

REUNION VIRTUELLE

SOIXANTE ET ONZIÈME SESSION
DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS
POUR L'AFRIQUE, 24-26 AOÛT 2021

RAPPORT FINAL



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'
Afrique

REUNION VIRTUELLE

**SOIXANTE ET ONZIÈME SESSION
DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS
POUR L'AFRIQUE, 24-26 AOÛT 2021**

RAPPORT FINAL

**ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
BUREAU RÉGIONAL DE L'AFRIQUE
BRAZZAVILLE • 2021**

Rapport de la soixante et onzième session du Comité régional de l’OMS pour l’Afrique

AFR/RC71/15

© Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique 2021

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d’utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l’œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l’œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l’utilisation qui sera faite de l’œuvre, quelle qu’elle soit, il ne devra pas être suggéré que l’OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L’utilisation de l’emblème de l’OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d’ajouter la clause de non-responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n’a pas été établie par l’Organisation mondiale de la Santé (OMS). L’OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l’exactitude de la présente traduction. L’édition originale anglaise est l’édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l’Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée. Rapport de la soixante et onzième session du Comité régional de l’OMS pour l’Afrique. Brazzaville : Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique ; 2021. Licence : [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](#).

Catalogage à la source. Disponible à l’adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l’OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d’un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d’obtenir cette permission du titulaire du droit d’auteur. L’utilisateur s’expose seul au risque de plaintes résultant d’une infraction au droit d’auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non-responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n’impliquent de la part de l’OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d’une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l’objet d’un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l’OMS, de préférence à d’autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu’il s’agit d’un nom déposé.

L’Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l’interprétation et de l’utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l’OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Conçu et imprimé au Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique, Brazzaville, Congo

SOMMAIRE

PAGE

ACRONYMES ET SIGLES	vi
---------------------------	----

PARTIE I

DÉCISIONS DE PROCÉDURE

Décision 1	Procédures spéciales régissant la conduite des séances virtuelles de la session du Comité régional	1
Décision 2	Élection du président, des vice-présidents et des rapporteurs de la soixante et onzième session du Comité régional	1
Décision 3	Pouvoirs	2
Décision 4	Remplacement de membres du Sous-Comité du Programme	2
Décision 5	Désignation des États Membres de la Région africaine devant siéger au Conseil exécutif	2
Décision 6	Méthode de travail et durée de la Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la santé	3
Décision 7	Désignation des représentants de la Région africaine au Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine, Membre de catégorie 2 du Comité d'orientation et de coordination (PCC)	3
Décision 8	Projet d'ordre du jour provisoire, lieu et dates de la soixante-douzième session du Comité régional	4
Décision 9	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	4

PARTIE II

PARAGRAPHES

Ouverture de la session.....	1-21
Organisation des travaux.....	22-24
Élection du président, des vice-présidents et des rapporteurs	22
Adoption de l'ordre du jour et du programme de travail.....	23
Rapport sur la vérification des pouvoirs.....	24
Intervention du président du Sous-Comité du Programme	25-26
Rapport annuel de la Directrice régionale sur les activités de l'OMS dans la Région africaine	27-69
Sixième rapport de situation sur la mise en œuvre du Programme de transformation du Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine (Document AFR/RC71/4)	70-72
Budget programme de l'OMS 2022-2023 (Document AFR/RC71/5)	73-81
Cadre pour une riposte multisectorielle intégrée à la tuberculose, à l'infection à VIH, aux infections sexuellement transmissibles et à l'hépatite dans la Région africaine de l'OMS (Document AFR/RC71/6).....	82-85
Cadre pour la mise en œuvre du programme de vaccination 2030 dans la Région africaine de l'OMS (Document AFR/RC71/7).....	86-92
Cadre pour la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour vaincre la méningite d'ici à 2030 dans la Région africaine de l'OMS (Document AFR/RC71/8).....	93-96
Cadre pour la mise en œuvre de la Stratégie mondiale visant à accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique dans la Région africaine de l'OMS (Document AFR/RC71/9).....	97-100
Cadre pour la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour la santé numérique dans la Région africaine de l'OMS (Document AFR/RC71/10).....	101-106
Cadre pour l'élargissement de l'accès aux technologies d'assistance dans la Région africaine de l'OMS (Document AFR/RC71/11)	107-111
Cadre pour la mise en œuvre des mesures prioritaires définies dans le plan d'action mondial de la Décennie du vieillissement en bonne santé 2021-2030 dans la Région africaine (Document AFR/RC71/12)	112-115

Cadre pour le renforcement de l'utilisation des bases factuelles, de l'information et de la recherche pour la prise de décisions dans la Région africaine (Document AFR/RC71/13)	116-119
Documents d'information	120
Projet d'ordre du jour provisoire, lieu et dates de la soixante-douzième session du Comité régional (Document AFR/RC71/14).....	121
Adoption du rapport du Comité régional (Document AFR/RC71/15)	122
Clôture de la soixante et onzième session du Comité régional	123-126
Manifestation spéciale sur la poliomyélite : le point sur les activités de riposte aux flambées épidémiques et sur la planification de la transition pour la poliomyélite dans la Région africaine.....	127-133
Manifestation spéciale consacrée à la riposte à la COVID-19 dans la Région africaine de l'OMS	134-160

ANNEXES

PAGES

Procédures spéciales régissant la conduite des séances virtuelles de la session du Comité régional	53
Liste des participants	56
Ordre du jour	77

ACRONYMES ET SIGLES

CF	Contributions fixées
AMA	Agence africaine du médicament
ARCC	Commission régionale africaine de certification de l'éradication de la poliomyélite
AVAREF	Forum africain pour la réglementation des vaccins
AVAT	Fonds africain pour l'acquisition des vaccins
PVDVc2	poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2
PEV	programme élargi de vaccination
EVIPNet	Réseau pour des politiques inspirées de bases factuelles
Gavi	Gavi, l'Alliance du vaccin
Fonds mondial treizième PGT	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme Treizième programme général de travail de l'OMS, 2019-2023
RSI	Règlement sanitaire international (2005)
GIPR	Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie
VPOm2	vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 2
MNT	maladies non transmissibles
VPOn2	nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2
MTN	maladies tropicales négligées
SSP	soins de santé primaires
RCCE	communication sur les risques et participation communautaire
EIR	Equipes d'intervention rapide
ODD	objectifs de développement durable
TB	tuberculose
IST	infections sexuellement transmissibles
CSU	couverture sanitaire universelle
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
WGPR	Groupe de travail des États Membres sur le renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux situations d'urgence sanitaire
WGSF	Groupe de travail sur le financement durable
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OMS/AFRO	Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique

PARTIE I

DÉCISIONS DE PROCÉDURE

DÉCISIONS DE PROCÉDURE

Décision 1 Procédures spéciales régissant la conduite des séances virtuelles de la session du Comité régional

La soixante et onzième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique,

1. A ADOPTÉ les procédures spéciales régissant la tenue des séances virtuelles de la session du Comité régional, telles qu'elles figurent à l'annexe 1 de la présente décision ; et
2. A DÉCIDÉ que lesdites procédures spéciales s'appliquent à la soixante et onzième session du Comité régional de l'Afrique qui s'est tenue du 24 au 26 août 2021.

Décision 2 Élection du président, des vice-présidents et des rapporteurs de la soixante et onzième session du Comité régional

Conformément aux articles 10 et 15 du Règlement intérieur du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, la soixante et onzième session du Comité régional a élu à l'unanimité le bureau de sa soixante et onzième session, comme suit :

Président :	Prof. Moustafa Mijiyawa, Ministre de la santé, Togo.
Premier vice-président :	M. Edwin Dikoloti, Ministre de la santé et du bien-être, Botswana.
Deuxième vice-président :	M. Edgar Manuel Azevedo Agostinho das Neves, Ministre de la santé, Sao Tomé-et-Principe.
Rapporteurs :	M^{me} Peggy Vidot, Ministre de la santé, Seychelles (pour l'anglais). M. Pierre Somse, Ministre de la santé et de la population, République centrafricaine (pour le français). D^r Arlindo Nascimento do Rosário, Ministre de la santé, Cabo Verde (pour le portugais).

Décision 3 Pouvoirs

Sur la base des rapports établis par les présidents de la soixante-dixième et de la soixante et onzième sessions du Comité régional qui, conformément au paragraphe 11 des Procédures spéciales régissant la conduite des séances virtuelles de la session du Comité régional, ont évalué les pouvoirs soumis par voie électronique par les États Membres en application des dispositions contenues au paragraphe 10 desdites Procédures spéciales, le Comité régional a reconnu la validité des pouvoirs présentés par les représentants des 47 États Membres suivants : Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

Décision 4 Remplacement de membres du Sous-Comité du Programme

Le mandat de Cabo Verde, des Comores, de la Côte d'Ivoire, de la Guinée équatoriale, du Lesotho et du Tchad au sein du Sous-Comité du Programme a expiré à la clôture de la soixante et onzième session du Comité régional de l'Afrique. Il a donc été proposé que ces pays soient remplacés au sein du Sous-Comité du Programme par l'Afrique du Sud, la Mauritanie, le Niger, l'Ouganda, les Seychelles et le Soudan du Sud. La composition complète du Sous-Comité du Programme se présente donc ainsi qu'il suit :

Sous-région I	Sous-région II	Sous-région III
1. Gambie (2019-2022)	7. Congo (2019-2022)	13. Malawi (2019-2022)
2. Guinée (2019-2022)	8. République démocratique du Congo (2019-2022)	14. Maurice (2019-2022)
3. Libéria (2020-2023)	9. République centrafricaine (2020-2023)	15. Mozambique (2020-2023)
4. Mali (2020-2023)	10. Érythrée (2020-2023)	16. Namibie (2020-2023)
5. Mauritanie (2021-2024)	11. Soudan du Sud (2021-2024)	17. Seychelles (2021-2024)
6. Niger (2021-2024)	12. Ouganda (2021-2024)	18. Afrique du Sud (2021-2024)

Décision 5 Désignation des États Membres de la Région africaine devant siéger au Conseil exécutif

Le mandat du Burkina Faso et du Kenya au sein du Conseil exécutif expire à la clôture de la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la santé, en mai 2022.

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 mondiale de la Santé pour siéger au Conseil exécutif, il est décidé ce qui suit :

- a) **L'Éthiopie et le Sénégal** sont désignés pour remplacer le Burkina Faso et le Kenya au Conseil exécutif à compter de la cent cinquante et unième session, en mai 2022, immédiatement après la Soixante-Quinzième 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
Ghana (2020-2023)	Rwanda (2021-2024)	Botswana (2020-2023)
Guinée-Bissau (2020-2023)	Éthiopie (2022-2025)	Madagascar (2020-2023)
Sénégal (2022-2025)		

- b) Le Botswana est désigné pour siéger en qualité de **rapporteur du Conseil exécutif** à compter de la cent cinquante et unième session du Conseil exécutif.
- c) **L'Éthiopie** est désignée pour remplacer le Ghana comme membre du Comité du programme, du budget et de l'administration (PBAC) à compter de la cent cinquante et unième session du Conseil exécutif. L'Éthiopie et Madagascar représenteront donc la Région africaine au sein du PBAC.
- d) **Le Rwanda** est désigné pour remplacer le Burkina Faso au sein du Groupe de sélection du Prix Nelson Mandela pour la promotion de la santé à compter de la cent cinquante et unième session du Conseil exécutif.

Décision 6 Méthode de travail et durée de la Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la santé

Vice-président de l'Assemblée mondiale de la santé

Il est proposé que le président de la soixante et onzième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique soit désigné pour occuper le poste de Vice-président de la Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la santé.

Commissions principales de l'Assemblée

- a) Le Nigéria occupera le poste de vice-président de la Commission B ;
- b) L'Angola, le Bénin, le Burkina Faso, le Cameroun et le Congo siégeront à la Commission générale ;
et
- c) Eswatini, la Sierra Leone et le Tchad siégeront à la Commission de vérification des pouvoirs.

Décision 7 Désignation des représentants de la Région africaine au Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine (HRP), Membre de catégorie 2 du Comité d'orientation et de coordination (PCC)

Le mandat du Niger et du Nigéria au sein du Comité d'orientation et de coordination expire le 31 décembre 2021. Sur la base de l'ordre alphabétique anglais, il est décidé que le Niger et le Nigéria seront remplacés

par le Sénégal et les Seychelles pour une période de trois ans, avec effet à compter du 1^{er} janvier 2022, jusqu'au 31 décembre 2024. Le Sénégal et les Seychelles se joindront ainsi au Rwanda et à Sao Tomé-et-Principe qui siègent au Comité d'orientation et de coordination.

Décision 8 Projet d'ordre du jour provisoire, lieu et dates de la soixante-douzième session du Comité régional

La soixante et onzième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a décidé que la soixante-douzième session du Comité régional se tiendra à Lomé (Togo) du 22 au 26 août 2022. Le Comité a examiné et adopté l'ordre du jour provisoire de sa soixante-douzième session.

Décision 9 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

La soixante et onzième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a approuvé la procédure d'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, comme cela est indiqué à l'annexe du Document AFR/RC71/2.

PARTIE II

RAPPORT DU
COMITÉ RÉGIONAL

OUVERTURE DE LA SESSION

1. La soixante et onzième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a été officiellement ouverte le mardi 24 août 2021 par Son Excellence **Victoire Tomegah Dogbé**, Première Ministre du Togo, au nom de Son Excellence **Faure Essozimna Gnassingbé**, Président de la République du Togo. Étaient présents à l'ouverture de la réunion : les ministres de la santé et chefs de délégation des États Membres de la Région africaine ; le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général de l'OMS ; la D^e Matshidiso Moeti, Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique ; des membres du corps diplomatique ; des représentants d'États Membres d'autres Régions de l'OMS ; des représentants d'institutions du système des Nations Unies et d'organisations non gouvernementales ; et une représentante de la Commission de l'Union africaine. Le Professeur Moustafa Mijiyawa, Ministre togolais de la santé, de l'hygiène publique et de l'accès universel aux soins de santé, a souhaité aux délégations des États Membres la bienvenue à la soixante et onzième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, que le Togo avait le plaisir d'accueillir en ligne à cause de la pandémie actuelle de COVID-19. Le Professeur Mijiyawa a exprimé l'espoir que la prochaine session se tiendra en présentiel à Lomé lorsque la situation sanitaire mondiale va s'améliorer.

2. Le Ministre togolais de la santé a salué les mesures que le gouvernement togolais a prises sous l'impulsion du chef de l'État et le souci constant du Président de la République d'assurer le bien-être de tous les Togolais, en particulier des groupes de population les plus vulnérables. Cette préoccupation a été prise en compte, entre autres, par la création d'un portefeuille ministériel dédié à l'accès universel aux soins de santé. Il a félicité le Directeur général de l'OMS et la Directrice régionale pour l'appui technique multiforme apporté au Togo, y compris dans la gestion des défis posés par les flambées épidémiques. Le Professeur Mijiyawa a expliqué que le Togo avait le privilège d'accueillir l'école régionale de l'OMS pour la formation en santé publique, qui dispense une formation aux professionnels de la santé de niveau intermédiaire. Par un arrêté conjoint pris par les Ministres de la santé et de l'enseignement supérieur, l'école a été élevée jusqu'au niveau du premier cycle universitaire, de sorte qu'elle a été intégrée à la Faculté des sciences dans le cadre de la réforme de l'enseignement supérieur au Togo.

3. Le Ministre a terminé son propos en félicitant la présidente sortante du Comité régional, M^{me} Jacqueline Lydia Mikolo, et le vice-président de la soixante-dixième session du Comité régional, le Dr Benjamin Hounkpatin, pour la constance avec laquelle ils ont conduit les travaux du Comité régional et le doigté avec lequel ils ont dirigé le Comité au cours des deux dernières années.

4. **Le Dr Benjamin Hounkpatin, Ministre béninois de la santé et premier vice-président de la soixante-dixième session** du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, a fait observer que la réunion se tenait dans un contexte très particulier marqué par la pandémie de COVID-19 qui n'a épargné aucun pays et continue d'évoluer d'une vague à l'autre, certaines plus mortelles que d'autres, surtout avec la recrudescence du variant Delta [[AFR-RC71-CONF.DOC-2](#)]. Le Ministre béninois de la santé a encouragé tous les pays à renforcer leurs stratégies de riposte intégrées et concertées afin qu'ensemble, et aussi rapidement que possible, ils puissent endiguer la propagation du virus dévastateur. Le Dr Hounkpatin a salué

toutes les initiatives prises par l'OMS, l'Union africaine et le mécanisme COVAX pour faciliter un accès équitable aux vaccins et au programme de vaccination contre la COVID-19, singulièrement pour les pays de la Région africaine. Il a souligné que la crise liée à la COVID-19 a démontré l'utilité des technologies de l'information et de la communication dans la gestion des situations d'urgence sanitaire, y compris le revers de la médaille que représentent la désinformation ou les fausses nouvelles qui ont compliqué la riposte. Le Ministre a exprimé la nécessité que cette thématique fasse l'objet d'une réflexion approfondie au cours des délibérations des États Membres, afin que les pays puissent rechercher des solutions appropriées pour lutter contre l'infodémie et la réticence face à la vaccination.

