

- 1) a décidé d’approuver l’accréditation des six acteurs non étatiques régionaux recommandés par le Sous-Comité du Programme pour qu’ils puissent participer aux sessions du Comité régional de l’OMS pour l’Afrique, à savoir **African Forum for Research and Education in Health (AFREhealth) ; Africa Health Budget Network (AHBN) ; The Alliance for International Medical Action (ALIMA) ; Children’s Investment Fund Foundation (CIFF) ; le Réseau africain de recherche sur les médias et le paludisme (AMMREN) ; et Speak Up Africa ;** et
- 2) a décidé de reporter la décision concernant la demande présentée par la Fédération internationale pour la planification familiale – Région de l’hémisphère ouest (IPPFWHR) à sa soixante-quinzième session.

SOUS-ANNEXE

ACTEURS NON ÉTATIQUES RÉGIONAUX DONT L'ACCRÉDITATION EST RECOMMANDÉE EN VUE DE LEUR PARTICIPATION AUX SESSIONS DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE

African Forum for Research and Education in Health (AFREHealth)

14. L'African Forum for Research and Education in Health (en abrégé AFREHealth, encore désigné ci-après le « Forum »), créé en 2016 et dont le siège se trouve à Kumasi (Ghana), est un regroupement de professionnels de la santé œuvrant dans plusieurs disciplines qui repose sur le socle de l'adhésion d'individus, d'institutions, d'associations et de réseaux issus de toutes les aires géographiques et linguistiques de l'Afrique.

15. Le Forum a pour objectif d'améliorer la qualité des soins de santé en Afrique. Sa mission est de fournir des services dans les domaines de l'éducation, de la formation, de la recherche et de la prestation de services moyennant : a) des partenariats et/ou la collaboration ; b) la constitution de réseaux ; c) le plaidoyer ; d) la mobilisation de ressources ; e) la communication stratégique ; f) l'échange de meilleures pratiques ; g) le renforcement des capacités ; et h) la transformation de la formation des professions de la santé répondant aux besoins. AFREHealth a été initialement lancé à Nairobi à la suite d'un symposium organisé conjointement par la Medical Education Partnership Initiative (MEPI – Initiative de partenariat pour l'éducation médicale) et par la Nursing Education Partnership Initiative (NEPI – Initiative de partenariat pour la formation des infirmières), qui s'est soldé par l'adoption d'une résolution sur la création du Forum.

16. AFREHealth est un membre et un partenaire stratégique du Réseau mondial des centres collaborateurs de l'OMS pour les soins infirmiers et obstétricaux.⁸ Il est également un membre d'office du Comité exécutif du Réseau. Au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, le Forum a collaboré avec le groupe organique Couverture sanitaire universelle/Parcours de vie (ULC) dans des domaines tels que la planification et le développement des personnels de santé.

17. AFREHealth est dirigé par trois organes, à savoir un Comité exécutif, une Assemblée générale et un Conseil de direction composé de membres élus. Le Conseil d'administration compte 23 membres représentant différentes universités d'Afrique subsaharienne.

Africa Health Budget Network (AHBN)

18. Fondé en 2013 au Nigéria, Africa Health Budget Network (en abrégé AHBN et aussi désigné ci-après le « Réseau ») est un réseau d'organisations et de personnes qui utilisent le plaidoyer budgétaire pour améliorer la prestation des services de santé en Afrique. Ce Réseau vise à combler le fossé dans la participation de la société civile au plaidoyer en faveur de l'établissement de budgets pour la santé partout en Afrique. Le Réseau estime qu'il est nécessaire de disposer d'une organisation africaine, dirigée par des Africains, qui se consacre à la responsabilisation et à la sensibilisation en matière de budget de la santé.

19. AHBN est ouvert à la participation de toutes les organisations non gouvernementales et des personnes africaines dont l'objectif est d'inclure la sensibilisation au budget, la responsabilisation et la transparence dans leurs activités en vue d'améliorer la prestation des services de santé en Afrique. Le réseau prône un financement de la santé transparent, responsable, durable et innovant pour l'Afrique en donnant aux organisations de la société civile en Afrique les moyens de plaider

⁸ WHO Collaborative Centers: partners, (disponible à l'adresse <https://www.globalnetworkwhocc.com/partners/>, consulté le 1^{er} mars 2024).

en faveur du financement de la santé et d'influer sur une approche d'investissement qui améliore la santé et le bien-être en général.

20. Depuis 2014, AHBN participe au Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (PMNCH), de l'OMS, dans le cadre duquel il collabore avec d'autres partenaires pour faciliter le respect des engagements financiers pris en faveur des adolescents et des jeunes du monde entier, en mettant l'accent sur l'Afrique où les besoins des adolescents et des jeunes ne sont toujours pas satisfaits. Son fondateur siège au Conseil d'administration du Réseau. En outre, AHBN a entrepris des actions de sensibilisation au budget de la santé et des initiatives de renforcement des capacités avec le bureau de pays de l'OMS au Nigéria, avec le concours du Siège de l'OMS.

21. Le Réseau est dirigé par un conseil consultatif composé de huit membres qui officient pour un mandat de deux ans renouvelable. Les membres siègent à titre bénévole et travaillent à l'expansion du réseau, donnent des conseils sur l'orientation stratégique et soutiennent le développement d'entreprises.

The Alliance for International Medical Action (ALIMA)

22. ALIMA est une organisation humanitaire médicale créée en 2009 qui concentre ses activités sur la riposte aux situations d'urgence en Afrique. ALIMA a son siège social à Dakar (Sénégal), son siège administratif à Paris (France), et un bureau d'appui à New York (États-Unis). L'organisation est également enregistrée en Australie et au Royaume-Uni et ces deux bureaux soutiennent ses activités de plaidoyer et de collecte de fonds.

23. L'approche d'ALIMA consiste à créer des partenariats et à favoriser la collaboration entre les agents de santé locaux, les organisations médicales nationales et les chercheurs. Son objectif est de transformer la prestation de soins de santé humanitaires en encourageant la recherche et l'innovation afin d'améliorer les soins de santé et de renforcer la résilience des communautés. À ce jour, ALIMA a fourni une assistance médicale d'urgence à plus de 10 millions de personnes, à 80 % des femmes et des enfants ; ALIMA a aussi lancé plus de 30 projets de recherche sur la malnutrition, la santé de la mère et de l'enfant, le paludisme, la maladie à virus Ebola et la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), entre autres. ALIMA est outillée pour déployer rapidement des équipes d'intervention humanitaire d'urgence grâce à un réseau d'organisations non gouvernementales locales et d'agents de santé.

24. ALIMA travaille dans 11 pays de la Région africaine de l'OMS et apporte en ce moment un appui à l'Organisation mondiale de la Santé qui se trouve à la tête du groupe de responsabilité sectorielle Santé chargé de gérer la crise humanitaire multisectorielle au Mali.