5. Le Ministre de la santé a exhorté les autres États Membres à tirer des enseignements des expériences de la Région dans la gestion de la crise liée à la COVID-19 et à s'efforcer d'améliorer la capacité collective à riposter aux menaces sanitaires internationales et aux situations d'urgence de portée internationale, afin de garantir une meilleure protection des populations. Le Ministre béninois de la santé a rappelé aux participants que la lutte contre la pandémie de COVID-19 ne doit pas permettre aux pays de perdre de vue les défis qui nous attendent, notamment la résurgence dans plusieurs pays de la Région d'épidémies telles que les flambées de maladie à virus Marburg et de maladie à virus Ebola, ainsi que d'autres situations d'urgence. Pour conclure son propos, le Ministre a remercié la D^{re} Moeti, Directrice régionale, pour son leadership et sa ténacité dans la coordination de l'action commune de la Région, et l'a assurée de son soutien continu.

6. La lecture de l'allocation préparée par la Commissaire aux Affaires sociales de l'Union africaine a été donnée par la **D^{re} Margaret Agama-Anyetei, cheffe de la Division de la santé, de la population et de la nutrition à la Commission des Affaires sociales de l'Union africaine** [\[AFR-RC71-CONF.DOC-3\]](#). La D^{re} Agama-Anyetei a souligné l'initiative du Fonds africain pour l'acquisition des vaccins (AVAT) de l'Union africaine, qui a été lancée pour faciliter l'acquisition des vaccins contre la COVID-19, offrant au continent une occasion unique en son genre de tenir ses promesses, notant que les premiers lots de vaccins ont été livrés aux pays au cours du mois d'août. La représentante de la Commission de l'Union africaine a porté à l'attention du Comité que 22 États Membres avaient signé le Traité de l'Agence africaine du médicament (AMA) qui entrera en vigueur dès réception des instruments de ratification d'au moins 15 États Membres de l'Union africaine. La D^{re} Agama-Anyetei a indiqué que les consultations pour la désignation du pays hôte du Secrétariat de l'AMA étaient en cours. La représentante de la Commission de l'Union africaine a conclu son allocution en soulignant les inégalités qui continuent de miner la santé aux niveaux régional et mondial, en particulier dans la lutte contre la COVID-19.

7. **La D^{re} Matshidiso Moeti, Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique**, a souhaité la bienvenue à toutes les délégations à la soixante et onzième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique [\[AFR-RC71-CONF.DOC-4\]](#). La Directrice régionale a exprimé sa sincère gratitude à Son Excellence Monsieur Faure Essozimna Gnassingbé et au peuple togolais pour l'honneur fait à l'OMS et pour l'accueil de cette session du Comité régional en ligne. La D^{re} Moeti a remercié le Ministre de la santé et le Gouvernement de la République du Togo pour leur participation active aux préparatifs de la session du Comité régional. Elle a également remercié les vice-présidents de la soixante-dixième session du Comité régional, à savoir le

Professeur Benjamin Hounkpatin, Ministre de la santé de la République du Bénin, et la D^{re} Lia Tadesse, Ministre de la santé de la République d'Éthiopie, pour le leadership et le dévouement dont ils ont fait montre lors des préparatifs des réunions des organes directeurs.

8. La Directrice régionale a félicité les gouvernements africains pour leur engagement indéfectible en faveur de la riposte à la pandémie de COVID-19, sous l'impulsion des chefs d'État et de gouvernement, et pour la poursuite des interventions visant à répondre à d'autres priorités pour consolider les gains acquis de haute lutte au fil des ans. La Directrice régionale a relevé que même si 44 millions de doses de vaccin anti-COVID-19 ont été livrées aux États Membres africains au 30 juin 2021 grâce à l'appui du Dispositif d'accélération de l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19 (Accélérateur ACT) et du mécanisme COVAX, ce chiffre ne représente qu'une faible proportion des vaccins dont le continent a besoin. La D^{re} Moeti a regretté profondément les retards et les difficultés observés dans le respect des accords, qui s'expliquent par des facteurs imprévus liés au déroulement de la pandémie. La Directrice régionale a porté à l'attention des participants que l'OMS s'emploie activement, aux niveaux régional et mondial, à promouvoir de toute urgence un plus grand partage de doses et un plus grand transfert de technologies. Elle a souligné que les États Membres doivent veiller à ce que les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires soient disponibles à l'avance pour permettre la vaccination des populations à l'arrivée des expéditions de vaccins, afin de réduire le gaspillage de doses de vaccins.

9. La D^{re} Moeti a accueilli favorablement la création récente d'une plateforme de transfert de technologie des vaccins à base d'ARN messenger en Afrique du Sud, en soulignant parallèlement la nécessité d'élargir ces travaux pour répondre aux besoins en matière de vaccins au sens large. Elle a exhorté les ministres à plaider pour que les entreprises et les gouvernements puissent produire des vaccins et partagent les technologies et les connaissances de fabrication avec les pays qui en ont le plus besoin. En outre, la D^{re} Moeti a invité les États Membres à lutter contre les inégalités, qui sont exacerbées par des politiques telles que les restrictions à la circulation et aux voyages des citoyens provenant de continents qui n'ont pas pu bénéficier d'un accès équitable à des vaccins d'importance vitale faute d'équité dans les systèmes d'approvisionnement mondiaux. La Directrice régionale a fait remarquer que la pandémie de COVID-19 est à la fois une opportunité et un avertissement brutal de la nécessité de repenser les systèmes qui renforcent les injustices et d'investir davantage dans l'édification d'un monde plus sain et plus juste. La D^{re} Moeti a souligné que la pandémie a déclenché chez les États Membres une dynamique en faveur de l'élaboration d'un traité sur la pandémie aux fins duquel la communauté internationale s'engage à investir dans la préparation. La Directrice régionale a noté que le traité permettrait aux États Membres de s'acquitter de leurs obligations en vertu du Règlement sanitaire international. Elle a ajouté, compte tenu du fait que la Région africaine est confrontée chaque année à plus de flambées que toute autre Région de l'OMS, qu'il est primordial que les perspectives africaines soient mises en avant dans ces négociations.

10. La Directrice régionale a félicité le Togo et la Côte d'Ivoire pour l'élimination de la trypanosomiase humaine africaine au cours de l'année écoulée, tout comme la Gambie qui a réussi à éliminer le trachome en tant que problème de santé publique. La Directrice régionale a relevé qu'un an après l'étape décisive de l'élimination du poliovirus sauvage dans la Région, près de 100 millions d'enfants ont été vaccinés depuis la

reprise des campagnes en juillet 2020, après une pause due aux restrictions imposées au titre des efforts de riposte à la COVID-19. La D^{re} Moeti a félicité la Guinée et la République démocratique du Congo qui ont rapidement et habilement endigué les flambées épidémiques de maladie à virus Ebola, la Guinée ayant lancé une riposte complète dès la notification du premier cas de maladie à virus Marburg en Afrique de l'Ouest et ayant rapidement endigué une flambée de fièvre de Lassa. La Directrice régionale a réitéré la nécessité d'accroître la résilience et de se préparer à répondre à la prochaine menace en adoptant des approches et des investissements qui facilitent une action rapide en cas de chocs extérieurs tout en renforçant les capacités locales. Cependant, elle a reconnu les défis importants que pose la hiérarchisation des priorités dans l'affectation des fonds, dans un contexte marqué par de nombreuses priorités concurrentes, le financement provenant de sources extérieures décidant souvent de l'orientation à donner.

11. La Directrice régionale a porté à l'attention du Comité que le Secrétariat travaille plus largement à imaginer de nouvelles stratégies de lutte contre les maladies prioritaires, en tirant les leçons de la riposte multisectorielle à la COVID-19 que l'ensemble de la société a mise en place et en utilisant les soins de santé primaires comme stratégie clé. La D^{re} Moeti a indiqué que le Secrétariat s'oriente vers des approches plus intégrées, comme cela est mis en évidence dans le cadre régional pour une riposte multisectorielle intégrée à la tuberculose, à l'infection à VIH, aux infections sexuellement transmissibles et à l'hépatite. La D^{re} Moeti a souligné qu'il est aussi impératif de consentir plus d'investissements pour la disponibilité des données et des informations qui façonnent les politiques et les décisions, y compris en utilisant la technologie et en explorant les mégadonnées, tout en veillant à ce que la mise en œuvre des interventions soit guidée par des spécialistes et s'accompagne d'un suivi pour l'assurance de la qualité et les résultats. La Directrice régionale a souligné que, dans le cadre de la transformation de l'OMS, le Secrétariat ne cesse de s'adapter pour fournir un meilleur appui dans les domaines mis en évidence, en renforçant les capacités des bureaux de pays pour donner suite aux recommandations des États Membres qui visent à recentrer l'action de l'OMS sur les pays. Cependant, pour résorber le déficit de financement actuel concernant le personnel, des équipes d'affectation multipays sont en cours de déploiement à titre transitoire afin de permettre aux États Membres d'accéder facilement à l'appui technique fourni par l'OMS dans tous les différents secteurs de programme.

12. La D^{re} Moeti a félicité les chefs d'État de la Région pour l'établissement au niveau continental du traité de l'Agence africaine du médicament, une initiative qui permettra d'élargir l'accès à des produits médicaux de qualité, sûrs et efficaces, essentiels pour lutter contre les menaces sanitaires. Pour conclure son propos, la Directrice régionale a indiqué qu'au cours de l'année à venir, la riposte à la pandémie de COVID-19, en particulier le déploiement des vaccins, restera un élément central de l'action du Secrétariat et des États Membres. La Directrice régionale a estimé que ces deux problématiques devraient être abordées dans le cadre de l'édification de systèmes de santé solides et résilients, et en fin de compte pour parvenir à la couverture sanitaire universelle.

13. Le D^r Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général de l'OMS, s'est fait l'écho des sentiments de regret exprimés par d'autres orateurs, à savoir que, pour la deuxième année consécutive, les membres du Comité régional n'avaient pas pu se réunir en présentiel [[AFR-RC71-CONF.DOC-5](#)]. Le Directeur régional a rappelé que quand il a pris la parole devant le Comité régional en 2020, la Région africaine venait d'être

confrontée à sa première grande vague de cas et de décès dus à la COVID-19. Le Directeur général a rappelé que quand il a pris la parole devant le Comité régional en 2020, la Région africaine venait d'être confrontée à sa première grande vague de cas et de décès dus à la COVID-19. Depuis lors, la Région a dû affronter deux vagues nouvelles, chacune pire que la précédente, avec plus de 5,4 millions de cas et près de 130 000 décès enregistrés.

14. Le Directeur général a souligné que l'OMS continue de préconiser une approche globale, en recourant régulièrement aux mesures sociales et de santé publique adaptées à la situation, ainsi qu'à la vaccination sur des bases équitables. Le Dr Tedros a expliqué qu'il y a un an le monde était encore dans l'expectative, espérant qu'un vaccin sûr et efficace serait mis au point et que, s'il l'était, il serait alors disponible équitablement pour tous les pays. Même si l'espoir a été comblé avec la mise au point de plusieurs vaccins sûrs et efficaces et leur homologation en un temps record, ce qui a offert au monde la perspective réelle de pouvoir maîtriser la pandémie, il n'en reste pas moins vrai que la distribution des vaccins n'a pas été équitable. Le Directeur général a confirmé que plus de 4,8 milliards de doses de vaccins avaient été administrées dans le monde, mais que seuls 87 millions l'avaient été dans la Région africaine – soit moins de 2 % du total mondial. On compte 140 pays qui avaient vacciné au moins 10 % de leur population, mais quatre seulement y étaient parvenus sur notre continent en raison de la disparité choquante qui caractérise l'accès aux vaccins. Le Directeur général a souligné que les cibles mondiales de l'OMS consistent à aider chaque pays à vacciner au moins 10 % de sa population d'ici à la fin septembre et 40 % au moins d'ici à la fin de 2021, ainsi qu'à vacciner 70 % de la population de la planète d'ici au milieu de 2022. L'OMS et ses partenaires avaient tout mis en œuvre pour trouver les moyens d'accroître la production au maximum et le plus rapidement possible, et plus de 44 millions de doses ont été distribuées à 40 pays de la Région africaine grâce au mécanisme COVAX. L'objectif est de livrer, grâce au COVAX, près de 475 millions de doses aux pays de la Région d'ici à la fin de 2021.

15. Le Directeur général de l'OMS a pris note et s'est félicité du Fonds africain pour l'acquisition de vaccins de l'Union africaine, estimant que ce fonds vient en complément du COVAX pour la réalisation des objectifs de l'OMS. Il s'est également félicité des progrès accomplis dans la production de vaccins en Afrique, grâce à la récente mise en place d'un pôle de transfert de technologie pour les vaccins à ARNm en Afrique du Sud. Le Directeur général a averti que la crise vaccinale illustre bien la faiblesse fondamentale qui sous-tend la pandémie, à savoir l'absence d'une solidarité et d'un partage mondiaux – et singulièrement le manque de partage des informations, des données, des échantillons biologiques, des ressources, des technologies et des outils. Il a souligné avec emphase que l'idée d'un traité international ou d'un autre instrument juridique fait son chemin et qu'un consensus se dessine en vue d'une meilleure coopération internationale pour détecter les épidémies et les pandémies et aussi de la préparation et de la riposte pour y faire face. Le Dr Tedros a souligné que tous les États Membres africains se doivent d'investir en faveur de cette initiative d'importance.

16. Le Directeur général a informé les participants que l'OMS reste également engagée à poursuivre les études scientifiques pour comprendre les origines de la pandémie de COVID-19 avec l'annonce récente d'une proposition de création d'un groupe consultatif scientifique international permanent sur les origines des

nouveaux agents pathogènes, qui offrirait un moyen plus systématique d'identifier la source de nouvelles flambées. Le projet de mandat a été communiqué la semaine précédente aux États Membres, et l'OMS a lancé un appel pour que des experts rejoignent le groupe consultatif ; les experts africains ont été encouragés à postuler. Le Directeur général a souligné que le groupe consultatif ne se limitera pas aux travaux de la prochaine étape des enquêtes sur les origines du SARS-CoV-2 ; il s'agit d'une initiative à long terme pour appuyer les enquêtes sur les origines de tous les agents pathogènes émergents futurs, sachant que la COVID-19 ne représente qu'un des problèmes parmi d'autres auxquels les pays doivent faire face.

17. Le Directeur général a relevé qu'il y a un an que la Région africaine de l'OMS a été certifiée exempte de poliovirus sauvage et a averti que la COVID-19 a remis en cause cette réalisation parce que des millions d'enfants n'ont pu être vaccinés contre la poliomyélite et d'autres maladies évitables à cause des perturbations consécutives à la pandémie qui ont affecté les services de santé essentiels au cours de l'année écoulée. Il a souligné la nécessité pour les États Membres de réfléchir à l'importance d'une approche intégrée et multisectorielle pour lutter contre la tuberculose, le VIH, les infections sexuellement transmissibles et l'hépatite alors qu'ils délibèrent sur tout l'éventail des défis à relever dans la Région, qu'il s'agisse du vieillissement, de la vaccination, du cancer du col de l'utérus ou de la méningite.

18. Le Directeur général a rappelé aux participants que l'Organisation s'est vu confier un mandat mondial qui est unique en son genre et sa portée, que sa légitimité mondiale le sont tout autant, et qu'il faut donc éviter de créer des institutions et des structures concurrentes. Il a souligné pour que l'OMS soit forte, il faut relever le défi du financement durable auquel l'institution est depuis longtemps confrontée, et que des solutions doivent être trouvées aux problèmes mis en évidence étant entendu que seulement 16 % des fonds de l'OMS sont issus des contributions fixées. Après ajustement pour tenir compte de l'inflation, les contributions fixées de l'OMS représentent actuellement 340 millions de dollars de moins qu'en 1980, les autres fonds, soit environ 80 %, étant à objet désigné. Ce déséquilibre fait en quelque sorte de l'OMS un sous-traitant des donateurs, ce qui signifie que le Secrétariat n'est pas en mesure d'assurer une programmation à long terme au niveau des pays comme il le devrait pour faire face aux principaux problèmes de santé. Cela signifie aussi que l'OMS a une culture de trop forte dépendance à l'égard de consultants et de contrats temporaires, ce qui est déstabilisant pour le personnel et rend difficile la formation et la fidélisation des experts dont elle a besoin pour remplir son mandat. Le Directeur général a souligné l'occasion historique que la création du Groupe de travail sur le financement durable aux États Membres de placer le financement de l'Organisation sur de nouveaux rails et il a vivement incité les pays à saisir cette occasion.