25. ALIMA est gérée par un Conseil d'administration composé de 22 experts de l'action humanitaire. Ses membres représentent diverses organisations et sont élus sur la base de leurs compétences et de leur leadership en matière de santé. Le Conseil d'administration élit un Directeur général, qui assure la liaison entre l'équipe de direction et le Conseil.

Réseau africain de recherche sur les médias et le paludisme (AMMREN)

26. AMMREN est une organisation non gouvernementale créée en 2006 qui prône la communication de la recherche sur le paludisme et sur les maladies en Afrique en encourageant la collaboration entre les chercheurs dans le domaine de la santé et les journalistes. AMMREN est composé de journalistes et de scientifiques africains qui travaillent ensemble à l'élimination du paludisme grâce à la sensibilisation dans les médias. Le Réseau africain de recherche sur les médias et le paludisme est basé à Accra (Ghana). AMMREN a commencé ses opérations avec des chapitres

établis dans 10 pays africains, à savoir le Burkina Faso, le Gabon, le Ghana, le Kenya, le Malawi, le Mozambique, le Nigéria, le Sénégal, la République-Unie de Tanzanie et la Gambie, avec une base de données qui dépasse actuellement les 300 membres sur tout le continent.

27. AMMREN noue des partenariats à l'échelle mondiale avec des organisations, des programmes de lutte antipaludique, des institutions universitaires et la société civile dans le but de parvenir à une Afrique sans paludisme. Cet acteur non étatique organise des ateliers de formation et de renforcement des capacités à l'intention des journalistes, les outillant ainsi pour qu'ils puissent interpréter les données relatives au paludisme de façon à communiquer plus efficacement sur cette maladie. AMMREN produit et publie *Eyes on Malaria*,⁹ un magazine consacré à la diffusion d'informations et à la recherche sur le paludisme. En 2012, AMMREN-plus a été lancé pour élargir le champ d'activité de l'organisation à la COVID-19, à la maladie à virus Ebola et aux maladies non transmissibles.

28. Depuis 2018, AMMREN collabore activement avec le bureau de pays de l'OMS au Ghana à la diffusion d'informations relatives au paludisme et à la COVID-19. Grâce aux fonds reçus du Bureau régional de l'Afrique, AMMREN travaille avec les rédacteurs en chef et les journalistes pour assurer une communication efficace et une collaboration avec les médias concernant le déploiement du vaccin antipaludique, la vaccination et la vaccination contre la COVID-19.

29. AMMREN est gouvernée par un Conseil d'administration, une Assemblée générale composée de membres et une équipe de direction. Les chapitres d'AMMREN dans les pays comprennent des coordonnateurs de comté qui supervisent les opérations quotidiennes.

Children's Investment Fund Foundation (CIFF)

30. La Children's Investment Fund Foundation (ci-après désignée la « CIFF ») est une fondation philanthropique créée en 2002 avec pour ambition de relever les défis liés à la santé, à l'éducation, à la nutrition et au bien-être des enfants. Sa mission est de transformer la vie des enfants et des adolescents pauvres et vulnérables dans les pays en développement moyennant l'octroi de subventions.

31. La CIFF vise à soutenir la mise en œuvre d'activités qui induisent des effets positifs durables dans des communautés en Afrique subsaharienne, en Inde, en Chine et en Europe. Cette fondation philanthropique fournit un financement au secteur privé et aux organisations à but non lucratif afin de leur permettre d'exécuter des projets dans la Région africaine. Dans la Région africaine, la CIFF s'appuie sur l'expertise et les capacités locales et a atteint 29 pays grâce à la fourniture de subventions à grande échelle et hautement efficaces.

32. La CIFF a participé à la soixante-treizième session du Comité régional pour l'Afrique et est un donateur qui fournit des fonds au niveau du Siège pour la prévention biomédicale du VIH et pour la santé en milieu scolaire. La CIFF collabore avec l'équipe Santé reproductive et santé de la mère et vieillissement en bonne santé du Bureau régional de l'Afrique sur les interventions d'autoprise en charge en matière de santé sexuelle et reproductive et de droits connexes en Afrique du Sud, au Botswana, au Burkina Faso, en Éthiopie, au Kenya, au Mozambique, au Nigéria, en Ouganda et en Zambie. La CIFF a aussi collaboré avec l'équipe chargée de la santé des enfants et des adolescents par l'intermédiaire du prix du Siège de l'OMS qui soutient les normes mondiales en matière de promotion de la santé dans les écoles.

⁹ Eye On Malaria Magazine, African Media and Malaria Research Network (AMMREN), <https://www.ammren.org/eye-on-malaria-magazine/>, consulté le 1^{er} mars 2024.

33. La Fondation est dirigée par un Conseil d'administration, une équipe de direction et un comité d'audit et d'investissement financier. Ces trois organes sont responsables de la supervision et de la gouvernance, des activités quotidiennes et du conseil financier, respectivement.

Speak Up Africa

34. Fondée en 2008 à Dakar (Sénégal), Speak Up Africa est une organisation sans but lucratif œuvrant pour le développement durable en Afrique grâce au changement de politiques, au plaidoyer et au leadership. Speak Up Africa a pour mission de promouvoir la santé et le bien-être de tous et de soutenir l'atteinte des objectifs de développement durable 1 à 6.

35. Speak Up Africa aide les dirigeants africains, les gouvernements, les médias et les organisations de la société civile à travailler à la recherche et à la mise en place de solutions pour relever les défis en Afrique. Ces défis comprennent la santé, le développement et l'égalité des genres. Dans le secteur de la santé, Speak Up Africa fait porter essentiellement ses actions sur la lutte contre le paludisme et les maladies tropicales négligées, ainsi que sur l'assainissement, la vaccination et la recherche. Speak Up Africa vise à créer des espaces de dialogue et à inspirer un changement durable en établissant des relations avec les parties prenantes concernées.

36. Speak Up Africa est présente dans cinq pays de la Région africaine de l'OMS et collabore activement avec le Bureau régional. Speak Up Africa soutient actuellement le Projet spécial élargi pour l'élimination des maladies tropicales négligées (ESPEN) moyennant le plaidoyer, les relations avec les donateurs, l'élaboration de documents de référence et la mobilisation de ressources, jusqu'en 2025. Au niveau mondial, Speak Up Africa collabore avec le Programme mondial de lutte contre le paludisme et le Programme mondial de lutte contre les maladies tropicales négligées afin de favoriser des changements politiques au niveau régional.

37. Speak Up Africa est gérée par un Conseil d'administration, une Assemblée générale et un Comité exécutif composé de ses membres fondateurs.