19. Pour terminer son propos, le Directeur général a réitéré la détermination de l'OMS à continuer d'appuyer la riposte de chacun des pays de la Région à la pandémie et à mieux construire pour l'avenir. Enfin, il a formulé les trois demandes spécifiques suivantes : 1) que les États Membres s'engagent à rester fidèles jusqu'au bout aux mesures sociales et de santé publique qui ont fait leurs preuves, adaptées au contexte de chaque pays, avec l'appui de l'OMS ; 2) que les États Membres appuient l'idée d'un traité ou d'un autre instrument international sur la préparation et la riposte à la pandémie ; et 3) qu'ils continuent à plaider et à soutenir la proposition visant à édifier une OMS plus forte, dotée des pouvoirs nécessaires et d'un financement durable.

20. Dans le discours qu'elle a prononcé à l'ouverture de la soixante et onzième session du Comité régional, Son Excellence Victoire Tomegah Dogbé, Première Ministre du Togo représentant le Président de la République Faure Gnassingbé, a souhaité une chaleureuse bienvenue aux délégués à la session virtuelle tout en déplorant le coût humain et matériel de la pandémie actuelle de COVID-19 [[AFR-RC71-CONF.DOC-6](#)]. La Première Ministre a évoqué la riposte du Togo à la pandémie, qui comprenait une approche holistique et un pilier de la vaccination. La Première Ministre a félicité les chefs d'État africains pour la création du Fonds africain pour l'acquisition des vaccins, tout en appelant à inclure la lutte contre les médicaments de qualité inférieure et falsifiés dans toutes les initiatives en faveur de la santé.

21. La Première Ministre a rappelé l'importance cruciale des ressources humaines qualifiées et salué le rôle de facilitateur et de catalyseur joué par l'OMS pour lancer et promouvoir des initiatives de formation aux ressources humaines, grâce à son appui technique constant et multidimensionnel. Elle s'est dite confiante dans l'expertise et la détermination des délégués à aborder toutes les problématiques importantes de santé publique qui interpellent le continent, et a déclaré ouverte la soixante et onzième session du Comité régional.

ORGANISATION DES TRAVAUX

Élection du président, des vice-présidents et des rapporteurs

22. Après la présentation des procédures spéciales régissant la conduite des séances virtuelles de la session du Comité régional, et en vertu des dispositions de l'article 10 du Règlement intérieur du Comité régional de l'Afrique et de la résolution AFR/RC40/R1, le Comité régional a élu à l'unanimité son président, ses vice-présidents et ses rapporteurs. La décision 2 présente la composition détaillée du bureau de la soixante et onzième session du Comité régional.

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

23. Le **Professeur Moustafa Mijiyawa**, président de la soixante et onzième session du Comité régional et Ministre togolais de la santé, a présenté l'ordre du jour provisoire [[AFR/RC71/1](#)] et le programme de travail provisoire annoté [[AFR/RC71/1 Add.1](#)]. Ces deux documents ont été adoptés en tenant compte du fait que les *questions liées aux décisions et résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé doivent être examinées au titre du point 9 de l'ordre du jour* (qui est devenu le point 8 de l'ordre du jour adopté), *ainsi que pendant la manifestation spéciale consacrée à la riposte à la COVID-19*. Le Comité régional a adopté l'horaire de travail suivant : de 9 h 00 à 17 h 00, avec une pause de 60 minutes dans l'après-midi.

Rapport sur la vérification des pouvoirs

24. Sur la base des rapports établis par les présidents de la soixante-dixième et de la soixante et onzième sessions du Comité régional qui, conformément au paragraphe 11 des Procédures spéciales régissant la conduite des séances virtuelles de la session du Comité régional, ont évalué les pouvoirs soumis

par voie électronique par les États Membres en application des dispositions contenues au paragraphe 10 desdites Procédures spéciales, le Comité régional a reconnu la validité des pouvoirs présentés par les représentants des 47 États Membres suivants : Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

INTERVENTION DU PRÉSIDENT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME

(Document AFR/RC71/2)

25. Dans son intervention devant la soixante et onzième session du Comité régional, le président du Sous-Comité du Programme, le D^r Cherif Baharadine (de la République du Tchad), (assisté du vice-président du Sous-Comité du Programme, le D^r Mustapha Bittaye, de la Gambie), a indiqué que le Sous-Comité du Programme s'est réuni dans le cadre d'une session virtuelle les 14 et 15 juin 2021. Le Sous-Comité du Programme a étudié neuf documents portant sur des questions de santé publique d'intérêt régional et les a recommandés à l'examen de la soixante et onzième session du Comité régional. Les délégués du Comité régional ont félicité le Sous-Comité du Programme pour le travail accompli et le Secrétariat pour la qualité des documents présentés. Le Comité régional a relevé que des synergies et une collaboration renforcées s'avèrent nécessaires pour mettre en œuvre les diverses questions clés de santé publique qui ont été soulevées. Le Comité régional a également souligné la nécessité d'accroître les investissements, en particulier dans les domaines où la Région reste à la traîne, notamment en ce qui concerne l'utilisation des données factuelles, l'information et la recherche pour l'élaboration des politiques, ainsi que pour ce qui a trait au vieillissement en bonne santé et à la santé numérique.

26. Le Comité régional a examiné et adopté les propositions formulées par le Sous-Comité du Programme relativement à la désignation d'États Membres devant siéger dans les conseils et comités qui requièrent une représentation de la Région africaine. Les membres du Comité régional ont également adopté la procédure d'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, conformément aux recommandations formulées par le Sous-comité du Programme.

Combattre la COVID-19 et les autres crises

30. Pour soutenir les autorités nationales en ligne de front contre la pandémie de COVID-19, l'OMS reste en état d'alerte, prête à la riposte. En réponse aux perturbations dans la chaîne d'approvisionnement mondiale, d'énormes quantités de produits essentiels ont été fournies aux pays africains via le portail d'approvisionnement des Nations Unies, placé sous la coordination de l'OMS. Les capacités de diagnostic et de soins cliniques ont été considérablement renforcées et des centaines de milliers d'agents de santé ont été formés dans les principaux axes d'intervention.

31. Si le déploiement des vaccins contre la COVID-19 a accusé un retard à cause des inégalités qui subsistent entre les pays dans le monde, les pays qui n'avaient pas encore reçu des doses de vaccin ont néanmoins mis à contribution le temps d'attente pour planifier et préparer minutieusement leurs campagnes de vaccination. Ainsi, plusieurs pays ont pu prendre de l'avance et utiliser rapidement les doses de vaccin dès leur livraison. Jusqu'à présent, plus de 65 millions de doses de vaccin ont été expédiées vers le continent africain, dont 25 millions par le canal du mécanisme COVAX. Plus de 50 millions de doses de vaccin ont été administrées dans les pays africains.

32. La COVID-19 est l'une des 50 urgences de santé publique auxquelles l'OMS s'est efforcée de remédier aux côtés des pays, en déployant plus de 2000 experts. À titre d'exemple, des flambées épidémiques ont été maîtrisées rapidement en Guinée et en République démocratique du Congo, où l'expérience acquise au cours des épidémies passées a été mise à profit. Le déploiement de la vaccination dans les meilleurs délais a ainsi permis de sauver d'innombrables vies. Un soutien a aussi été apporté aux communautés vulnérables touchées par des crises humanitaires dans le nord de l'Éthiopie et au Mozambique. Dans le même ordre d'idée, nous avons investi sans relâche dans les capacités de préparation pour les mettre en conformité avec les prescriptions du Règlement sanitaire international, qui englobent le renforcement de la surveillance intégrée des maladies et la riposte (SIMR). Pour répondre à la demande massive d'informations servant à détecter les événements sanitaires aigus et à éclairer les opérations de riposte, des approches flexibles ont été utilisées, tout comme de nouveaux outils et les partenariats avec des institutions universitaires ont été mis à contribution.

Principales avancées de la riposte à la COVID-19 dans la Région africaine

33. Quatre-vingt-dix-sept millions d'articles d'équipement de protection individuelle, 31 millions de tests de laboratoire et 3850 concentrateurs d'oxygène ont été déployés dans les États Membres par le canal du portail d'approvisionnement des Nations Unies. Cinquante et une nouvelles unités de production d'oxygène ont été créées (l'on est ainsi passé de 68 à 119 unités de production d'oxygène). Au total, 790 laboratoires réalisant des tests de dépistage de la COVID-19 sont opérationnels dans la Région africaine. Plus de 200 000 agents de santé ont participé aux webinaires de formation organisés par l'OMS sur la riposte à la COVID-19. Quinze États Membres ont reçu des équipes médicales d'urgence internationales pour renforcer leurs capacités de prise en charge des cas. Neuf cents membres du personnel de l'OMS ont été réaffectés à la riposte à la COVID-19 et 300 experts ont été déployés dans les pays.

Réaffirmer l'importance de mettre en place des systèmes de santé résilients

34. La perturbation des services essentiels et les obstacles à l'accès aux soins de qualité compromettent les progrès accomplis dans les domaines d'intervention prioritaires. L'OMS a soutenu les activités mises en œuvre par les pays pour surveiller l'accès aux services et leur utilisation et accompagné la concrétisation d'une série de mesures visant à surmonter ces obstacles. De façon générale, nous avons fourni aux pays des orientations sur la mise en œuvre d'approches intégrées susceptibles d'améliorer l'efficacité et la qualité des services dont les communautés ont besoin à toutes les étapes de la vie.

35. Le Groupe consultatif technique régional sur la santé reproductive et la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent a été lancé en novembre 2020 pour accélérer la prévention des décès chez la mère et l'enfant. Le bilan d'une campagne de promotion complète de l'éducation sexuelle en Afrique de l'Est et en Afrique australe a fait ressortir qu'après six ans de mise en œuvre, l'initiative avait permis d'accroître la volonté politique, de mobiliser les jeunes et de réduire les nouvelles infections par le VIH chez les jeunes au cours des dernières années. Le nombre de décès d'enfants de moins de cinq ans a baissé dans la Région africaine, où l'on est passé de 83 décès d'enfants de moins de cinq ans pour 1000 naissances vivantes en 2015 à 74 décès d'enfants de moins de cinq ans pour 1000 naissances vivantes en 2019. Cependant, le taux moyen annuel de réduction de 3 % reste bien inférieur aux 10 % requis pour atteindre la cible des objectifs de développement durable fixée à 25 décès d'enfants de moins de cinq ans pour 1000 naissances vivantes dans tous les pays.

36. Les pays ont investi dans l'élargissement de l'accès à des produits médicaux dont la qualité est garantie, notamment grâce à l'initiative de mise en commun des marchés publics pour les petits États insulaires en développement. La dynamique en faveur de la production locale s'est rapidement amplifiée. La prévalence des médicaments de qualité inférieure et falsifiés est mieux connue et la recherche clinique sur les médicaments traditionnels s'est intensifiée.

37. Pour compenser les exigences considérables qui ont été imposées aux agents de santé en première ligne pendant la pandémie, certains pays ont offert à leur personnel des incitations, telles que la souscription d'une police d'assurance et le paiement d'indemnités de transport. Les analyses du marché du travail dans le secteur de la santé et l'établissement de comptes des personnels de santé font partie des stratégies utilisées pour éclairer les efforts visant à remédier durablement aux pénuries de personnel. En Namibie et dans d'autres pays, des allocations supplémentaires ont été consenties dans les budgets du secteur de la santé aux fins du recrutement. Grâce à la production de données factuelles et à l'utilisation d'outils d'évaluation des coûts, l'OMS a également soutenu les efforts déployés par les pays pour réaffecter des fonds aux opérations de riposte à la COVID-19 et élargir l'espace budgétaire alloué à la santé.

Prévention et maîtrise des maladies

38. Les vaccins font partie des outils qui présentent le meilleur rapport coût-efficacité pour protéger la santé publique. Grâce au Forum africain pour la réglementation des vaccins (AVAREF), les délais de livraison ont été raccourcis pour que ces produits qui sauvent des vies puissent être fournis à temps aux personnes

qui en ont besoin. Cependant, la couverture de la vaccination systématique continue de poser problème dans la Région ; en effet, elle stagne dans une fourchette comprise entre 70 % et 75 % depuis 10 ans. Si l'on en juge par les immenses progrès accomplis dans l'introduction des vaccins contre la rubéole (au-delà de l'objectif fixé en 2020 pour la Région) et les efforts remarquables déployés par les pays afin d'intensifier les campagnes de vaccination supplémentaires après les interruptions dues à la COVID-19, la couverture de la vaccination systématique devrait pouvoir s'améliorer à condition d'accroître les investissements dans ce sens. Cela devrait constituer une priorité, de façon à ce que chaque enfant soit protégé contre les maladies à prévention vaccinale. Trente pays ont introduit les vaccins à valence rubéole, dépassant la cible régionale fixée pour 2020 à 25 pays.

39. Quatre-vingt pour cent des personnes vivant avec le VIH dans la Région africaine connaissent désormais leur statut sérologique et 70 % de ces personnes sont placées sous un traitement antirétroviral qui leur sauve la vie. L'incidence de la tuberculose a reculé de 16 % entre 2015 et 2019, mais beaucoup reste à faire pour élargir l'accès au dépistage de cette maladie. Le Rwanda et l'Ouganda ont mis en place des programmes gratuits de dépistage et de traitement de l'hépatite, et d'autres pays amorcent des projets pilotes dans cette même voie.

40. La Région continue de supporter 94 % de la charge mondiale de paludisme et, dans l'ensemble, n'a pas atteint les objectifs fixés pour 2020 en ce qui concerne l'élimination de cette maladie. Il faudra donc investir et innover de toute urgence pour éviter les centaines de milliers de décès dus au paludisme qui surviennent chaque année dans les pays africains.

41. Grâce au Projet spécial élargi pour l'élimination des maladies tropicales négligées (ESPEN), plus de 221 millions de comprimés de médicaments reçus en donation ont été livrés aux communautés touchées par ces maladies invalidantes. Les pays progressent sur la voie de l'élimination de maladies tropicales négligées telles que la trypanosomiase humaine africaine et le trachome. Le nombre de cas de dracunculose a chuté de 39 à 11 cas entre juillet 2020 et juin 2021, par rapport à la même période l'année précédente, avec une baisse de 50 % entre 2019 et 2020, où l'on est passé de 54 à 27 cas.

42. Vingt-trois pays utilisent l'ensemble OMS d'interventions essentielles pour lutter contre les maladies non transmissibles dans le cadre des soins de santé primaires en milieu à faibles ressources et guide technique pour la prise en charge des maladies cardiovasculaires dans le cadre des soins de santé primaires (HEARTS). Dix pays ont intensifié le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus.

Promouvoir l'équité et améliorer le bien-être

43. Les groupes vulnérables, tels que les ménages à faible revenu, les femmes, les jeunes, les personnes âgées, les minorités ethniques et les personnes handicapées, subissent de plein fouet les conséquences économiques et sociales des crises sanitaires. Les analyses des inégalités en matière de santé réalisées dans 20 États Membres ont permis de renforcer la capacité des pays à surveiller ces disparités et à y remédier. Ainsi, en réponse à l'augmentation de la violence à l'égard des femmes pendant la pandémie,

l'OMS a fourni des orientations politiques aux pays et formé des travailleurs de première ligne. Cent cinquante agents en santé en première ligne et administrateurs de programmes issus de 11 pays ont bénéficié d'une formation dans le domaine de l'intégration des services de lutte contre la violence sexiste dans le cadre des soins de santé sexuelle et reproductive.

44. La COVID-19 a été l'occasion de réaffirmer le besoin d'agir dans tous les secteurs et d'impliquer toutes les parties prenantes pour faire progresser la santé. Un programme de collaboration avec l'Université de Pretoria a abouti à l'élaboration de modules sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques. Ces modules, en cours d'adaptation et de déploiement dans quatre universités africaines, permettront aux futurs experts en santé publique de prendre conscience de l'utilité des approches mobilisant l'ensemble de la société. En vue d'améliorer l'adhésion aux mesures de prévention de la COVID-19, une série d'outils ont été mis au point et des observations sont régulièrement recueillies auprès du grand public pour ajuster et affiner les messages sur la santé.

45. Des projets dans les domaines de la lutte contre le changement climatique et de la santé sont mis en œuvre dans les pays pour améliorer les systèmes d'alerte précoce et de surveillance des maladies sensibles au climat et élaborer des plans de gestion de la sécurité sanitaire de l'eau résilients au climat. Un appui a été fourni à Maurice en temps utile pour évaluer les risques environnementaux induits par une marée noire en juillet 2020. Au Ghana, des évaluations de la pollution atmosphérique ont débouché sur un rapport sur les conséquences sanitaires et économiques des interventions dans le domaine des transports dans la capitale, Accra.

46. Si le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel est en vigueur depuis 40 ans, il n'en demeure pas moins que seuls 13 pays de la Région africaine ont intégré l'ensemble des dispositions du Code dans leur législation nationale. Au cours de l'année écoulée, l'OMS a apporté son appui au Kenya, au Nigéria et au Burkina Faso dans cette tâche ardue qui se heurte à l'ingérence de l'industrie. Dans l'ensemble, le dépistage de l'émaciation chez les enfants de moins de cinq ans a augmenté de 5 % entre 2019 et 2020 dans la sous-région regroupant l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe, une hausse qui s'explique en partie par les activités de sensibilisation et de soutien menées par les partenaires pour la mise en œuvre de directives techniques visant à maintenir les services pendant la pandémie.

47. En 2020, l'OMS a déployé des efforts pour améliorer la sécurité sanitaire des aliments sur les marchés dans les pays africains, et des projets sont actuellement menés à titre expérimental au Mali et au Sénégal. Au Burkina Faso et en Guinée, des campagnes d'éducation ont été menées à l'intention de 162 entreprises du secteur alimentaire.

48. L'appui aux activités de lutte contre les facteurs de risque des maladies non transmissibles a également été renforcé. Le Tchad, la Gambie et la Mauritanie ont adopté des réglementations exigeant l'application de mises en garde graphiques sur les paquets de cigarettes, et le Burkina Faso a publié un décret interdisant la vente de produits du tabac et d'alcool dans un périmètre de 400 mètres autour des établissements scolaires aux heures de classe. Plusieurs États Membres ont mis à jour leurs lignes

directrices nationales sur l'activité physique afin d'intégrer les données récentes ; par ailleurs, le Kenya étudie quelles mesures devraient être prises en priorité pour prévenir les maladies non transmissibles liées à la nutrition. En vue d'améliorer la sécurité routière, en particulier pour les groupes vulnérables tels que les piétons, l'OMS s'est associée à l'Initiative Bloomberg pour soutenir le renforcement des législations concernant la sécurité routière dans cinq pays.

Interventions intégrées et innovations pour la santé

49. Dans des domaines transversaux tels que l'innovation, la santé numérique, la recherche, les laboratoires, l'information sanitaire, les soins de santé primaires et la résistance aux antimicrobiens, l'OMS dispose d'une équipe spécialisée qui fournit un appui intégré dans les secteurs de programme techniques.

50. Une base de données recensant plus de 1000 innovations technologiques aux fins de la lutte contre la COVID-19 a été créée, avec pour vocation d'élargir l'accès aux informations sur les nouvelles approches et les nouveaux outils pour que les pays puissent les adapter et les utiliser à plus grande échelle. Le Kenya, la Namibie et le Rwanda ont commencé à préparer la mise en place de plateformes de santé numérique dans le cadre du renforcement des systèmes d'information. Le Comité consultatif africain pour la recherche et le développement en santé a prêté assistance à de jeunes scientifiques originaires de 20 pays pour la rédaction de publications scientifiques portant sur la couverture sanitaire universelle et les objectifs de développement durable.

51. Les capacités de diagnostic de la COVID-19 ont été renforcées rapidement en 2020. En effet, l'Afrique du Sud et le Sénégal étaient les seuls pays capables de diagnostiquer cette maladie au début de la pandémie, mais les 47 pays de la Région avaient acquis la capacité de diagnostic de la COVID-19 quelques mois après la notification des premiers cas. Quatre pays ont introduit le test PCR pour la toute première fois, avec le concours de l'OMS. À présent, des tests de diagnostic rapide de détection des antigènes dotés d'une bonne fiabilité ont été mis au point : nous invitons donc les pays à élargir l'accès à ces outils faciles à utiliser. Dans le cadre de leur collaboration, l'OMS et le Centre africain de prévention et de contrôle des maladies (CDC-Afrique) ont lancé le réseau des laboratoires de séquençage du génome de la COVID-19 et soutiennent les activités visant la mise en place rapide des capacités de surveillance génétique à travers le continent.

52. Un travail considérable a été accompli dans les domaines des données et de l'utilisation des informations. Afin de mieux surveiller les perturbations des services de santé et l'utilisation de ces services par la population pendant la pandémie, un tableau de bord régional a été créé. Utilisé par 27 pays, ce tableau rapporte les données de près de 7000 établissements de santé. Les lacunes en matière de surveillance de la mortalité et d'enregistrement des actes et des statistiques d'état civil, qui ont été mises en évidence au cours de l'année écoulée, sont en train d'être comblées grâce à l'élaboration de feuilles de route, à l'organisation de formations et à l'intégration de l'utilisation de certificats médicaux électroniques attestant la cause de décès. Les soins de santé primaires ont un rôle essentiel à jouer dans l'instauration de la couverture sanitaire universelle. Par conséquent, des pays tels que l'Afrique du Sud, Eswatini et le Botswana ont

redoublé d'efforts au niveau des districts pour améliorer la qualité des soins dispensés dans les communautés.

53. Des analyses des protocoles nationaux de prise en charge clinique de la COVID-19 dans les pays africains ont révélé que la plus grande partie de ces protocoles recommandaient l'utilisation d'antibiotiques. En réponse, l'OMS a intensifié ses efforts de sensibilisation pour mettre en exergue les dangers de la résistance aux antimicrobiens et présenter les principaux moyens de la prévenir, tels que la prescription d'un traitement reposant sur des bases factuelles.

Vers une meilleure communication, coordination et prestation de services

54. Face à l'explosion de la demande publique d'informations sur la COVID-19, l'OMS a organisé des conférences de presse hebdomadaires, réalisé plus de 600 interventions dans les médias et accru rapidement sa présence sur les réseaux sociaux. Des efforts concertés sont déployés pour lutter contre la désinformation, notamment par l'action de l'Alliance pour la riposte à l'infodémie en Afrique (AIRA) et de l'initiative « Viral Facts », toutes deux lancées au cours de l'année écoulée.

55. Les partenariats avec l'Union africaine, le CDC-Afrique, les communautés économiques régionales, la Banque africaine de développement et d'autres institutions du système des Nations Unies ont été renforcés dans le cadre d'approches communes. De nouveaux partenaires du secteur privé ont également joué un rôle important dans le soutien de la riposte à la COVID-19.

56. Les efforts visant à garantir que les bureaux de l'OMS dans les pays disposent de ressources suffisantes se sont poursuivis avec l'appui d'un groupe de partenaires spécialisés. Cette démarche a abouti au recrutement de 22 gestionnaires de programme, de 22 chargés des relations extérieures et des partenariats et de 31 membres du personnel chargés de la politique, de la planification et de la coordination sanitaires au niveau des pays. À titre transitoire, des équipes d'affectation multipays sont en cours de déploiement pour résorber le déficit de financement actuel concernant le personnel, de façon à ce que les États Membres puissent accéder facilement à l'appui technique fourni par l'OMS. Le Secrétariat a renforcé le leadership au niveau des pays en donnant aux Représentants de l'OMS les moyens de fixer les priorités, de coordonner l'action et de servir d'intermédiaires en matière de santé, notamment en participant à la réforme des Nations Unies et au dialogue sur les politiques à mener.

Assurer une gestion rationnelle des ressources

57. Le budget programme 2020-2021 approuvé par l'OMS pour la Région africaine s'élève à 992,3 millions de dollars É.-U. Pour évaluer l'efficacité de façon transparente et standardisée, l'approche dite du « tableau de bord prospectif pour les produits » a été adoptée.

58. En 2021, la parité hommes-femmes a été atteinte au sein de l'équipe de direction de l'OMS dans la Région pour la première fois de l'histoire et, grâce à l'initiative Africa Women Health Champions (une initiative en faveur des jeunes championnes de la santé en Afrique), 40 jeunes femmes ont été recrutées pour former

la prochaine génération des responsables de la santé. Le nombre de volontaires des Nations Unies participant aux activités de l'OMS dans la Région africaine a plus que doublé depuis 2019, passant de 60 volontaires des Nations Unies en 2019 à 125 volontaires des Nations Unies en 2021.

59. À la suite d'accusations faisant état de cas d'exploitation et d'abus sexuels commis par des membres du personnel de l'OMS lors de la riposte à la dixième flambée épidémique de maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo, une commission indépendante a été créée au niveau mondial et des initiatives ont été lancées pour faire connaître la politique de tolérance zéro de l'OMS à l'égard de toutes les formes de harcèlement et améliorer l'application de cette politique.

60. Afin de mieux protéger l'Organisation contre les risques liés à l'utilisation de paiements en espèces sur le terrain, le déploiement de l'argent mobile a été accéléré. Plus de 100 000 agents de la campagne de lutte contre la poliomyélite ont ainsi été rémunérés par voie de paiement numérique en Afrique de l'Ouest. En République démocratique du Congo, 80 000 travailleurs ont été inscrits dans une base de données nationale afin de faciliter les futurs paiements numériques.

61. Avec le passage au télétravail pendant la pandémie, les services en nuage et l'utilisation d'autres applications Internet ont augmenté. Plus de 400 webinaires ont été organisés avec l'appui de services d'interprétation. Ces solutions virtuelles ont permis de maîtriser les coûts et donné à l'OMS un moyen d'atteindre et de faire participer des publics bien plus larges et diversifiés.

Défis

62. Nous avons obtenu ces résultats au cours de l'année écoulée dans un contexte marqué par des défis sans précédent. Les sollicitations adressées à l'OMS ne cessent de se multiplier et dépassent d'ores et déjà les fonds mis à la disposition de l'Organisation pour s'acquitter de son mandat. Dans le monde entier, les discussions et les conclusions des groupes d'examen, tels que le Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie, montrent que l'on reconnaît de plus en plus le besoin pressant d'assurer le financement durable du Secrétariat de l'OMS. La répartition des ressources entre les trois niveaux de l'Organisation doit également se faire de façon à accroître autant que possible l'efficacité de l'action de l'OMS. Au niveau régional, nous continuons de renforcer l'appui multipays en attendant que des fonds suffisants soient disponibles pour affecter des spécialistes dans les pays qui s'inscrivent dans un contexte complexe et qui supportent un fardeau disproportionné de problèmes de santé dans le monde.

63. Face à l'afflux de sollicitations de toutes parts, l'établissement de priorités s'avère délicat. Les gouvernements et les communautés doivent rester fermement aux commandes pour promouvoir des changements qui soient pertinents, qui reposent sur des données factuelles et qui répondent aux principaux besoins. Il est par ailleurs impératif d'accroître les investissements pour faire en sorte que les politiques et les décisions soient éclairées par des données et des éléments factuels dans les pays et que la mise en œuvre des interventions soit guidée par des spécialistes et s'accompagne d'un suivi pour l'assurance de la qualité.

Perspectives

64. Au cours de l'année à venir, notre action résolue de lutte contre la COVID-19 restera une priorité absolue : les vaccins seront déployés et d'autres mesures de prévention et de santé publique seront maintenues pour éviter une autre résurgence des cas de contamination. Parallèlement, il faudra agir de toute urgence pour rattraper le retard accumulé dans les programmes qui ont subi des revers en raison des perturbations induites par la pandémie, ainsi que pour reprendre en main les domaines dans lesquels nous devons accélérer nos progrès pour atteindre nos objectifs communs. Les principes d'équité, de solidarité internationale et de collaboration multisectorielle seront essentiels pour mobiliser les ressources et les réseaux nécessaires à l'amélioration des résultats sanitaires.

65. Une leçon que nous pouvons tirer de cette crise est que la préparation doit être considérée comme un élément central des programmes nationaux de développement et de sécurité. Au-delà de notre collaboration dans le cadre de la lutte contre la COVID-19, nous devrions créer des environnements propices à l'innovation et aux partenariats afin de faciliter les approches mobilisant l'ensemble de la société, afin d'améliorer l'état de santé des populations. Le Secrétariat de l'OMS se tient disposé à accompagner les États Membres dans ces domaines, afin de faire de la santé une réalité pour tous les habitants de la Région africaine et du monde entier.

66. Les délégués du Comité régional ont félicité le Directeur régional et le Secrétariat pour la qualité du rapport qui leur a été soumis. Ils ont exprimé leur reconnaissance au Directeur général et à la Directrice régionale pour la qualité de leur leadership dans le processus de riposte à la COVID-19 et dans le processus de transformation, ainsi que pour la continuité des autres programmes prioritaires malgré les nombreuses difficultés rencontrées. Les États Membres ont salué le soutien apporté par l'OMS et par les partenaires sous la forme d'une assistance technique et de fournitures essentielles, telles que des kits de dépistage, des équipements de protection individuelle, des équipements et des vaccins utilisés au titre de la riposte à la COVID-19. Tout en appréciant le rôle que le mécanisme COVAX a joué en facilitant l'accès aux vaccins, les États Membres ont attiré l'attention sur les inégalités mondiales dans l'accès aux vaccins. Les délégués ont insisté sur la nécessité pour les pays de fabriquer localement des produits de diagnostic, des équipements de protection individuelle, des vaccins et des médicaments contre la COVID-19, tout comme des équipements et des fournitures devant être utilisés pour les programmes prioritaires. Les États Membres ont également plaidé en faveur du transfert de technologie et de systèmes qui accéléreraient les processus réglementaires pour permettre la fabrication locale. L'accent a été mis sur la nécessité d'édifier des systèmes de santé résilients et sur le besoin de combler les lacunes en matière de soins intensifs dans la plupart des pays. L'OMS a été invitée à renforcer son appui et à rendre compte de son action avec les pays en situation de crise humanitaire.

67. Les recommandations ci-après ont été faites aux États Membres :
- a) participer activement aux réflexions sur le financement durable et souple de l'OMS pour permettre à l'Organisation d'adapter son appui aux priorités des États Membres ;
 - b) plaider pour la solidarité mondiale et pour l'équité dans l'accès et le déploiement des vaccins ;
 - c) mobiliser et maintenir la dynamique en faveur de la fabrication locale de vaccins contre la COVID-19 et d'autres produits prioritaires dans la Région, notamment la ratification du traité portant création de l'Agence africaine du médicament (AMA) ;
 - d) renforcer les partenariats régionaux, la solidarité et la mise en commun des ressources ;
 - e) s'appuyer sur la riposte à la pandémie de COVID-19 pour renforcer les systèmes de santé et les capacités de préparation des pays en prévision des situations d'urgence futures ;
 - f) mettre l'accent sur l'édification de systèmes de santé résilients en utilisant des solutions développées localement comme des outils essentiels pour parvenir à la couverture sanitaire universelle et assurer la continuité des programmes prioritaires ; et
 - g) investir davantage dans l'information sanitaire pour une prise de décisions reposant sur des bases factuelles.
68. Les recommandations ci-après ont été faites à l'OMS et aux partenaires :
- a) soutenir le développement de la production locale de médicaments, de produits et de vaccins, y compris le transfert de technologie. À cet égard, l'OMS devrait, en collaboration avec l'Union africaine, le CDC-Afrique, l'Agence africaine du médicament et les partenaires, poursuivre son plaidoyer en faveur de la réalisation de cet objectif, tout en accélérant la création de mécanismes permettant de gérer les aspects réglementaires, notamment le renforcement des capacités ;
 - b) continuer d'apporter un appui aux pays pour combler les lacunes et renforcer les capacités en matière de soins de santé essentiels ;
 - c) poursuivre le plaidoyer en faveur de l'équité en matière de vaccins contre la COVID-19 afin d'assurer une meilleure couverture des populations dans la Région africaine et soutenir les pays dans le déploiement des vaccins, notamment en renforçant le mécanisme COVAX ;
 - d) renforcer l'appui aux États Membres en situation de crise humanitaire et dédier une section du prochain rapport annuel aux crises sanitaires et humanitaires ;
 - e) continuer à soutenir les États Membres dans la mobilisation des ressources pour le secteur de la santé ; et
 - f) fournir un appui aux pays pour lutter contre la désinformation dans le secteur de la santé, en particulier au sujet de la pandémie de COVID-19.
69. Le Comité régional a adopté le rapport tel qu'il est contenu dans le Document AFR/RC71/3 intitulé « Activités de l'OMS dans la Région africaine 2020-2021 : rapport de la Directrice régionale ».