ANNEXE 2

**AMENDEMENTS PROPOSÉS AU RÈGLEMENT INTÉRIEUR
DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE**

Rapport de la Directrice régionale

SOMMAIRE

	Paragraphes
I. INTRODUCTION.....	1-8
II. AMENDEMENTS PROPOSÉS AU RÈGLEMENT INTÉRIEUR.....	9-18
III. MESURES PRISES PAR LE SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME.....	19

SOUS-ANNEXE

	Page
TEXTE COMPLET DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR AMENDÉ PROPOSÉ.....	5

I. INTRODUCTION

1. Tout au long de son histoire, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a pris un certain nombre d'initiatives de réforme. Le Programme de transformation du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine a été lancé en 2015 afin de concrétiser la vision du changement portée par la Directrice régionale et de favoriser la réforme du secteur de la santé. Au cours des neuf dernières années, le Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine a réalisé des progrès remarquables¹ vers l'obtention de résultats de haute qualité comme vers l'amélioration de la santé dans la Région. Ces progrès ont été rendus possibles par la transformation de la culture institutionnelle, des programmes et des opérations, une transformation au cours de laquelle l'accent est mis sur la mobilisation du personnel et sur sa participation à la conduite du changement.

2. Dans sa décision EB136(16),² le Conseil exécutif a décidé de créer un processus ouvert de consultation des États Membres sur la réforme de la gouvernance, en formulant des recommandations sur la manière d'améliorer l'efficacité de la gouvernance de l'OMS. Ce processus a conduit à l'établissement d'une liste de points prioritaires sur les méthodes de travail des organes directeurs.³

3. En janvier 2023, le Conseil exécutif, à sa cent quarante-deuxième session, a examiné le rapport du Groupe de travail des États Membres à fonctionnement souple sur le renforcement de la gouvernance budgétaire, programmatique et financière de l'OMS.⁴ Le Conseil exécutif a ainsi formulé des recommandations pour des améliorations à long terme, y compris l'examen des méthodes de travail de l'Organisation, notamment la gestion de l'ordre du jour et les sessions des organes directeurs.

4. Dans le contexte de sa réforme de la gouvernance, l'OMS participe à un effort mondial visant à rationaliser les méthodes de travail tout en améliorant l'efficacité réelle, la responsabilisation, ainsi que la promotion et l'efficacité de ses organes directeurs. L'une des questions abordées par la réforme est de savoir comment assurer la cohérence entre le Siège et les bureaux régionaux de l'OMS en ce qui concerne leurs procédures et leurs méthodes de travail avec les États Membres⁵ tout en préservant les spécificités de chaque Région.

¹ OMS, Huitième rapport de situation sur la mise en œuvre du Programme de transformation du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine. Gaborone, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique, 2023 (AFR/RC73/11). (Disponible à l'adresse <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2023-08/AFR-RC73-11%20Eighthprogressreportontheimplementationofthe> Transformation (consulté le 28 février 2024).

² Décision EB136(16). Vue d'ensemble de la mise en œuvre de la réforme. Dans Annexes. *Décisions et résolutions de la cent trente-sixième session du Conseil exécutif*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015, Document EB136/2015/REC/1 (disponible à l'adresse https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB136-REC1/B136_REC1-fr.pdf#page=1, consulté le 21 juin 2024).

³ WHO, *Report of the Working Group on Governance Reform*, Geneva, World Health Organization, 2015 (EB/OMSMGR/1/2). (Disponible à l'adresse https://apps.who.int/gb/OMSMGR/pdf_files/EB_OMSMGR1_2-fr.pdf, consulté le 21 juin 2024).

⁴ OMS, *Rapport du Groupe de travail des États Membres à fonctionnement souple sur le renforcement de la gouvernance budgétaire, programmatique et financière de l'OMS*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2023 (EB152/33) (disponible à l'adresse https://apps.who.int/gb/e/e_eb152.html, consulté le 21 juin 2024).

⁵ Décision EB136(16). Vue d'ensemble de la mise en œuvre de la réforme. Dans Annexes. *Décisions et résolutions de la cent trente-sixième session du Conseil exécutif*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015, Document 136th/1/REC/45 (disponible à l'adresse https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB136-EB136/REC1_B136-fr.pdf#page=21, consulté le 21 juin 2024). 33- paragraphe 1(a)(ii)).

5. Le mandat du Sous-Comité du Programme⁶ a été révisé en 2016. En outre, le Règlement intérieur a été mis à jour⁷ pour la dernière fois en 2018, en prélude à l'élection du Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique prévue pour 2019. Depuis lors, aucune modification n'a été apportée au Règlement intérieur du Comité régional de l'Afrique. Cependant, des règles et procédures spéciales ont été établies pour les réunions en ligne et hybrides des soixante-dixième, soixante et onzième, soixante-douzième et soixante-treizième sessions du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

6. Conformément à l'article 50(b) de la Constitution de l'OMS, l'une des principales fonctions du Comité régional est de « contrôler les activités du bureau régional ». Dans cette optique, le présent rapport porte essentiellement sur la révision du Règlement intérieur du Comité régional de l'Afrique. À cette fin, et conformément aux exercices similaires menés dans les autres Régions, le Bureau régional de l'Afrique a procédé à un examen des documents institutionnels pertinents. Le présent rapport devrait être lu conjointement avec son annexe.

7. Les amendements proposés sont soumis à l'appréciation du Sous-Comité du Programme en juin 2024. Le Sous-Comité du Programme est invité à examiner et à recommander les amendements proposés ci-dessous conformément à l'article 49 de la Constitution de l'OMS⁸ et à l'article 54 du Règlement intérieur du Comité régional de l'Afrique.

8. La section qui suit donne une idée d'ensemble des modifications de fond proposées. Elle est suivie par le texte révisé proposé du Règlement intérieur du Comité régional, qui fait ressortir les amendements proposés.

II. AMENDEMENTS PROPOSÉS AU RÈGLEMENT INTÉRIEUR

9. La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé a adopté le Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques,⁹ qui fournit le canevas à utiliser pour renforcer la collaboration avec les acteurs non étatiques à tous les niveaux de l'Organisation. À sa soixante et onzième session, le Comité régional a approuvé une procédure d'accréditation des acteurs non étatiques n'entretenant pas de relations officielles avec l'OMS pour qu'ils puissent participer aux sessions du Comité régional, mise en œuvre conformément au Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques. Par conséquent, pour tenir compte de ces évolutions, le Secrétariat propose d'amender l'article 2 relatif à la participation des observateurs et à l'accréditation d'acteurs non étatiques.

10. Par souci d'efficacité, la proposition d'amendement à l'article 3 autorise deux modalités de présentation des pouvoirs des délégués, à savoir l'envoi du document de pouvoir sous forme électronique ou la remise des pouvoirs en main propre. Un amendement supplémentaire à cet article permettrait au président de la Commission de vérification des pouvoirs de recommander au Comité régional l'acceptation des pouvoirs officiels des représentants reçus après la première réunion de la Commission de vérification des pouvoirs.

⁶ OMS, *Nouveau mandat du Sous-Comité du Programme du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique*, Addis-Abeba, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique, 2016 (AFR/RC66/16) (disponible à l'adresse <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2018-05/Revised%20terms%20of%20reference.pdf>, consulté le 21 juin 2024).

⁷ OMS, *Code de conduite pour la désignation du Directeur régional et amendement à l'article 52 de la procédure du Comité régional de l'Afrique*, Dakar, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique, 2018 (AFR/RC68/R1) (disponible à l'adresse <https://www.afro.who.int/sites/default/files/sessions/resolutions/AFR-RC68-R1%20Code%20of%20conduct%20for%20the%20nomination%20of%20RD-Fr.pdf>, consulté le 21 juin 2024).

⁸ OMS, *Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1946. (Disponible à l'adresse <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>, consulté le 21 juin 2024).

⁹ OMS, *Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (WHA69.10) (disponible à l'adresse https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha69/a69_r10-fr.pdf, consulté le 21 juin 2024).

11. En ce qui concerne les sessions extraordinaires, l'article 5 a été amendé afin que les propositions relatives à des points de l'ordre du jour puissent être présentées au plus tard dix jours avant l'ouverture d'une session extraordinaire. Cette disposition vise à assurer une gestion ordonnée des sessions extraordinaires et repose sur une disposition du Règlement intérieur de l'Assemblée de la Santé, mais prévoit une période de notification préalable plus longue. En outre, un autre amendement est proposé afin de mieux refléter dans la pratique la façon dont une session extraordinaire pourrait être convoquée au cas où le Directeur régional n'est pas en mesure d'exercer ses fonctions ou si le poste devient, de façon inattendue, vacant entre deux sessions.

12. L'article 20 a été révisé pour tenir compte de la pratique actuelle du Comité régional de l'Afrique, ce qui a permis au Secrétariat, en étroite collaboration avec les rapporteurs de session et les représentants des États Membres, de préparer le rapport final du Comité régional le plus tôt possible après la clôture d'une session. De tels rapports feront l'objet de corrections demandées par les représentants dans les délais prescrits par le Directeur régional.

13. L'amendement à l'article 26 propose de calculer le quorum en fonction du nombre de Membres représentés à la session plutôt que d'après le nombre total des États Membres de la Région.

14. L'article 45 a été amendé pour permettre le vote électronique pour les votes enregistrés lorsque des systèmes appropriés sont disponibles. Cette démarche est conforme aux amendements apportés au Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé dans la décision WHA72(23).

15. L'article 46 a été amendé pour inclure le terme « abstention ». Cet ajout vise à aligner le Règlement intérieur sur la pratique courante qui consiste à indiquer dans le procès-verbal les abstentions enregistrées lors du vote par appel nominal.

16. Conformément à l'article 52 de la Constitution de l'OMS, les directeurs régionaux sont nommés « par le Conseil en accord avec le comité régional ». Le processus d'élection du Directeur régional est exposé à l'article 52 du Règlement intérieur du Comité régional. Un certain nombre de modifications de fond ont été introduites. L'amendement au paragraphe 6 reflète la pratique courante selon laquelle si plus de cinq candidats sont présentés au poste de Directeur régional, une liste restreinte est établie au scrutin secret lors d'une séance à huis clos. L'amendement au paragraphe 7 est conforme à la pratique récente dans plusieurs Régions et soutient la promotion de la transparence et de la responsabilisation. Il propose que l'entrevue avec les candidats au poste de Directeur régional pour l'Afrique se fasse dans le cadre d'une séance publique du Comité régional. À cet égard, l'amendement traduit la décision prise lors de la première réunion de coordination des ministres africains de la santé, qui s'est tenue le 25 mai 2024, avant la Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé. Selon cette décision, l'entrevue avec les candidats au poste de Directeur régional doit être organisée dans le cadre d'une séance publique.

17. Plusieurs amendements sont proposés au titre du paragraphe 8 de l'article 52, y compris un amendement reflétant la pratique de vote actuelle qui consiste à indiquer le nom du candidat sur des bulletins de vote préimprimés plutôt que de laisser les représentants écrire le nom du candidat qu'ils ont choisi. Une autre proposition d'amendement cherche à remédier à ce qui semble s'apparenter à une incohérence dans le texte original, qui prévoyait dans un premier temps qu'il serait procédé à « autant de tours de scrutin qu'il sera nécessaire » et qui limitait ensuite à trois le nombre de tours de scrutin ; l'alinéa d) a été ajouté au paragraphe 8 pour clarifier les conditions de désignation du Directeur régional conformément à la pratique actuelle et à l'article 108 du

Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé¹⁰ se rapportant à la nomination du Directeur général. Enfin, une disposition a été incluse au cas où le Directeur régional n'est pas en mesure d'exercer ses fonctions ou si le poste devient vacant.

18. Des amendements mineurs, qui ne modifient pas le fond du Règlement intérieur, ont été apportés à divers articles tout au long de la procédure.

III. MESURES PRISES PAR LE SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME

19. Le Sous-Comité du Programme a pris note du rapport et a recommandé le projet de décision ci-après à l'adoption du Comité régional.

¹⁰ OMS, *Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008. (Disponible à l'adresse https://apps.who.int/gb/edg/pdf_files/Ref-docs/rules-of-procedure-en.pdf, consulté le 21 juin 2024).

Le Comité régional de l'Afrique, ayant examiné et pris note du rapport du président du Sous-Comité du Programme, a décidé :

- 1) d'adopter les amendements figurant à l'annexe 2 du Document AFR/RC74/2 conformément à l'article 54 du Règlement intérieur du Comité régional de l'Afrique ;
- 2) d'approuver que les amendements au Règlement intérieur mentionnés ci-dessus prennent effet à la clôture de la soixante-quatorzième session du Comité régional.

**SOUS-ANNEXE. RÈGLEMENT INTÉRIEUR DU COMITÉ RÉGIONAL
DE L'AFRIQUE**

RÈGLEMENT INTÉRIEUR DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

I. COMPOSITION ET PARTICIPATION

Article 1

Le Comité régional de l'Afrique (ci-après dénommé le « Comité régional » ou le « Comité ») est composé de représentants (ci-après dénommés les « représentants »), à raison d'un représentant pour chacun des États Membres et Membres associés constituant la Région africaine (ci-après dénommée la « Région ») de l'Organisation mondiale de la Santé (ci-après dénommée l'« Organisation » ou « l'OMS »). Ces représentants peuvent être accompagnés de suppléants et de conseillers.