SIXIÈME RAPPORT DE SITUATION SUR LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME DE TRANSFORMATION DU SECRÉTARIAT DE L'OMS DANS LA RÉGION AFRICAINE (Document AFR/RC71/4)

70. Le document intitulé *Sixième 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 2015-2020* a été présenté par la D^{re} Felicitas Zawaira, directrice du Cabinet de la Directrice régionale. Le Programme de transformation est une feuille de route quinquennale qui entend faire évoluer l'Organisation mondiale de la Santé en un chef de file efficace capable de rendre compte des actions menées dans le domaine de la santé publique. Le sixième rapport de situation sur le Programme de transformation (qui couvre la période allant de juillet 2020 à juin 2021) présente les progrès accomplis sur les six grands axes de travail autour desquels s'articule la deuxième phase du Programme, à savoir : 1) le renforcement des processus de gestion du changement couplé à l'enracinement d'une culture fondée sur des valeurs ; 2) le renforcement de l'approche axée sur les pays en vue de générer un impact plus concret ; 3) la nécessité de mettre l'accent sur la qualité des résultats et l'optimisation des ressources ; 4) la promotion de l'efficacité et de la responsabilisation ; 5) l'élargissement de la participation des États Membres et des partenaires ; et 6) une communication plus efficace sur les activités que le Secrétariat mène pour améliorer les résultats sanitaires. Le rapport tient également compte de la pandémie de COVID-19 et de la perturbation des activités de transformation prévues qui en a résulté.

71. Les membres du Comité régional exprimé leur grande satisfaction relativement aux progrès que la Directrice régionale et son équipe ont accomplis pour tenir l'engagement pris dans le cadre du Programme de transformation, à savoir accroître l'efficacité, la responsabilisation et la transparence, l'autonomisation, l'innovation et l'optimisation des ressources, surtout au cours des 12 derniers mois et dans un contexte de pandémie mondiale. Le Comité régional a mis en évidence d'autres réalisations telles que le fait d'avoir placé le personnel au cœur du changement, l'alignement des priorités régionales sur les besoins des pays pour un plus grand impact au niveau national, la fourniture d'une assistance technique de qualité, et le développement d'indicateurs de performance clés régionaux qui sont en parfaite adéquation avec les cibles du treizième programme général de travail. Le Comité régional a recommandé de prêter attention aux particularités des États insulaires et des pays confrontés à des crises humanitaires prolongées. Les délégués du Comité régional ont noté avec satisfaction que le programme innovant intitulé « Les voies du leadership pour la transformation de la santé en Afrique » était mis en œuvre au-delà du Bureau régional. Aussi ont-ils exhorté la Directrice régionale à appliquer pleinement les résultats de l'examen fonctionnel et à maintenir en place une culture de la responsabilisation, de la transparence, de l'optimisation des ressources, de l'égalité des genres et de la diversité. Le Comité régional a également recommandé que les réalisations exceptionnelles enregistrées dans la lutte contre la poliomyélite soient mises à profit pour insuffler une nouvelle dynamique à la lutte contre le poliovirus de type 2 dérivé d'une souche vaccinale. Enfin, les membres du Comité régional ont recommandé de continuer à se concentrer sur la gestion de l'infodémie en consolidant l'excellente collaboration qui existe avec le CDC-Afrique et en œuvrant de concert avec des acteurs non étatiques.

72. Le Comité régional a adopté sans amendement le Document AFR/RC71/4 intitulé « Sixième 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 2015-2020 ».

BUDGET PROGRAMME DE L'OMS 2022-2023 (Document AFR/RC71 /5)

73. Le Dr Joseph Caboré, Directeur de la gestion des programmes, a présenté le budget programme 2022-2023, qui est élaboré conformément aux priorités définies dans le treizième programme général de travail. Le Directeur de la gestion des programmes a souligné que la structure de financement du budget de l'OMS ne permet pas à l'Organisation de répondre efficacement aux sollicitations de ses États Membres. En effet, seuls 16 % des fonds de l'Organisation mondiale de la Santé proviennent des contributions fixes que paient les États Membres. Cela signifie que près de 80 % du financement du budget est constitué de contributions volontaires apportées par divers donateurs, ce qui explique les énormes difficultés que l'Organisation éprouve pour aligner ses fonds sur les besoins prioritaires des États Membres et pour planifier l'appui à fournir à long terme aux pays. Le Dr Caboré a ensuite présenté le **Rapport de la réunion du Groupe de travail sur le financement durable**. Le document décrit le processus adopté par le Groupe de travail sur le financement durable pour parvenir à des recommandations réalisables qui garantiront le financement durable de l'Organisation, grâce au consensus qui émerge autour de la nécessité de mettre en place une architecture et une gouvernance mondiales de la santé, d'édifier une OMS plus forte soutenue par un financement durable, de promouvoir l'application et le respect du Règlement sanitaire international, d'assurer le financement mondial des biens publics communs, de réglementer les activités de recherche-développement, de garantir la fabrication de contre-mesures médicales, tout comme l'équité dans l'accès, et d'adopter une approche « Une seule santé ». Le Groupe de travail a également décidé de transmettre cinq questions aux États Membres pour examen lors des comités régionaux de cette année.

74. M. Hollo Imre, Directeur de la planification, des ressources et de la coordination au Siège, a présenté la portée et le processus de révision du budget programme 2022-2023 approuvé par la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la santé en mai 2021. La portée de la révision du budget comprend : les répercussions à court et à moyen termes des recommandations et de la résolution du Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie (GIPR) et d'autres examens ; les actions fondamentales nécessaires pour faire face aux incidences à plus long terme ; les résolutions de la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la santé liées à d'autres questions, telles que la résolution WHA74.14 intitulée « Protéger et préserver les personnels de santé et d'aide à la personne et investir en leur faveur » et la résolution WHA75.15 intitulée « Renforcement des soins infirmiers et obstétricaux : investissements dans l'éducation, l'emploi, le leadership et la prestation de services » ; ainsi que la mise en œuvre de nouvelles initiatives conçues pour faire face à la pandémie de COVID-19 et appliquer les enseignements qui en découlent. Le processus de révision comprendra des actions internes et externes. M. Imre a confirmé que la révision budgétaire en cours serait achevée avant décembre 2021 et sera présentée à la session du Conseil exécutif prévue en janvier 2022.

75. Dans son exposé, le Président du Groupe de travail, M. Bjorn Kümmel, du Ministère fédéral allemand de la santé, a rappelé le statu quo budgétaire dans lequel se trouve la Région africaine et la nécessité de remédier à ce problème afin de pouvoir répondre aux besoins sanitaires croissants de la Région qui est touchée par des flambées épidémiques de maladies émergentes. Il a expliqué que, face à la pandémie actuelle, la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la santé a appelé les États Membres à fournir un financement durable à l'OMS pour lui permettre de s'acquitter de son mandat et de ses fonctions essentielles. M. Kümmel a insisté sur le fait que tous les experts indépendants, y compris le Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie placé sous la conduite de la Présidente Johnson-Sirleaf, partagent la même évaluation, à savoir que le financement de l'OMS est foncièrement insuffisant, et ce constat ne date pas d'aujourd'hui ! M. Kümmel a lancé un appel au consensus sur une proposition concrète visant à relever ce défi historique et à mettre fin au statu quo qui maintient l'OMS dans une situation vulnérable et limite sa capacité à prêter assistance aux États Membres pour qu'ils puissent prévenir la prochaine crise et atteindre les objectifs de développement durable liés à la santé. Il a parallèlement mis toutes les parties concernées en garde sur le fait que l'inaction amoindrirait le rôle de l'OMS au fil du temps, donnant naissance à d'autres acteurs qui pourraient être moins inclusifs et moins transparents, mais qui pourraient être chargés de tâches importantes en matière de sécurité sanitaire mondiale compte tenu de leurs capacités financières.

76. Dans son intervention devant le Comité régional, M. Iddrisu Yakubu, le vice-président du Groupe de travail par ailleurs en service au Ministère de la santé du Ghana, a embrayé sur les propos de ses collègues en soulignant que si l'on permet à l'OMS d'être financée par des donateurs, on risque de modifier les priorités de l'Organisation pour les aligner sur celles de ces donateurs, ce qui ne manquera pas de compromettre la crédibilité de l'Organisation et son mandat indépendant. Pour éviter une telle situation, l'Assemblée mondiale de la santé a créé le Groupe de travail sur le financement durable et l'a chargé de trouver des voies et moyens susceptibles de garantir le financement des fonctions essentielles de l'OMS. Le Comité régional a été informé de ce que le Groupe de travail s'était jusqu'alors réuni trois fois et avait établi une cartographie des déficits de financement, qui englobait des domaines tels que les maladies non transmissibles, les maladies tropicales négligées et la préparation aux situations d'urgence. M. Yakubu a invité tous les États Membres à profiter de cette occasion historique pour régler le problème du financement durable de l'OMS en se fondant sur les cinq questions proposées par le Groupe de travail, étant donné que la Région reçoit une part équitable du budget global de l'OMS.

77. Le Comité régional a examiné les cinq questions proposées par le Groupe de travail sur le financement durable, à savoir : 1) les États Membres partagent-ils l'avis selon lequel le segment de base du budget programme de l'OMS devrait être financé à 50 % au moins par les contributions fixes afin de garantir l'intégrité et de préserver l'indépendance de l'OMS ? 2) Les États Membres partagent-ils l'avis du GIPR selon lequel l'ensemble du budget de base devrait être entièrement financé par des contributions souples à objet non désigné ? 3) Les États Membres appuieraient-ils la Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la santé pour qu'elle convienne de la voie à suivre pour l'augmentation des contributions fixes et adopte un calendrier de mise en œuvre progressive ? 4) Les États Membres acceptent-ils d'étudier la recommandation du GIPR concernant un modèle de reconstitution pour que la partie restante du segment de base du budget

programme soit couverte, à la fois par les États Membres et les acteurs non étatiques ? et 5) Quels sont les meilleures pratiques et les enseignements tirés de l'expérience en matière d'établissement des priorités dans les Régions ?

78. Les délégués du Comité régional ont salué cette initiative et décidé de soutenir le financement durable de l'OMS en alignant les ressources sur le budget programme afin d'améliorer les résultats de l'Organisation, tout en accroissant son efficacité et en la libérant des contraintes financières. Le Comité régional a souligné qu'un financement durable permettrait à l'OMS de fournir la capacité de préparation et de riposte nécessaire, d'attirer et de fidéliser les ressources humaines et les talents souhaités, et de produire de meilleurs résultats au niveau des pays. Cela dit, les délégués ont reconnu à l'unanimité que, compte tenu des graves difficultés financières auxquelles la plupart des pays sont confrontés, il serait avisé d'adopter une approche pragmatique impliquant un calendrier de mise en œuvre progressive. Les délégués ont soutenu les propositions faites par le Groupe de travail concernant le financement intégral du segment de base du budget programme par les contributions fixées, l'augmentation de la contribution fixée des États Membres à au moins 50 % du budget et la mise en place d'un mécanisme de reconstitution des ressources pour couvrir les 50 % restants. Les États Membres ont demandé des informations sur le mécanisme de reconstitution des ressources proposé, sur son lien avec d'autres initiatives telles que la Fondation de l'OMS, et sur les critères qui seront utilisés pour définir les augmentations à appliquer aux contributions des États Membres.

79. Les États Membres ont recommandé : 1) une approche progressive de l'augmentation proposée des contributions, à partir de l'exercice 2024-2025, en tenant compte des incidences économiques de la pandémie et d'autres facteurs ; 2) une évaluation de l'état des économies des États Membres afin de concevoir un modèle de contribution fondé sur l'équité et tenant compte du produit intérieur brut de chaque pays, tout comme de la capacité à honorer les engagements financiers tout en préconisant l'idée d'un financement durable de la santé au niveau national, en s'appuyant sur les possibilités de financement nationales telles que la taxation du tabac ; 3) la tenue régulière d'échanges intersectoriels entre les Ministères de la santé, des finances et de la planification afin de dégager un consensus sur le financement durable de la santé en général et sur le financement de l'OMS en particulier.

80. Les délégués du Comité régional ont demandé au Secrétariat de fournir des informations supplémentaires sur le mécanisme de reconstitution des ressources et de s'inspirer de modèles existants qui ont fait leurs preuves, tels que celui de Gavi, l'Alliance du vaccin et celui du Fonds mondial. Le Comité régional a demandé de clarifier la définition des mesures de financement de substitution qui permettraient de mobiliser d'autres financements et des contributions volontaires plus flexibles, que ce soit auprès des États Membres ou auprès d'entités non gouvernementales. En conclusion, les délégués ont recommandé au Secrétariat de fournir aux États Membres des informations supplémentaires sur la manière dont les nouvelles contributions proposées devraient être déterminées.

81. Le Comité régional a demandé que ses recommandations sur les cinq questions soulevées dans le **Rapport de la réunion du Groupe de travail sur le financement durable** soient transmises au Bureau du Groupe de travail sur le financement durable.

CADRE POUR UNE RIPOSTE MULTISECTORIELLE INTÉGRÉE À LA TUBERCULOSE, À L'INFECTION À VIH, AUX INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET À L'HÉPATITE DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS (Document AFR/RC71/6)

82. Le document intitulé *Cadre pour une riposte multisectorielle intégrée à la tuberculose, à l'infection à VIH, aux infections sexuellement transmissibles et à l'hépatite dans la Région africaine de l'OMS 2021-2030* a été présenté par le Dr Benido Impouma, directeur du groupe organique Couverture sanitaire universelle/Maladies transmissibles et non transmissibles. Le document souligne que le fardeau dû à l'infection à VIH, à la tuberculose, à l'hépatite virale et aux infections sexuellement transmissibles reste lourd dans la Région africaine. Le cadre régional, qui est aligné sur le treizième programme général de travail de l'OMS, suggère de donner la priorité aux interventions intégrées en utilisant l'approche des soins de santé primaires dans le contexte de l'instauration de la couverture sanitaire universelle et de l'atteinte des autres cibles des objectifs de développement durable liés à la santé. Il préconise aussi des interventions et des mesures fondées sur des bases factuelles, qui doivent être mises en œuvre en utilisant une approche tenant compte de toutes les étapes de la vie pour riposter à la tuberculose, à l'infection à VIH, aux infections sexuellement transmissibles et à l'hépatite dans la Région africaine de l'OMS.

83. Le Comité régional a salué le processus consultatif élargi adopté pendant l'élaboration du cadre, tout comme l'approche intégrée qui a présidé à la mise en œuvre des programmes de lutte contre la tuberculose, l'infection à VIH, les infections sexuellement transmissibles et l'hépatite, notant qu'une telle approche permet d'accroître le potentiel d'obtenir de résultats accélérés eu égard à l'impact dévastateur de ces maladies dans la Région africaine. Les délégués du Comité régional ont fait observer que, pour que l'intégration soit pleinement réussie, des investissements importants s'avèrent nécessaires, autant qu'une bonne compréhension du risque posé par ces maladies, afin de faciliter la maîtrise de ces maladies et, partant, leur élimination. Les pays ont pris l'engagement d'adopter des technologies novatrices et d'entreprendre des recherches afin de contribuer à la lutte contre ces maladies qui restent une menace pour la santé publique dans la Région. Les États Membres ont recommandé que le cadre aborde également la question de la violence sexiste, celle-ci étant un facteur de propagation du VIH, en particulier dans le contexte de la pandémie actuelle.

84. Les délégués du Comité régional ont demandé à l'OMS de continuer à fournir un appui technique à l'adaptation du cadre au niveau des pays, y compris pour pouvoir suivre les progrès accomplis dans la mise en œuvre dudit cadre. Dans une autre recommandation, l'OMS a été invitée à soutenir le renforcement des systèmes locaux qui produisent des outils de traitement, à élargir l'accès au traitement et à atténuer la dépendance excessive à l'égard des sources internationales. Les États Membres ont recommandé la documentation et le partage des pratiques optimales dans la mise en œuvre de la riposte intégrée à la tuberculose, à l'infection à VIH, aux infections sexuellement transmissibles et à l'hépatite. Enfin, le Comité régional a recommandé à l'OMS de collaborer activement avec les autres institutions du système des Nations Unies et avec les partenaires pour combattre la résistance aux antimicrobiens, afin d'aligner l'action sur le

cadre et d'en assurer la mise en œuvre, en particulier dans les contextes humanitaires. L'OMS a également été invitée à mener une action de forte sensibilisation en vue d'accroître le financement requis pour édifier des systèmes de santé résilients. Les délégués ont par ailleurs demandé à l'OMS d'adopter l'approche intégrée pour préserver sa durabilité.

85. Le Comité régional a adopté sans amendement le Document AFR/RC71/6 intitulé « Cadre pour une riposte multisectorielle intégrée à la tuberculose, à l'infection à VIH, aux infections sexuellement transmissibles et à l'hépatite dans la Région africaine de l'OMS 2021-2030 ».