Article 2

Sous réserve des dispositions de tous accords existants, le Comité peut prendre des dispositions permettant de consulter les comités respectifs de l'Organisation des Nations Unies et ceux de ses institutions spécialisées, ainsi que ceux d'autres organisations internationales régionales et de communautés économiques possédant avec l'Organisation des intérêts communs, et permettant ainsi leur participation, sans droit de vote, aux délibérations dudit Comité et aux délibérations des comités ou sous-comités réunis ou établis sous son autorité.

« Le Directeur régional, en consultation avec le Comité régional, peut inviter des États qui n'en sont pas membres à participer, sans droit de vote, aux sessions du Comité. »

Les acteurs non étatiques admis à des relations officielles avec l'Organisation en vertu du Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques sont invités à participer sans droit de vote aux sessions du Comité régional, comme le prévoit le paragraphe 55 du Cadre.

Les autres organisations non gouvernementales internationales, régionales et nationales, les associations internationales d'entreprises et les fondations philanthropiques n'entretenant pas de relations officielles avec l'Organisation, mais accréditées pour participer aux réunions du Comité conformément au paragraphe 57 du Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, peuvent également participer, sans droit de vote, aux délibérations du Comité régional, comme le prévoit le Cadre.

II. POUVOIRS

Article 3

- a) Les Membres communiquent au Directeur régional (ci-après dénommé le « Directeur »), si possible quinze jours avant la date fixée pour l'ouverture de la session du Comité, les noms de leurs représentants ainsi que ceux de tous les suppléants et conseillers. De même, les États et les organisations dont il est fait mention à l'article 2, invités à se faire représenter à la session, communiquent les noms des personnes qui les représentent.
- b) Les pouvoirs des représentants des Membres et des Membres associés sont remis au Directeur régional, si possible un jour au moins avant l'ouverture de la session du Comité régional. Ces pouvoirs sont établis par le chef de l'État, le chef du

gouvernement, le ministre des affaires étrangères, le ministre de la santé, ou par toute autre autorité compétente. Les pouvoirs peuvent être envoyés sous forme électronique ou remis en main propre au Directeur régional.

- c) Une Commission de vérification des pouvoirs comprenant des représentants de sept États Membres est désignée au début de chaque session du Comité, sur proposition du président de la session du Comité. La Commission de vérification des pouvoirs élit son bureau. Elle examine les pouvoirs présentés par les représentants des États Membres et des Membres associés et fait rapport à ce sujet au Comité régional. Tout délégué ou représentant dont l'admission est remise en question par un État Membre est autorisé à siéger temporairement, avec les mêmes droits que tous les autres délégués ou représentants, jusqu'à ce que la Commission de vérification des pouvoirs ait présenté son rapport et que le Comité régional ait communiqué sa décision. Le président de la Commission de vérification des pouvoirs est habilité à recommander au Comité régional, au nom de la Commission de vérification des pouvoirs, l'acceptation des pouvoirs des représentants reçus après que la Commission de vérification des pouvoirs s'est réunie. Les séances de la Commission de vérification des pouvoirs sont de caractère privé.

III. SESSIONS

Sessions ordinaires

Article 4

Le Comité tient au moins une session par an. Il fixe, à chaque session, la date et le lieu de la session ordinaire suivante. Les convocations sont expédiées par le Directeur régional six semaines au moins avant l'ouverture de la session aux Membres et aux Membres associés, au Directeur général de l'Organisation (ci-après dénommé le « Directeur général »), ainsi qu'aux organisations visées à l'article 2 invitées à se faire représenter à la session.

Sessions extraordinaires

Article 5

Le Directeur régional, en consultation avec le Président du Comité (ci-après dénommé le « Président »), convoque également le Comité en session extraordinaire sur demande conjointe de dix Membres. Une telle demande est adressée au Directeur régional par écrit et indique les raisons qui la motivent. En ce cas, le Comité est convoqué dans les trente jours suivant la réception de la demande. Cette session a lieu au siège régional, à moins que le Directeur régional, en consultation avec le Président, n'en décide autrement. L'ordre du jour d'une telle session est limité aux questions l'ayant motivée. Les propositions formelles relatives à des points de l'ordre du jour doivent être présentées dix jours au plus tard avant l'ouverture d'une session extraordinaire.

Le Directeur général, en consultation avec le Président, peut aussi convoquer une session extraordinaire du Comité en vue de la désignation d'un Directeur régional au cas où le Directeur régional en poste est dans l'impossibilité de remplir ses fonctions ou si le poste devient, de façon inattendue, vacant entre deux sessions.

Article 6

Les réunions du Comité sont publiques, sauf décision contraire du Comité.

IV. ORDRE DU JOUR

Article 7

L'ordre du jour provisoire de chaque session est établi par le Directeur régional, en consultation avec le Président. Il est envoyé en même temps que la convocation adressée conformément à l'article 4 ou à l'article 5, selon le cas.

Article 8

Sauf pour le cas des sessions convoquées en vertu de l'article 5, l'ordre du jour provisoire de chaque session comprend notamment :

- a) tous les points dont l'inscription a été ordonnée par l'Assemblée mondiale de la Santé (ci-après dénommée l'« Assemblée de la Santé ») ;
- b) tous les points dont l'inscription a été ordonnée par le Conseil exécutif de l'Organisation ;
- c) tout point proposé par le Directeur général ;
- d) tout point proposé par un Membre ou un Membre associé de la Région.

Article 9

Sous réserve des dispositions de l'article 5, le Directeur régional peut, en consultation avec le Président, faire figurer dans un ordre du jour supplémentaire que le Comité examine en même temps que l'ordre du jour provisoire toute question susceptible d'être inscrite à l'ordre du jour qui viendrait à surgir entre l'envoi de l'ordre du jour provisoire et le jour d'ouverture de la session.

V. BUREAU DU COMITÉ

Article 10

Le Comité régional élit, parmi les représentants, son bureau, à savoir : un président et deux vice-présidents ; cette élection a lieu chaque année à la première session tenue au cours de ladite année. Les membres du bureau exercent leurs fonctions jusqu'à ce que leurs successeurs soient élus. Le Président n'est pas rééligible avant l'expiration d'un délai de deux ans à dater du moment où il cesse d'exercer ses fonctions.

Article 11

Outre l'exercice des pouvoirs qui lui sont conférés en vertu d'autres dispositions du présent Règlement, le Président ouvre et lève chaque séance du Comité, dirige les débats, assure l'observation du présent Règlement, donne la parole, met les questions aux voix et proclame les décisions. Il statue sur les motions d'ordre et, sous réserve des dispositions du présent Règlement, règle les débats à chaque séance et y assure le maintien de l'ordre. Le Président peut proposer au Comité, au cours de la discussion d'une question, la limitation du temps de parole ou la clôture de la liste des orateurs.