CADRE POUR LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME DE VACCINATION 2030 DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS (Document AFR/RC71/7)

86. Le document intitulé ***Cadre pour la mise en œuvre du programme de vaccination 2030 dans la Région africaine de l'OMS*** a été présenté par le Dr Benido Impouma, directeur du groupe organique Couverture sanitaire universelle/Maladies transmissibles et non transmissibles. Le cadre donne la priorité aux interventions stratégiques de base au niveau du système pour atteindre l'objectif qui consiste à ne laisser personne de côté et à garantir l'accès universel à la vaccination. La Région africaine compte environ 7,3 millions d'enfants « zéro dose », dont 86 % vivent dans 10 États Membres.

87. La situation des services de vaccination essentiels a été perturbée par la pandémie de COVID-19. En conséquence, plusieurs campagnes de vaccination ont été reportées, tout comme l'introduction de nouveaux vaccins. Le cadre régional pour la mise en œuvre du programme de vaccination 2030 a été élaboré à l'issue d'un processus de consultations rigoureux, sur la base de la vision mondiale pour la vaccination, et s'inscrit en droite ligne de la résolution du Comité régional sur la couverture sanitaire universelle. Parallèlement, le cadre traite de l'impact perturbateur de la COVID-19 et intègre les enseignements tirés de la riposte à la pandémie.

88. Le Comité régional a félicité le Secrétariat pour la qualité du rapport qui lui a été soumis et pour les progrès réalisés dans le domaine de la vaccination. Les délégués ont fait observer que la vaccination est cruciale pour la santé des populations africaines, ce qui signifie que les programmes de vaccination devraient donner la priorité à l'amélioration de la couverture vaccinale. Les États Membres ont reconnu que la COVID-19 a des répercussions négatives sur la couverture vaccinale à cause des perturbations dans la prestation des services. Les délégués du Comité régional ont indiqué que des mesures sont prises pour remédier à cette situation. Ils ont souligné que la pandémie de COVID-19 devrait être l'occasion de renforcer les systèmes de vaccination en veillant à ce que ces systèmes soient résilients. En outre, la mise à disposition de vaccins offre l'occasion de renforcer les systèmes de santé dans toute la Région.

89. Les délégués du Comité régional ont souligné la nécessité d'accélérer le processus d'introduction des nouveaux vaccins et de renforcer la capacité de prestation des activités de vaccination. La gestion des

données doit également être renforcée, de même que l'achat de vaccins, la pharmacovigilance, ainsi que la logistique et l'infrastructure, notamment pour maintenir et assurer la pérennité des installations de la chaîne du froid. Le Comité régional a par ailleurs insisté sur la nécessité de renforcer les établissements de santé communautaires et le recours aux agents de santé communautaires qui pourront aider à vacciner les enfants et à retrouver la trace des enfants non vaccinés, y compris dans les zones les plus reculées.

90. Les États Membres ont relevé les défis posés par la prolifération de fausses informations sur les vaccins et l'augmentation des réticences vis-à-vis de la vaccination. Ils ont recommandé de renforcer la fourniture d'informations faisant autorité et crédibles, de faire intervenir les communautés touchées et de renforcer la surveillance communautaire. Le Comité régional a souligné la nécessité d'un engagement accru de la part des autorités nationales au plus haut niveau, tout comme l'importance de la mobilisation de ressources nationales et de la collaboration avec les partenaires de développement, pour un investissement durable dans la mise en œuvre des programmes de vaccination.

91. Les États Membres ont recommandé d'améliorer les programmes de vaccination dans les situations d'urgence et de crise humanitaire, notamment de renforcer la résilience en tant que priorité pour la continuité des programmes de vaccination. Le Comité régional a demandé à l'OMS et aux partenaires d'apporter un appui aux pays pour qu'ils puissent élaborer des plans d'assistance technique et continuer à soutenir les États Membres à atteindre les cibles fixées dans le programme de vaccination 2030. Enfin, les délégués ont proposé d'inclure dans le cadre un objectif sur la maîtrise et l'interruption de la transmission du poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2.

92. Le Comité régional a adopté sans amendement le Document AFR/RC71/7 intitulé « Cadre pour la mise en œuvre du programme de vaccination 2030 dans la Région africaine de l'OMS ».

CADRE POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE MONDIALE POUR VAINCRE LA MÉNINGITE D'ICI À 2030 DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS (Document AFR/RC71/8)

93. Le document intitulé ***Cadre pour la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour vaincre la méningite d'ici à 2030 dans la Région africaine de l'OMS*** a été présenté par le Dr Benido Impouma, directeur du groupe organique Couverture sanitaire universelle/Maladies transmissibles et non transmissibles. Ce document fait valoir que malgré les progrès remarquables accomplis dans la lutte contre la méningite au cours des 20 dernières années, cette maladie reste un problème de santé publique majeur dans le monde et sévit avec plus d'acuité dans la ceinture africaine de la méningite, qui compte une population estimée à 500 millions d'habitants répartis dans 26 États Membres. L'OMS et les partenaires ont élaboré une stratégie mondiale pour vaincre la méningite d'ici à 2030, et le cadre proposé en vue de la mise en œuvre de cette stratégie servira de boussole aux États Membres pour la mise en œuvre de cette stratégie mondiale dans la Région africaine.

94. Les délégués du Comité régional ont exprimé leur satisfaction par rapport à la qualité du cadre régional et à sa pertinence pour l'élimination de la méningite dans la Région africaine d'ici à 2030. Le Comité régional a reconnu que la méningite reste un problème de santé publique majeur qui mérite l'attention. Les délégués ont relevé que le succès des mesures de lutte est entravé par la faiblesse du financement de la santé et par le soutien limité des partenaires à l'évaluation des risques, à l'identification des cas, à la surveillance et à la distribution des vaccins contre la méningite. Les délégués du Comité régional ont réitéré que, pour aller de l'avant, il est important de renforcer les mécanismes de surveillance intégrée des maladies, tout comme les capacités de laboratoire et de riposte dans la Région africaine. En outre, le Comité régional a souligné la nécessité de renforcer et d'accélérer les systèmes de transport des échantillons. Il a demandé qu'un outil solide de simulation de l'évaluation des risques soit élaboré pour prédire efficacement la survenue et l'ampleur des futures flambées, y compris leurs agents étiologiques.

95. Les États Membres ont demandé l'appui de l'OMS pour que l'accès aux vaccins de nouvelle génération à un prix abordable soit élargi et pour que l'inclusion de ces vaccins soit renforcée afin de prévenir la méningite et de faciliter l'élimination totale de cette maladie. Ils ont également recommandé le renforcement des systèmes de surveillance de la méningite basée sur l'identification des cas, des systèmes de prise en charge des cas et de vaccination, tout comme l'application d'une bonne gestion des antibiotiques pour garantir des résultats cliniques appropriés dans tous les pays. Le Comité régional a invité instamment les partenaires à apporter un appui aux pays et à collaborer avec eux moyennant des approches intégrées et multisectorielles qui permettront de vaincre la méningite d'ici à 2030. Les délégués du Comité régional ont par ailleurs demandé à l'OMS de veiller à ce que la vaccination en cours contre la COVID-19 n'interfère pas avec les activités de plaidoyer et les opérations de vaccination contre la méningite dans la Région africaine, qui visent à accroître l'utilisation de la vaccination. De même, l'OMS a été invitée à accompagner les pays dans l'harmonisation des activités de surveillance transfrontalière de la méningite, y compris dans la production et l'utilisation de la recherche fondée sur des données probantes pour éclairer les initiatives de prévention et de lutte.

96. Le Comité régional a adopté avec des amendements le Document AFR/RC71/8 intitulé « Cadre pour la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour vaincre la méningite d'ici à 2030 dans la Région africaine de l'OMS ».

CADRE POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE MONDIALE VISANT À ACCÉLÉRER L'ÉLIMINATION DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS EN TANT QUE PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS (Document AFR/RC71/9)

97. Le document intitulé *Cadre pour la mise en œuvre de la Stratégie mondiale visant à accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique dans la Région africaine de l'OMS* a été présenté par le Dr Benido Impouma, directeur du groupe organique Couverture

sanitaire universelle/Maladies transmissibles et non transmissibles. Le document révèle que la Région africaine ploie sous la plus lourde charge due au cancer du col de l'utérus dans le monde à cause des faiblesses des systèmes de santé, du mauvais état de santé et de la méconnaissance du cancer au sein de la population, sans oublier les obstacles sociaux, culturels, économiques et fondés sur le genre qui prévalent dans la Région. L'OMS a élaboré une stratégie mondiale comportant des interventions d'un bon rapport coût-efficacité pour accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique. Le cadre régional a été élaboré afin de faciliter la mise en œuvre de la Stratégie mondiale visant à accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus dans les États Membres de la Région africaine.

98. Les délégués du Comité régional ont insisté sur la nécessité de soutenir le cadre régional proposé, compte tenu de la charge épidémiologique due au cancer du col de l'utérus dans la Région africaine. Le Comité régional a lancé un appel à la communauté internationale et aux partenaires de développement pour qu'ils continuent de soutenir les efforts menés au titre de la lutte contre le cancer du col de l'utérus, les délégués faisant valoir à cet effet qu'il est possible d'éliminer ce cancer si l'on développe une synergie d'action entre tous les acteurs. Le Comité régional a convenu que le cancer du col de l'utérus reste une menace pour la santé publique et peut être éliminé par le recours à des approches simples et d'un bon rapport coût-efficacité telles que l'éducation, la vaccination contre le papillomavirus humain, la détection et le traitement des lésions précancéreuses, ainsi que par d'autres initiatives fondées sur le genre qui garantissent le respect des droits de la femme. Les délégués ont mis en lumière certains défis à relever en matière de lutte contre le cancer du col de l'utérus dans la Région, et le Comité régional a appelé à l'utilisation d'une approche consolidée et intégrée. Le Comité a fait observer que les femmes vivant avec le VIH sont plus exposées au risque de développer un cancer du col de l'utérus que les femmes qui sont séronégatives pour le VIH. C'est pour cette raison que les délégués ont lancé un appel à l'utilisation d'une approche globale englobant la mise en place de programmes entièrement inclusifs de lutte contre le cancer du col de l'utérus.

99. Les délégués du Comité régional ont recommandé la collaboration avec d'autres institutions du système des Nations Unies et avec des partenaires afin de soutenir la lutte contre le cancer du col de l'utérus. Le Comité régional a recommandé à l'OMS et aux partenaires de fournir un appui technique et financier supplémentaire pour renforcer les efforts de lutte contre le cancer du col de l'utérus, en particulier dans les pays à forte charge de morbidité. Les délégués ont aussi demandé à l'OMS d'accompagner la mise en place de systèmes de santé solides dans les pays, y compris des systèmes de suivi, d'évaluation et de validation grâce à des approches, à des stratégies et à des méthodologies novatrices qui tiennent compte des différences entre les hommes et les femmes.

100. Le Comité régional a adopté sans amendement le Document AFR/RC71/9 intitulé « Cadre pour la mise en œuvre de la Stratégie mondiale visant à accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique dans la Région africaine de l'OMS ».

CADRE POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE MONDIALE POUR LA SANTÉ NUMÉRIQUE DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS (Document AFR/RC71/10)

101. Le document intitulé ***Cadre pour la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour la santé numérique dans la Région africaine de l'OMS*** a été présenté par la D^{re} Lindiwe Makubalo, Sous-directrice régionale. Il ressort de ce document qu'en dépit des progrès considérables accomplis dans l'utilisation des solutions en matière de santé numérique dans la Région, avec notamment l'élaboration de stratégies de santé numérique dans 33 États Membres, la majorité des États Membres utilisent les solutions numériques pour la santé à titre expérimental uniquement. En plus, quelques États Membres seulement ont respecté la méthodologie de mise en œuvre recommandée par le guide pratique OMS sur les stratégies nationales en matière de cybersanté afin de généraliser et de pérenniser l'utilisation de la santé numérique.

102. Le déficit constaté s'explique par plusieurs problèmes qui perdurent, notamment la capacité limitée de leadership dans l'action de santé numérique au niveau national, les dispositions multisectorielles limitées pour la santé numérique, le manque de cohérence dans l'adoption de normes et de cadres d'interopérabilité, et le nombre limité de réglementations axées sur la protection des données et la sécurité des systèmes. En vue d'atténuer ces difficultés, l'OMS a adopté une stratégie mondiale pour la santé numérique en 2020. L'OMS dans la Région africaine a donc élaboré un cadre pour servir de boussole à la mise en œuvre de la stratégie mondiale dans les États Membres. Ce cadre définit les principes fondamentaux, y compris les points d'action visant à garantir une mise en œuvre efficace dans les États Membres.

103. Le Comité régional s'est félicité des avancées obtenues en matière de santé numérique dans la Région et a félicité le Secrétariat pour la qualité du document, qui a été établi à point nommé. Les États Membres ont souligné le fait que la riposte à la pandémie de COVID-19 avait mis en évidence l'importance de la santé numérique en renforçant les dispositifs de cybersanté et de télémédecine, qui ont montré leur utilité pour atténuer les effets négatifs des confinements et les surcoûts dus aux nouvelles situations d'urgence. Le Comité régional a recommandé l'appropriation au niveau national de la Stratégie mondiale pour la santé numérique, en faisant observer que plusieurs pays disposent déjà de stratégies en matière de santé numérique alignées sur les actions proposées dans le cadre régional.

104. Les États Membres ont pris note des efforts déployés par le Secrétariat pour encourager l'élaboration de stratégies nationales en matière de santé numérique, tout comme son soutien à la création de plateformes stratégiques de cybersanté telles que celle qui facilite l'identification et la transposition à une échelle plus grande d'innovations axées sur les besoins et qui vise à renforcer les systèmes de santé nationaux. Les États Membres ont recommandé de poursuivre l'enracinement de la santé numérique dans la Région, y compris en ce qui concerne l'infrastructure numérique jusqu'au niveau des établissements de santé, les répertoires nationaux de données, la gouvernance de la cybersanté et les plateformes d'interopérabilité, ainsi que le renforcement des capacités du personnel de santé dans le domaine de la santé numérique. Les États Membres ont appelé à l'adaptation de la législation afin de faciliter l'utilisation des technologies numériques

dans le secteur de la santé, de même que l'utilisation de solutions technologiques pour la diffusion et la sensibilisation de l'information sanitaire, sans oublier la numérisation des données sanitaires dans la Région pour en faciliter l'accès et l'échange. Le Comité régional a préconisé la mise en place de centres d'excellence pour la formation en santé numérique, et l'institution de mécanismes d'échange d'expériences entre les pays de la Région.

105. Les délégués ont demandé à l'OMS de s'appuyer sur les efforts déjà engagés et de soutenir les partenariats pour la santé numérique dans la Région. À cet égard, le Comité régional a lancé un appel aux partenaires pour qu'ils soutiennent des solutions de santé numérique durables, la mobilisation des ressources, le renforcement des capacités et le transfert des connaissances en vue de l'opérationnalisation des systèmes de santé numérique dans la Région.

106. Le Comité régional a adopté sans amendement le Document AFR/RC71/10 intitulé « Cadre pour la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour la santé numérique dans la Région africaine de l'OMS ».

CADRE POUR L'ÉLARGISSEMENT DE L'ACCÈS AUX TECHNOLOGIES D'ASSISTANCE DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS

(Document AFR/RC71/11)

107. Le document intitulé ***Cadre pour l'élargissement de l'accès aux technologies d'assistance dans la Région africaine de l'OMS*** a été présenté par la D^{re} Kasonde Mwinga, directrice du groupe organique Couverture sanitaire universelle/Santé à toutes les étapes de la vie. Le document relève que la Région africaine de l'OMS présente un taux de prévalence du handicap estimé à 15,6 %, tout en faisant observer que sur une population d'un milliard d'habitants dans la Région, plus de 200 millions de personnes ont besoin d'au moins une aide technique. Aujourd'hui, seuls 15 % à 25 % des personnes ayant besoin d'aides techniques ont effectivement accès à ces produits. L'accès aux services et produits des technologies d'assistance n'est pas pleinement assuré par les États Membres, qui se heurtent à plusieurs obstacles tels que la faiblesse de la gouvernance et l'inadéquation du financement national des technologies d'assistance. Ces difficultés s'expliquent aussi par la promotion sous-optimale des partenariats public-privé couplée à l'inadéquation des capacités de réglementation, des problèmes auxquels se greffent une offre fragmentée d'aides techniques, une pénurie de personnel qualifié et une prestation de services peu optimale.

108. Le cadre régional, qui répond à l'appel à l'action lancé par la soixante-neuvième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, vise à donner aux États Membres des orientations pour la planification et la mise en œuvre de mesures prioritaires destinées à faciliter l'accès aux technologies d'assistance. Le document propose aux États Membres des mesures concrètes qui seront utiles pour accroître la disponibilité et l'accessibilité financière des technologies d'assistance en fonction des besoins et du contexte particuliers de chaque pays.