Article 12

Si le Président est absent d'une session ou d'une séance ou d'une partie de session ou de séance, il délègue la présidence à l'un des vice-présidents.

Si le Président n'est pas en mesure de procéder à cette désignation, le Comité désigne un des vice-présidents pour présider la session ou la séance.

Si ni le Président, ni les vice-présidents ne sont à même d'assurer la présidence d'une session ou d'une séance, le Comité désigne un vice-président supplémentaire par intérim pour assurer l'intérim.

Article 13

Si, pour une raison quelconque, le Président n'est pas en mesure de remplir son mandat jusqu'à son terme, l'un des vice-présidents l'exerce à sa place pour la durée du mandat qui reste à courir. L'ordre dans lequel il sera fait appel aux vice-présidents est fixé par tirage au sort à la session où l'élection a eu lieu.

Article 14

Le Président, ou le Vice-Président agissant en qualité de Président, ne prend pas part au scrutin, mais, si nécessaire, il peut charger un autre représentant ou suppléant de sa délégation d'agir en qualité de représentant de son gouvernement.

VI. RAPPORTEURS

Article 15

Le Comité élit un ou plusieurs rapporteurs dont les fonctions sont de préparer et de présenter le rapport des séances du Comité.

VII. SOUS-COMITÉS DU COMITÉ

Article 16

Le Comité peut établir tels sous-comités qu'il juge nécessaires pour étude et rapport de toute question qui figure à son ordre du jour.

Le Comité examine de temps à autre et, en tout cas, au moins une fois par an, s'il convient de maintenir tout sous-comité établi sous son autorité.

VIII. SECRÉTARIAT

Article 17

Le Directeur régional est le Secrétaire du Comité et de l'une quelconque de ses subdivisions. Il peut déléguer ces fonctions.

Article 18

Le Directeur régional fait rapport au Comité sur les répercussions éventuelles d'ordre technique, administratif et financier de toutes les questions à l'ordre du jour du Comité.

Article 19

Le Directeur régional ou un membre du Secrétariat qu'il désigne peut, en tout temps, présenter des exposés, soit oraux, soit écrits, concernant toute question à l'étude.

Article 20

Le Secrétariat, en étroite collaboration avec les rapporteurs et d'autres représentants des États Membres, prépare le rapport final du Comité aussitôt que possible et au plus tard 60 jours après la clôture de la session du Comité.

Le rapport final du Comité est communiqué aux États Membres dans les trois langues de travail, pour adoption. Les représentants informent le Secrétariat, par écrit, de toute correction qu'ils désirent apporter au rapport final et cela dans un délai qui sera indiqué par le Directeur régional, compte tenu des circonstances.

Article 21

Toutes les résolutions, recommandations et autres décisions importantes du Comité sont communiquées par le Directeur régional aux représentants et à tous les Membres et Membres associés de la Région, ainsi qu'au Directeur général.

IX. LANGUES

Article 22

L'anglais, le français et le portugais sont les langues de travail du Comité.

Article 23

Les discours prononcés dans l'une des langues de travail sont interprétés dans les autres langues de travail, et également en espagnol si un Membre ou un Membre associé le demande suffisamment à temps avant la session du Comité régional. Il en sera de même pour l'interprétation dans les langues de travail de discours prononcés en espagnol.

Article 24

Tout représentant peut prendre la parole en une langue autre que les langues de travail. En pareil cas, il lui incombe d'assurer l'interprétation dans l'une des langues de travail. L'interprétation dans les autres langues de travail par les interprètes du Secrétariat peut s'effectuer d'après l'interprétation donnée dans la première langue de travail.

Article 25

Toutes les résolutions, recommandations et autres décisions importantes du Comité sont établies dans les langues de travail.

X. CONDUITE DES DÉBATS

Article 26

Le quorum est constitué par la majorité des États Membres représentés à la session.

Article 27

Aucun représentant ne peut prendre la parole devant le Comité sans avoir au préalable obtenu l'autorisation du Président. Le Président donne la parole aux orateurs dans l'ordre où ils l'ont demandée. Le Président peut rappeler à l'ordre un orateur dont les remarques n'ont pas trait au sujet en discussion.

Article 28

Tout représentant peut à tout moment demander à son suppléant, désigné conformément à l'article 3, de prendre la parole et de voter en son nom sur toute question. En outre, le Président peut, à la demande d'un représentant ou de son suppléant, donner la parole à un conseiller, mais sans droit de vote, sur un point particulier.

Article 29

Au cours de la discussion de toute question, un membre peut soulever une motion d'ordre. Le Président prend alors une décision immédiate à son sujet. Un représentant peut faire appel de la décision prise par le Président ; dans ce cas, l'appel interjeté est aussitôt mis aux voix. Un représentant qui soulève un point d'ordre ne peut aborder le fond de la question en discussion, mais doit s'en tenir au point d'ordre.

Article 30

Au cours des débats, le Président peut donner connaissance de la liste des orateurs inscrits et, avec le consentement du Comité, la déclarer close. Il peut, toutefois, autoriser tout représentant à répliquer, si un exposé fait après la clôture de la liste devait, de l'avis du Président, rendre cette réplique désirable.

Article 31

Au cours de la discussion de toute question, un représentant peut demander la suspension ou l'ajournement de la séance. Ces motions ne sont pas discutées, mais sont immédiatement mises aux voix.

Aux fins du présent Règlement, l'expression « suspension de la séance » signifie l'interruption temporaire du travail de ladite séance ; l'expression « ajournement de la séance » signifie la cessation de tout travail jusqu'à ce qu'une nouvelle séance soit convoquée.

Article 32

Au cours de la discussion de toute question, un représentant peut demander l'ajournement du débat concernant le point de l'ordre du jour discuté. Outre l'auteur de la proposition, un orateur peut parler en faveur et un autre contre celle-ci ; la motion d'ajournement du débat est ensuite mise aux voix immédiatement.

Article 33

Un représentant peut, à tout moment, demander la clôture du débat sur le point de l'ordre du jour en discussion, même si d'autres représentants ont manifesté le désir de prendre la parole. Si la parole est demandée pour s'opposer à la clôture, elle ne peut être accordée qu'à deux orateurs seulement ; la motion est ensuite mise aux voix immédiatement. Si le Comité se prononce en faveur de la clôture, le Président déclare le débat clos.

Le Comité vote alors uniquement sur la ou les propositions introduites avant ladite clôture.

Article 34

À l'exception des motions d'ordre, les motions ci-dessous mentionnées auront le pas, dans l'ordre ci-après établi, sur toutes autres propositions ou motions présentées au cours d'une séance :

- a) celles tendant à la suspension de la séance ;
- b) celles tendant à l'ajournement de la séance ;
- c) celles tendant à l'ajournement du débat sur le point de l'ordre du jour en discussion ; et
- d) celles tendant à la clôture du débat sur le point de l'ordre du jour en discussion.