109. Le Comité régional a félicité le Secrétariat pour l'élaboration de ce cadre dont l'importance n'est plus à démontrer et qui vise à combler les lacunes existantes en matière d'accès aux technologies d'assistance dans la Région africaine. Les États Membres ont insisté sur l'importance des technologies d'assistance pour les populations africaines, en faisant ressortir clairement la nécessité d'intégrer ces technologies dans les interventions sanitaires, notamment dans les plans d'urgence et de préparation. Les États Membres ont relevé que certains outils avaient déjà été conçus pour soutenir la mise en œuvre des politiques et des plans relatifs aux technologies d'assistance, et pour assurer le suivi et l'évaluation de ces plans. Les États Membres ont souligné l'importance des lois et des politiques qui définissent le cadre nécessaire à l'élargissement de l'accès aux technologies d'assistance. Les États Membres ont aussi mis l'accent sur la nécessité d'améliorer l'autonomie des personnes vivant avec un handicap et de faciliter leur accès aux technologies d'assistance à un prix abordable. Les délégués se sont félicités de la disponibilité des outils que certains États Membres utilisent déjà pour évaluer les besoins en matière de technologies d'assistance et pour recenser les obstacles rencontrés par les utilisateurs de ces technologies. Les États Membres ont pris note de la pénurie actuelle des ressources humaines capables de gérer les technologies d'assistance. À cet égard, il a été recommandé que les ressources humaines soient évaluées et que des programmes de formation soient mis en œuvre dans certains États Membres.

110. Les États Membres ont mis l'accent sur la nécessité d'établir des priorités au regard de l'émergence constante des technologies, et ils ont préconisé le recours aux systèmes d'évaluation des technologies sanitaires afin de garantir l'optimisation des ressources. Les États Membres ont lancé un appel en faveur de la coopération multilatérale et de la solidarité régionale, invitant l'OMS et les partenaires à continuer de leur prêter assistance dans la mise en œuvre comme dans la prise en main du cadre, la finalité étant de contribuer à l'amélioration des conditions de vie des populations de la Région africaine.

111. Le Comité régional a adopté sans amendement le Document AFR/RC71/11 intitulé « Cadre pour l'élargissement de l'accès aux technologies d'assistance dans la Région africaine de l'OMS ».

CADRE POUR LA MISE EN ŒUVRE DES MESURES PRIORITAIRES DÉFINIES DANS LE PLAN D'ACTION MONDIAL DE LA DÉCENNIE DU VIEILLISSEMENT EN BONNE SANTÉ 2021-2030 DANS LA RÉGION AFRICAINE (Document AFR/RC71/12)

112. Le document intitulé ***Cadre pour la mise en œuvre des mesures prioritaires définies dans le plan d'action mondial de la Décennie du vieillissement en bonne santé 2021-2030 dans la Région africaine*** a été présenté par la D^{re} Kasonde Mwinga, directrice du groupe organique Couverture sanitaire universelle/Santé à toutes les étapes de la vie. Le document relève que depuis l'approbation par la soixante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, en 2016, du cadre de mise en œuvre de la Stratégie et du Plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé 2016-2030, les États Membres ont réalisé des progrès dans la mise en œuvre des interventions prioritaires définies dans ledit cadre. Cependant,

les systèmes de santé et les systèmes sociaux des États Membres se trouvent à des stades différents et très peu de pays (11 % du total) ont enclenché un processus de création d'environnements amis des aînés.

113. Il ressort également du document que les systèmes nationaux de santé et sociaux qui devraient favoriser le vieillissement en bonne santé dans la Région africaine sont confrontés à divers enjeux et défis, notamment : l'âgisme et d'autres formes de discrimination à l'encontre des personnes âgées ; la pénurie de ressources ; une organisation et une gestion sous-optimales ; et une faible gouvernance. C'est dans cette logique qu'un cadre pour la mise en œuvre dans la Région africaine des mesures prioritaires définies dans la Décennie du vieillissement en bonne santé a été élaboré, dans le contexte des objectifs de développement durable, pour fournir des orientations aux États Membres concernant à la fois l'élaboration de politiques et l'établissement de partenariats multisectoriels et de collaboration visant à combattre l'âgisme et à encourager la création d'environnements amis des aînés.

114. Après avoir félicité le Secrétariat pour la qualité du document, le Comité régional a fait observer qu'avec l'allongement de l'espérance de vie dans la Région, qui enregistre au demeurant la proportion de personnes âgées la plus forte au monde, et compte tenu de la vulnérabilité disproportionnée des personnes du troisième âge aux risques sanitaires comme la COVID-19, le vieillissement en bonne santé doit rester une priorité dans les programmes d'action sanitaire. Plusieurs États Membres ont indiqué que des progrès étaient déjà accomplis dans la protection des droits des personnes âgées. Le Comité régional a également recommandé d'élaborer des politiques et des stratégies à long terme pour l'intégration délibérée des personnes âgées dans la société, de mobiliser des ressources pour des soins intégrés et au long cours, de générer des données sanitaires sur le vieillissement, de promouvoir la recherche sur les personnes âgées et de donner la priorité aux personnes âgées dans l'accès aux services de santé comme aux services sociaux, y compris en mettant en place des communautés amies des aînés.

115. Le Comité régional a adopté sans amendement le Document AFR/RC71/12 intitulé « Cadre pour la mise en œuvre des mesures prioritaires définies dans le plan d'action mondial de la Décennie du vieillissement en bonne santé 2021-2030 dans la Région africaine ».

CADRE POUR LE RENFORCEMENT DE L'UTILISATION DES BASES FACTUELLES, DE L'INFORMATION ET DE LA RECHERCHE POUR LA PRISE DE DÉCISIONS DANS LA RÉGION AFRICAINE

(Document AFR/RC71/13)

116. Le document intitulé ***Cadre pour le renforcement de l'utilisation des bases factuelles, de l'information et de la recherche pour la prise de décisions dans la Région africaine*** a été présenté par la Dr^e Lindiwe Makubalo, Sous-directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique. Le document met en exergue l'impérieuse nécessité de garantir la disponibilité et l'utilisation de données, d'informations et de connaissances fiables dans la formulation des politiques de santé pour atteindre les objectifs de développement durable et instaurer la couverture sanitaire universelle dans la Région africaine. Les

politiques de santé de la Région ne sont toujours pas éclairées comme il se doit par l'éventail des données factuelles issues de la recherche pour la santé qui sont produites et traitées en vue d'une utilisation à l'échelle mondiale à cause de la faible capacité de la Région à utiliser ces données couplée à son incapacité à générer des données probantes, des informations sanitaires et des produits de la recherche adaptés aux priorités et aux besoins locaux. Les mêmes politiques de santé pâtissent de l'inadéquation du financement national destiné à la recherche pour la santé. Le cadre sert d'outil de référence afin de renforcer l'utilisation des bases factuelles, de l'information et de la recherche pour l'élaboration des politiques de santé dans la Région africaine de l'OMS. Il décrit les principes fondamentaux et les interventions prioritaires qui structurent l'utilisation des données factuelles, des informations et de la recherche dans l'élaboration des politiques de santé. Les interventions proposées sont ciblées et intentionnellement inclusives afin de promouvoir l'équité, la transparence et l'égalité des genres, tout comme le plaidoyer en faveur des investissements dans le financement national de la recherche et la participation des citoyens à l'élaboration des politiques de santé.

117. Les délégués du Comité régional ont accueilli favorablement le cadre pour le renforcement de l'utilisation des bases factuelles, de l'information et de la recherche pour la prise de décisions et ont approuvé les mesures prioritaires, les cibles et les étapes intermédiaires proposées. Le Comité régional a félicité le Secrétariat pour l'exhaustivité du rapport et pour les progrès accomplis en dépit des difficultés actuelles. Les délégués du Comité régional ont pris acte de la faible utilisation des données probantes dans la planification et la formulation des politiques, du financement insuffisant de la recherche, de la faiblesse des systèmes nationaux d'information sanitaire, du manque d'instituts et de systèmes nationaux de recherche pour la santé, de la pénurie des ressources humaines, de l'importance de la mise en œuvre de la cybersanté et du manque de capacités de recherche pour la santé dans les pays africains, comme l'a démontré la pandémie de COVID-19, sans oublier la nécessité de disposer de données produites localement pour répondre aux besoins locaux. Le Comité régional a ensuite recommandé à l'OMS d'apporter un appui aux États Membres pour mettre en mouvement les progrès de la technologie et de l'innovation à l'échelle régionale en tant qu'ingrédients essentiels dans le cadre de toute voie de transformation vers l'objectif du renforcement des systèmes nationaux de santé, l'ambition étant de fournir des services de santé holistiques pour tous. Un tel appui pourrait être nécessaire pour créer des centres de recherche nationaux, pour institutionnaliser la recherche pour la santé et garantir l'application des connaissances à tous les niveaux des soins de santé, pour faciliter le partage des données et le dialogue sur les politiques, et pour élever au plus haut niveau, notamment des chefs d'État, le plaidoyer en faveur du renforcement de la production et de l'utilisation de bases factuelles. Les États Membres ont aussi recommandé de renforcer les mécanismes de financement de la recherche pour la santé.

118. Le Comité régional a particulièrement marqué son appréciation pour le Réseau de politiques inspirées de bases factuelles (EVIPNet) lancé par l'OMS en 2006 pour faciliter l'application des connaissances et l'utilisation des données factuelles en vue de l'élaboration des politiques dans les pays. Certains États Membres ont au demeurant fait part de leur intention de rejoindre le Réseau.

119. Les membres du Comité régional ont adopté sans amendement le Document AFR/RC71/13 intitulé « Cadre pour le renforcement de l'utilisation des bases factuelles, de l'information et de la recherche pour la prise de décisions dans la Région africaine ».

DOCUMENTS D'INFORMATION

120. Le Comité régional a examiné 11 documents d'information au moyen de déclarations écrites, comme cela est stipulé à l'article 15 des procédures spéciales. Une déclaration a été soumise sur le document AFR/RC71/INF.DOC/6 intitulé « Rapport de situation sur la mise en œuvre du "Cadre pour le développement des systèmes de santé en vue d'assurer la couverture sanitaire universelle dans la Région africaine, dans le contexte des objectifs de développement durable" », suggérant qu'une résolution sur l'hygiène des mains dans le contexte de la couverture sanitaire universelle soit proposée à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé. Le Comité régional a pris note des documents d'information.

PROJET D'ORDRE DU JOUR PROVISOIRE, LIEU ET DATES DE LA SOIXANTE-DOUZIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

(Document AFR/RC71 /14)

121. Le Comité régional a adopté le projet d'ordre du jour provisoire de la soixante-deuxième session du Comité régional et a décidé que cette session se tiendrait à Lomé (Togo) du 22 au 26 août 2022.

ADOPTION DU RAPPORT DU COMITÉ RÉGIONAL

(Document AFR/RC71 /15)

122. En application des dispositions de l'article 16 des Procédures spéciales régissant la conduite des séances virtuelles de la session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, le Comité a adopté son rapport moyennant une procédure écrite d'approbation tacite.

CLÔTURE DE LA SOIXANTIÈME ET ONZIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Allocution de clôture de la Directrice régionale

123. Dans son allocution de clôture, la D^{re} Matshidiso Moeti, Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique, a remercié le président et les vice-présidents pour le brio avec lequel ils ont conduit les travaux de la session. La Directrice régionale a exprimé sa gratitude sincère aux Ministres de la santé et aux chefs de délégation des États Membres, qui ont trouvé le temps de prendre une part active aux travaux du Comité régional.

124. La D^{re} Moeti a indiqué que le Secrétariat a pris bonne note des décisions très importantes prises par la soixante et onzième session du Comité régional. De manière spécifique, la Directrice régionale a relevé que les États Membres ont invité le Secrétariat à leur prêter son assistance pour qu'ils puissent réaliser des progrès vers la couverture sanitaire universelle et tirer parti des technologies et des innovations, ainsi que des capacités de la Région à améliorer la santé de tous les habitants de la Région sans laisser personne de côté. De nouvelles méthodes ont été proposées pour s'attaquer à des problèmes sanitaires de longue date tels que la vaccination, le VIH, la tuberculose, les cancers et les autres maladies non transmissibles. Des recommandations ont également été formulées pour renforcer la lutte contre l'hépatite et les infections sexuellement transmissibles, et notamment pour trouver solution à de nouvelles problématiques comme le vieillissement en bonne santé. La Directrice régionale a noté que les questions d'équité et d'accès étaient au centre de tous les échanges, alors qu'une dynamique était en mouvement en faveur de l'autodétermination dans la production locale de vaccins et d'autres produits sanitaires. La D^{re} Moeti a déclaré que, dans le contexte actuel, la Région africaine de l'OMS devrait continuer à s'appuyer sur les capacités existantes qui se sont avérées efficaces pour gérer une situation d'urgence sanitaire après l'autre, et que la Région devrait œuvrer conjointement pour la transition de la capacité de lutte contre la poliomyélite afin de veiller à ce que cette capacité soit conservée et utilisée pour renforcer les systèmes de santé des pays. La Directrice régionale a exprimé sa reconnaissance au Comité régional pour le vif intérêt que celui-ci a manifesté pour le financement durable de l'Organisation. La D^{re} Moeti a réitéré la détermination du Secrétariat à assurer un bon retour sur investissement pour chaque centime investi.

125. Pour conclure son propos, la D^{re} Moeti a remercié le Secrétariat de l'OMS et tous ceux qui ont contribué, de diverses manières, au succès de la soixante et onzième session du Comité régional. Elle a remercié tous les délégués et les diplomates présents à Genève pour leur rôle dans la création de liens entre le niveau mondial et le niveau régional. La Directrice régionale a souhaité à tous les professionnels de la santé plein succès dans leurs efforts visant à améliorer la santé des populations dans la Région africaine et la sécurité face à la pandémie de COVID-19. La D^{re} Moeti a remercié le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général de l'OMS, pour son aimable soutien. Elle a aussi félicité le Togo qui a présidé avec succès la soixante et onzième session du Comité régional en 2021, et s'est réjouie à la perspective d'une session physique au Togo pour la soixante-douzième session en 2022, comme en a décidé le Comité régional.

Allocution de clôture du président du Comité régional

126. Dans son allocution de clôture prononcée au nom de la Première Ministre du Togo, le Professeur Moustafa Mijiyawa, président de la soixante et onzième session du Comité régional et Ministre togolais de la santé, a remercié l'ensemble des participants pour leur compréhension et pour leur patience face à la nouvelle norme qui consiste à tenir des sessions du Comité régional en format virtuel. Le Ministre togolais de la santé a remercié les chefs de délégation des États Membres d'avoir trouvé le temps de participer à la réunion virtuelle de trois jours malgré les défis imposés par la riposte à la pandémie de COVID-19. Il a également remercié la Directrice régionale et le Secrétariat, ainsi que les partenaires, pour le succès de la réunion virtuelle, au cours de laquelle les délégués ont abordé des problématiques majeures de santé

publique pour l'Afrique et proposé des stratégies susceptibles d'améliorer l'état de santé des populations. Le président a ensuite déclaré close la soixante et onzième session du Comité régional.

MANIFESTATION SPÉCIALE SUR LA POLIOMYÉLITE — LE POINT SUR LES FLAMBÉES ÉPIDÉMIQUES DE POLIOMYÉLITE ET SUR LA PLANIFICATION DE LA TRANSITION POUR LA POLIOMYÉLITE DANS LA RÉGION AFRICAINE

127. Une manifestation spéciale a été organisée pour faire le point sur les flambées épidémiques dues au poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale (PVDVc2) et sur la planification de la transition pour la poliomyélite dans la Région africaine. Il a été relevé que la Région africaine a été certifiée exempte de poliovirus sauvage il y a un an jour pour jour, une réalisation riche en émotions et à marquer d'une pierre blanche pour la Région.

128. Organisée à l'initiative de la D^{re} Matshidiso Moeti, Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique, la manifestation spéciale a été l'occasion de réitérer les engagements pris pour enrayer les flambées en leur accordant la priorité dans un contexte marqué par la pandémie de COVID-19, en les déclarant rapidement comme des urgences nationales de santé publique, en améliorant la qualité et la célérité des interventions, et en fournissant des fonds opérationnels dans les délais fixés. Pour pérenniser ces acquis, il faut continuer à renforcer la vaccination systématique et édifier des systèmes de soins de santé primaires solides et intégrés.

129. Il a été observé que la planification de la transition pour la poliomyélite, qui vise à pérenniser les acquis et à garantir une approche intégrée des activités de santé publique au sens large, avait été examinée lors de précédentes sessions du Comité régional et ne constitue donc pas une problématique nouvelle. Il a été porté à l'attention des États Membres que, dès janvier 2022, le financement de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) ciblera uniquement les deux derniers pays où le poliovirus sauvage continue de circuler de façon endémique et les ripostes engagées face aux flambées épidémiques dans la Région africaine. C'est donc dire qu'il est impérieux que les États Membres accélèrent la mise en œuvre de leurs plans nationaux de transition pour la poliomyélite grâce au financement et à la mobilisation de ressources nationales suffisantes.