Article 35

Sous réserve des dispositions de l'article 34, toute motion tendant à ce qu'il soit statué sur la compétence du Comité d'adopter une proposition qui lui est présentée est mise aux voix avant le vote sur la proposition en cause.

Article 36

Tout représentant peut demander que des parties d'une proposition ou d'un amendement soient mises aux voix séparément. S'il est fait objection à la demande de division, la motion de division est mise aux voix. L'autorisation de prendre la parole au sujet de la motion de division n'est accordée qu'à deux orateurs pour et deux orateurs contre. Si la motion de division est acceptée, les parties de la proposition ou de l'amendement, adoptées séparément, sont ensuite mises aux voix en bloc. Si toutes les parties du dispositif d'une proposition ou d'un amendement ont été repoussées, la proposition ou l'amendement est considéré comme repoussé dans son ensemble.

Article 37

Lorsqu'un amendement à une proposition est présenté, le vote a lieu d'abord sur l'amendement. Lorsque deux ou plusieurs amendements à une proposition sont en présence, le Comité vote d'abord sur celui que le Président estime s'éloigner le plus, quant au fond, de la proposition initiale. Il vote ensuite sur l'amendement qui, après celui-ci, s'éloigne le plus de ladite proposition, et ainsi de suite jusqu'à ce que tous les amendements aient été mis aux voix. Toutefois, quand l'adoption d'un amendement implique nécessairement le rejet d'un autre amendement, ce dernier n'est pas mis aux voix. Si un ou plusieurs amendements sont adoptés, la proposition amendée est alors mise aux voix. Si un amendement à une proposition a été accepté par l'auteur de la proposition initiale, cet amendement est considéré comme faisant partie intégrante de ladite proposition initiale et ne fait pas l'objet d'un vote distinct.

Une motion est considérée comme un amendement à une proposition si elle constitue simplement une adjonction, une suppression ou une révision d'une partie de la proposition. Une motion qui comporte un texte à substituer à une proposition constitue elle-même une proposition.

Article 38

Lorsque deux ou plusieurs propositions sont en présence, le Comité, sauf s'il en décide autrement, vote sur les propositions selon l'ordre dans lequel elles ont été distribuées à l'ensemble des délégations, à moins que l'un des votes déjà acquis ne rende inutile tout autre scrutin sur la ou les propositions encore pendantes.

Article 39

Avant le commencement d'un vote la concernant, une motion peut être, à tout moment, retirée par son auteur, à la condition que la motion n'ait pas été amendée, ou, si elle a été amendée, que l'auteur de l'amendement en accepte lui-même le retrait. Une motion ainsi retirée peut être présentée à nouveau par tout représentant.

Article 40

Une proposition adoptée ou repoussée ne peut être réexaminée au cours de la même session, à moins que le Comité n'en décide ainsi à la majorité des deux tiers des représentants présents et votants. L'autorisation de prendre la parole sur une motion de réexamen n'est accordée qu'à deux orateurs qui la combattent ; après quoi, la motion est immédiatement mise aux voix.

Article 41

Le Président peut, à tout moment, demander qu'une proposition, une motion, une résolution ou un amendement soit appuyé.

XI. VOTE

Article 42

Chaque représentant habilité à voter dispose d'une voix. Aux fins du présent Règlement, l'expression « représentants présents et votants » s'entend des représentants votant valablement pour ou contre. Les représentants qui s'abstiennent de voter sont considérés comme non votants. Lors d'un scrutin secret, tous les votes non valides doivent être indiqués comme tels au Comité et comptés comme abstentions.

Article 43

Sauf dispositions contraires contenues dans la Constitution de l'OMS ou décidées par l'Assemblée de la Santé, ou figurant dans le présent Règlement, les décisions du Comité sont prises à la majorité des représentants présents et votants.

Article 44

Lorsque les voix sont également partagées sur une question autre qu'une élection, la proposition relative à cette question est considérée comme n'ayant pas été adoptée.

Article 45

Le Comité vote normalement à main levée, à moins qu'un représentant ne demande un vote enregistré. Lorsqu'il dispose d'un système électronique adéquat, le Comité peut décider de procéder à un vote en vertu du présent article par des moyens électroniques.

Lorsque le Comité procède à un vote enregistré sans utiliser de moyens électroniques, le vote se déroule par appel nominal, qui a lieu dans l'ordre alphabétique anglais des noms des Membres. Dans le cas d'un vote par appel nominal, le nom du Membre qui vote le premier est choisi par tirage au sort.

Article 46

Le vote ou l'abstention de chaque représentant prenant part à un vote par appel nominal est consigné au procès-verbal.

Article 47

À partir du moment où le Président a annoncé que le scrutin commence, aucun représentant ne peut interrompre le scrutin, sauf s'il s'agit d'une motion d'ordre ayant trait à la manière dont s'effectue le scrutin en question.

Article 48

Les élections ont normalement lieu au scrutin secret. Toutefois, sauf en ce qui concerne la désignation du Directeur régional, il n'est pas nécessaire de procéder à un vote si le nombre de candidats aux postes électifs est inférieur au nombre de postes à pourvoir et, en pareil cas, les candidats seront déclarés élus. Lorsqu'un vote est nécessaire, deux scrutateurs choisis par le Président parmi les représentants participent au dépouillement du scrutin. La désignation du Directeur régional se fait au scrutin secret conformément à l'article 52.

Article 49

Outre les cas prévus par d'autres dispositions du présent Règlement, le Comité peut voter au scrutin secret sur toute question, exception faite des questions budgétaires, s'il en décide ainsi au préalable à la majorité des représentants présents et votants.

La décision du Comité sur la question de savoir si le vote a lieu ou non au scrutin secret ne peut être prise qu'à main levée ; si le Comité a décidé de voter au scrutin secret sur une question donnée, aucun autre mode de scrutin ne peut être demandé ou ordonné.

Une motion sur un scrutin secret a priorité sur d'autres motions mises aux voix.

Article 50

Sous réserve des dispositions de l'article 52, lorsqu'il y a lieu de pourvoir un seul poste vacant par voie d'élection et qu'aucun des candidats ne recueille au premier tour une majorité des votes émis par les représentants qui ont droit de vote, il est procédé à un second tour de scrutin, mais le vote ne porte plus que sur les deux candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix ; si les deux candidats recueillent le même nombre de voix à ce second tour, le Président décide entre les candidats en tirant au sort.

Article 51

Lorsqu'il y a lieu de pourvoir à la vacance de deux ou plusieurs postes par voie d'élection, simultanément et dans les mêmes conditions, les candidats qui, au premier tour, obtiennent la majorité requise sont élus. Si le nombre de candidats obtenant cette majorité est inférieur au nombre des postes qui doivent être pourvus, il est procédé à de nouveaux tours de scrutin, afin de pourvoir les postes encore vacants ; le vote ne portera plus alors que sur les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix au tour de scrutin précédent, ces candidats ne devant pas être en nombre supérieur au double de celui des postes qui restent à pourvoir.

Article 52

1. Au moins six mois avant la date fixée pour l'ouverture d'une session du Comité au cours de laquelle doit être désigné un Directeur régional, le Directeur général informe les États Membres qu'ils pourront proposer des personnes en vue de la désignation pour le poste de Directeur régional par le Comité. Le Directeur général joint le code de conduite relatif à la désignation du Directeur régional aux informations envoyées aux États Membres et attire leur attention sur la nécessité d'honorer et de respecter les dispositions contenues dans ledit code.
2. Tout État Membre peut proposer pour le poste de Directeur régional une personne justifiant des qualifications et de l'expérience requises, ayant une formation médicale, citoyenne de cet État, et dont il communique le curriculum vitae et toute autre information pertinente (déclaration énonçant la vision, les priorités et les stratégies du candidat) dans un document n'excédant pas 2000 mots. Ces propositions sont adressées au Directeur général, y compris sous format électronique, de façon à lui parvenir au Siège de l'Organisation, à Genève (Suisse), douze semaines au moins avant la date fixée pour l'ouverture de la session.
3. Si le Directeur régional en fonction est disponible et éligible pour un nouveau mandat conformément aux dispositions de l'article 48 du Règlement intérieur du Comité, le Directeur général en informe chacun des États Membres au moment où il les invite à proposer des noms de candidats au poste de Directeur régional. Dans ces conditions, le nom du

- Directeur régional en fonction est soumis automatiquement au Comité et n'a pas besoin d'être proposé par un État Membre.
4. Dix semaines au moins avant la date fixée pour l'ouverture de la session du Comité, le Directeur général fait parvenir sous pli confidentiel à chacun des Membres une copie de toutes les propositions en vue de la désignation du Directeur régional qu'il a reçues dans les délais prescrits (avec les curriculum vitae et tout autre documentation s'y référant).
 5. Si le Directeur général n'a reçu aucune proposition suffisamment à temps pour la transmettre aux États Membres conformément aux dispositions du présent article, les États Membres en sont informés dix semaines au moins avant l'ouverture de la session du Comité. Le Comité établit lui-même une liste de candidats comprenant les noms des personnes proposées secrètement par les représentants présents et votants.
 6. Si le Directeur général reçoit plus de cinq candidatures dans les délais prescrits au paragraphe 2 du présent article, le Comité établit une liste restreinte de cinq candidats lors d'une séance à huis clos, au début de sa session. À cet effet, le Comité se prononce au scrutin secret, et les cinq candidats qui obtiennent le plus grand nombre de voix sont inclus dans la liste restreinte. En cas d'égalité des voix entre deux ou plusieurs personnes de sorte que plus de cinq personnes sont identifiées pour être inscrites sur la liste restreinte, de nouveaux tours de scrutin sont organisés entre les personnes à égalité de voix, et les personnes qui reçoivent le plus grand nombre de voix occupent la ou les places restantes sur la liste restreinte.
 7. Les candidats dont il est fait référence au paragraphe 2 ou 3 du présent article, ou, pour le cas où le paragraphe 6 s'applique, les candidats inscrits sur la liste restreinte sont auditionnés par le Comité. L'entrevue consiste en un exposé fait par chacun des candidats retenus qui doit en outre répondre aux questions des membres du Comité. Le Comité détermine, s'il y a lieu, les modalités des entrevues.
 8. La désignation du Directeur régional a lieu au cours d'une séance à huis clos du Comité. Le Comité effectue au scrutin secret une sélection parmi les personnes mentionnées au paragraphe 2 ou au paragraphe 3 du présent article, ou, au cas où le paragraphe 6 s'applique, les personnes qui sont inscrites sur la liste restreinte, en procédant comme suit :
 - a) chaque représentant habilité à voter inscrit sur son bulletin de vote le nom d'un seul candidat choisi parmi les noms des personnes proposées ;
 - b) le candidat ayant obtenu, lors d'un scrutin, la majorité requise est déclaré désigné ;
 - c) si, lors d'un tour de scrutin, aucun candidat n'obtient la majorité requise, le candidat qui a recueilli le moins de voix est éliminé ;
 - d) lorsqu'il n'y a plus que deux candidats, il ne peut être procédé qu'à trois autres tours de scrutin ; dans l'éventualité où ces deux candidats resteraient à égalité de voix après le troisième tour de scrutin, la procédure établie par le présent article sera reprise, à partir de la liste restreinte des candidats.
 9. Le nom de la personne ainsi désignée est communiqué au cours d'une séance publique du Comité régional et soumis au Conseil exécutif.
 10. Le Directeur régional est nommé pour un mandat de cinq ans et ne peut être nommé qu'une seule fois, pour un second mandat.
 11. Si le Directeur régional est dans l'impossibilité de remplir ses fonctions ou si son poste devient vacant avant le terme de son mandat, le Comité désigne une personne pour le poste de Directeur régional à sa prochaine session, sous réserve du respect des autres dispositions du présent article. Si les autres dispositions de cet article ne peuvent être respectées, le Comité prend une décision, à sa session suivante ou lors d'une session extraordinaire, en vue de désigner une personne et de communiquer son nom au Conseil exécutif aussitôt que

possible. Dans l'intervalle, le Directeur général désigne un Directeur régional par intérim jusqu'à ce qu'un nouveau Directeur régional puisse être nommé.

XII. SUSPENSION ET AMENDEMENT DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Article 53

Sous réserve des dispositions de la Constitution de l'OMS, tout article du présent Règlement peut être suspendu par le Comité, à condition que la proposition de suspension ait été remise au Président au moins 48 heures avant l'ouverture de la séance au cours de laquelle cette proposition doit être présentée, et communiquée par ses soins aux représentants 24 heures avant ladite séance. Toutefois, si, sur avis du Président, le Comité est unanimement en faveur de la proposition présentée, celle-ci peut être alors adoptée immédiatement et sans préavis.

Article 54

Tous amendements ou toutes additions au présent Règlement peuvent être adoptés par le Comité, à condition que le Comité ait été saisi, par un sous-comité compétent ou par le Directeur régional, d'un rapport les concernant et après examen de ce rapport.

XIII. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 55

Le Comité peut, à sa discrétion, appliquer tout article du Règlement intérieur de l'Assemblée de la Santé ou du Conseil exécutif de l'Organisation qui lui paraît répondre à des circonstances particulières pour lesquelles il n'existe pas de dispositions dans le présent Règlement.