130. Au cours de la manifestation spéciale animée par la Prof. Rose Leke, Présidente de la Commission africaine de certification de l'éradication de la poliomyélite, et par la D^{re} Djamila Cabral, Représentante de l'OMS en Angola, les États Membres ont réaffirmé leur engagement à enrayer les flambées épidémiques dans les meilleurs délais. Les délégués du Comité régional ont plaidé pour un soutien financier continu à la Région africaine, qui devrait notamment être prioritaire lors de la fourniture du nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 à partir de la réserve mondiale, le but étant de mettre rapidement fin à toutes les formes de poliomyélite. Les États Membres se sont engagés à mobiliser des ressources et ont partagé leurs diverses stratégies nationales et approches novatrices.

131. S'exprimant au nom des partenaires mondiaux de la lutte contre la poliomyélite, le D^r Chris Elias, président du Conseil de surveillance de la poliomyélite de l'IMEP, a rassuré les États Membres sur le fait que le nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 continuera d'être fourni en priorité à la Région africaine

pour les ripostes aux flambées et pour la campagne synchronisée prévue au premier semestre 2022. Le Dr Chris Elias a de nouveau insisté sur la nécessité de mettre en route des ripostes rapides et de qualité face aux flambées épidémiques grâce aux vaccins disponibles.

132. Pour conclure, la Directrice régionale a lancé un appel aux États Membres pour qu'ils honorent leurs engagements et qu'ils saisissent toutes les occasions possibles de mobiliser des ressources destinées à leurs plans nationaux de transition pour la poliomyélite. La D^{re} Moeti a aussi exhorté les États Membres à plaider pour une augmentation des contributions des États Membres à l'OMS afin que le budget de base de l'Organisation puisse être utilisé pour financer des activités intégrées allant au-delà du champ d'application de l'IMEP.

133. Un tableau de bord, qui a été relancé au cours de la manifestation spéciale, sera utilisé pour suivre périodiquement la mise en œuvre des engagements pris par les États Membres, ainsi que les résultats obtenus.

MANIFESTATION SPÉCIALE CONSACRÉE À LA RIPOSTE À LA COVID-19

Modératrice : Anne Soy, Correspondante principale de la BBC en Afrique

PREMIÈRE PARTIE : SÉANCE D'OUVERTURE

Introduction : Professeur Moustafa Mijiyawa, Ministre de la santé de la République du Togo et président de la soixante et onzième session du Comité régional

134. Le Ministre de la santé du Togo et président de la soixante et onzième session du Comité régional a souhaité la bienvenue aux États Membres représentés à la manifestation spéciale. Il a déclaré que cette manifestation ferait un état des lieux de la riposte à la COVID-19 dans la Région africaine, sachant que la pandémie continue jusque-là de porter un très rude coup aux systèmes de santé et qu'à peine 2 % de la population est entièrement vaccinée contre le virus. Le Ministre togolais de la santé a ajouté que la manifestation spéciale serait l'occasion de partager des approches de lutte contre la pandémie et de discuter des enseignements que les pays africains pourraient tirer de la COVID-19 pour édifier des systèmes plus durables capables de prévenir, de détecter de futures situations d'urgence sanitaire et d'y riposter.

Allocution d'ouverture : D^{re} Matshidiso Moeti, Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique

135. Après avoir souhaité la bienvenue aux participants, la D^{re} Moeti a évoqué les répercussions de la COVID-19. Si le nombre de cas et de décès dus à la COVID-19 en Afrique est resté faible par rapport aux autres continents, la Directrice régionale a souligné que plusieurs pays de la Région africaine connaissent une résurgence de la pandémie, avec des répercussions socioéconomiques importantes et un accès limité aux vaccins. Elle s'est félicitée des mesures rapides et des décisions difficiles prises par les pouvoirs publics et des efforts que ceux-ci déploient pour se procurer des fournitures essentielles par tous les moyens

possibles. La D^{re} Moeti a également apprécié à sa juste valeur le rôle important joué par le CDC-Afrique pour établir une passerelle entre la politique et l'action sanitaire, ainsi que la générosité et la solidarité des partenaires qui soutiennent l'Accélérateur ACT et le mécanisme COVAX. Elle a en outre salué le rôle héroïque des agents de santé et l'aide fournie par les populations, les dirigeants et d'autres membres de la société aux personnes se trouvant dans des situations extrêmement difficiles. La Directrice régionale a par ailleurs insisté sur l'importance de la coordination multisectorielle dans le domaine de la santé, qui constitue l'un des enseignements majeurs tirés jusqu'à présent de la riposte à la COVID-19 et que l'on pourrait utiliser pour préparer de futures menaces sanitaires.

136. La Directrice régionale a souligné la nécessité d'accélérer le déploiement des vaccins, de veiller à ce que la population adopte des mesures de prévention et de mobiliser des ressources pour promouvoir la recherche et l'innovation grâce à la collaboration scientifique internationale, notamment dans le domaine de la médecine traditionnelle africaine et des technologies numériques. Tout en relevant les grandes disparités dans la solidarité internationale, la D^{re} Moeti a invité les pays à accorder la priorité aux populations les plus vulnérables en veillant à ce que les populations soient entièrement vaccinées afin de contenir plus efficacement la transmission du virus. Tout en reconnaissant la complexité de la tâche, la Directrice régionale a souligné l'urgence pour les pays, l'OMS et les partenaires de planifier et de soutenir la gestion de la livraison de vaccins. La D^{re} Moeti a encouragé tous les gouvernements à faire usage des outils de calcul des coûts et des mécanismes de financement disponibles pour s'assurer de la disponibilité de ressources suffisantes pour le déploiement des vaccins. Elle a en outre insisté sur la nécessité de stimuler la production locale de vaccins et de fournitures essentielles.

137. La D^{re} Moeti a terminé son allocution en remerciant les participants et en encourageant tous les États Membres à continuer de renforcer leurs capacités nationales en vertu du Règlement sanitaire international, de sorte qu'elles soient opérationnelles et mobilisables à une plus grande échelle lorsque survient une pandémie. La Directrice régionale a appelé au renforcement de la préparation et des capacités de riposte au niveau des pays, notamment par l'affectation de ressources durables et prévisibles dans les budgets nationaux.

Propos liminaires : M. Pierre Dimba, Ministre de la santé, République de Côte d'Ivoire

138. Le Ministre ivoirien de la santé, représentant le Président de la République de Côte d'Ivoire, a remercié l'OMS pour l'appui fourni à son pays et salué les efforts déployés par l'Organisation et ses partenaires afin de mettre les vaccins anti-COVID-19 à la disposition des pays. Tout en indiquant que la Côte d'Ivoire s'employait à accroître sa campagne de vaccination, le ministre ivoirien a rappelé avec insistance que l'accès continu aux vaccins constitue un enjeu majeur. Le Ministre ivoirien de la santé a conclu son propos en appelant à la conjugaison des efforts et en invitant les États Membres à rester vigilants et à renforcer la résilience de leurs systèmes de santé.

DEUXIÈME PARTIE : LA COVID-19 DANS LA RÉGION AFRICAINE

Exposé : Dr Abdou Salam Gueye, directeur chargé des situations d'urgence au niveau de la Région africaine

139. Le directeur chargé des situations d'urgence au niveau de la Région africaine a fait le point sur la COVID-19 et sur la réponse à cette pandémie dans la Région africaine. Depuis le déclenchement de la pandémie, la Région a enregistré 5,4 millions de cas cumulés de COVID-19 et 130 300 décès dus à cette maladie, soit un taux de létalité de 2,4 %. Le Dr Abdou Salam Gueye a indiqué dans son exposé que les sous-régions d'Afrique du Nord et d'Afrique australe ont des taux d'atteinte et de létalité plus élevés. Il a aussi fait remarquer que l'Afrique a connu trois vagues jusqu'à présent, chaque nouvelle vague étant plus grave que celle qui l'a précédée. La troisième vague est caractérisée par l'émergence et la propagation de variants préoccupants de portée internationale (tels que les variants Alpha, Bêta, Delta et Gama).

140. Le directeur chargé des situations d'urgence au niveau de la Région africaine a décrit en détail la situation par rapport à la vaccination, invoquant de ce point de vue la faible couverture vaccinale. En effet, la couverture régionale moyenne est de quatre doses de vaccins administrées pour 100 personnes, contre 62 doses pour 100 personnes à l'échelle mondiale. La Région africaine a administré à peine 45 millions de doses sur les 4,8 milliards de doses administrées dans le monde entier. Une évaluation récente de l'état de préparation à l'introduction des vaccins a révélé des difficultés liées à l'examen de l'action en cours, à la supervision des opérations, à la mise à jour de microplans à l'échelon des districts et à la lassitude face à la pandémie, qui ont pour conséquence une observance insuffisante des mesures sociales et de santé publique.

141. Pour faire face à la pandémie, les États Membres ont collaboré avec le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et avec le CDC-Afrique à l'élaboration de plans de préparation et de riposte, tout comme ils ont participé à la mobilisation de ressources et à l'établissement de partenariats dans le cadre de divers réseaux et plateformes. En ce qui concerne le renforcement des capacités et les opérations, plus de 720 experts ont été déployés et 1282 membres du personnel ont été affectés pour exécuter d'autres tâches. L'OMS a soutenu la formation d'agents de santé et mis à disposition des fournitures et autres équipements médicaux pour renforcer la prise en charge de la maladie. S'inspirant de la capacité de séquençage du génome acquise dans le cadre de la lutte contre la maladie à virus Ebola, un réseau de 12 laboratoires et un centre régional d'excellence ont été établis. Les laboratoires procèdent à la surveillance et au séquençage génomiques pour 50 pays. Des campagnes de vaccination ont été engagées dans 45 pays, et 45 millions de doses ont déjà été administrées sur les 66 millions de doses reçues.

142. Parmi les difficultés majeures rencontrées dans la Région, on peut citer le manque de coordination en vue d'une réponse multisectorielle, la faible capacité des systèmes de santé — notamment des manquements dans la prise en charge de la maladie et le nombre insuffisant de fournitures médicales —, des lacunes dans la gestion des données de surveillance et des informations, les faibles taux de vaccination et la méfiance à l'égard des vaccins, l'impact limité des campagnes de communication sur les risques et de participation communautaire et le manque de moyens financiers. Il a également été noté que certains pays

ne tiraient pas efficacement parti des possibilités de financement offertes par les banques multilatérales et par Gavi, l'Alliance du vaccin.

Étude de cas : Dr Edgar Manuel Azevedo A. das Neves, Ministre de la santé, Sao Tomé-et-Principe

143. Le Ministre de la santé de Sao Tomé-et-Principe a fait part de l'expérience de son pays face à la pandémie de COVID-19. Il a décrit les efforts mis en œuvre par Sao Tomé-et-Principe pour transformer la pandémie en une opportunité de renforcer le système de santé et d'améliorer la préparation du pays aux situations d'urgence sanitaire. Les interventions suivantes ont été mises en avant : la création du Centre des opérations d'urgence de santé ; le renforcement des capacités des agents de santé ; la formation à la surveillance intégrée des maladies et la riposte et à la constitution d'équipes d'intervention rapide ; et le renforcement des capacités des laboratoires, y compris l'achat d'équipements et de matériel de laboratoire. La stratégie intégrée de recherche active de cas a été appliquée à la COVID-19, à la paralysie flasque aiguë, au paludisme et aux enfants non vaccinés, ce qui a permis d'améliorer la couverture vaccinale dans le cadre du programme élargi de vaccination. L'appui étroit des partenaires a grandement aidé à réduire les effets de la pandémie et mis en lumière la nécessité d'une coordination solide, du partage de l'information et de la sensibilisation. La riposte intégrée soutenue par l'OMS et les partenaires, sur la base des différents axes d'intervention définis, a donné au pays les possibilités d'enrayer la flambée et de limiter la propagation de la maladie.

TROISIÈME PARTIE : RELEVER LES DÉFIS

144. La troisième partie de la séance s'est articulée autour de trois causeries durant lesquelles un Ministre de la santé s'associait à un partenaire clé pour aborder de façon plus approfondie un problème particulier. Chaque causerie était suivie d'observations et d'une séance de questions-réponses.

SUJET 1. UNE APPROCHE GLOBALE DE SANTÉ PUBLIQUE POUR LUTTER CONTRE LA TROISIÈME VAGUE

Intervenants : Dr Guy Patrick Obiang Ndong, Ministre de la santé, Gabon ; Dr Anthony Fauci, Directeur, National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID) des États-Unis (pré-enregistré)

145. Le Dr Antony Fauci a déclaré que la principale leçon à tirer de la pandémie de COVID-19 était la nécessité d'une coopération internationale. Selon le Dr Fauci, la COVID-19 constitue pour un double fardeau pour l'Afrique subsaharienne, car elle supporte une plus grande part de la charge mondiale de morbidité. Des investissements s'avèrent donc nécessaires pour améliorer la préparation des systèmes de santé.

146. Le Dr Antony Fauci a indiqué que pour contenir la pandémie, l'une des interventions essentielles se trouve être la vaccination contre la COVID-19. L'administration américaine a mobilisé des doses de vaccin et des moyens suffisants pour faire vacciner le plus grand nombre de personnes possibles dans les meilleurs

délais aux États-Unis. Mais, en dépit des moyens mis en œuvre, 90 millions de personnes ne sont toujours pas vaccinées à cause de la méfiance à l'égard des vaccins et de la politisation de la riposte à la COVID-19.

147. Le Dr Fauci a fait valoir que l'administration américaine reconnaît l'importance de l'équité en matière de vaccins et consent un investissement important en faisant don d'un demi-milliard de doses de vaccins aux pays à revenu faible ou intermédiaire. C'est ainsi que l'administration américaine remettra en donation 200 millions de doses d'ici la fin de l'année 2021 et 300 millions de doses de vaccins supplémentaires en 2022. Le Dr Fauci a reconnu que les États-Unis doivent faire plus, y compris en matière de transfert de technologies et de renforcement des capacités, afin d'aider les pays africains à produire leurs propres vaccins.

148. Le Ministre gabonais de la santé a exposé différentes stratégies mises en œuvre par le Gabon pour faire face à la pandémie de COVID-19. L'accès aux vaccins est l'un des plus gros défis auxquels ce pays est confronté. Le ministre s'est réjoui de l'engagement du mécanisme COVAX et des États-Unis à soutenir les pays africains pour qu'ils obtiennent des vaccins. Il a toutefois souligné que les procédures pour accéder à cet appui sont complexes. Le Ministre gabonais de la santé a relevé que si les pays africains ont du mal à accéder aux vaccins, ils sont aussi confrontés à la problématique de la méfiance à l'égard de la vaccination qui est entretenue et aggravée par l'infodémie actuelle. Il a lancé un appel à l'assouplissement des procédures du COVAX en souhaitant vivement que les pays bénéficient d'un accompagnement pour tordre le cou aux rumeurs.

149. Concernant la réticence face à la vaccination, le Dr Fauci a tenu à rappeler qu'aucune stratégie ne saurait constituer la panacée universelle, d'où la nécessité de bien appréhender les causes profondes de cette situation. La réticence pourrait être liée à la méfiance vis-à-vis des pouvoirs publics, à des motifs religieux, à l'inadéquation de l'information et à la désinformation, entre autres. Pour y faire face, les États-Unis ont recours à une multitude de stratégies comprenant le rapprochement des services de vaccination de la population et l'utilisation de messagers de confiance au sein des communautés — notamment des membres du clergé, des médecins de famille, des athlètes et des célébrités.

150. Le Dr Fauci a également affirmé que l'expérience et l'infrastructure mise en place au titre de la lutte contre le VIH et la tuberculose, en particulier le dispositif du PEPFAR en Afrique, pourraient être exploitées dans le monde entier pour la riposte à la COVID-19.

SUJET 2. GAGNER LA CONFIANCE DES COMMUNAUTÉS

Intervenants : Dr Henry Mwebesa, directeur général des services de santé, Ouganda ; M. Kojo Boakye, directeur de la politique publique en Afrique, Facebook

151. La surabondance de l'information, que l'on désigne par le terme « infodémie », constitue l'un des plus gros défis à surmonter dans la riposte à la COVID-19. Les échanges ont tourné essentiellement autour des moyens d'instaurer la confiance au sein des communautés et sur les réseaux sociaux. Le Dr Mwebesa, qui

représentait la Ministre ougandaise de la santé, a décrit les difficultés rencontrées par son pays face à la méfiance affichée lorsque les services de vaccination contre la COVID-19 ont démarré leurs activités. Les facteurs qui favorisent cette méfiance sont, entre autres, la circulation d'informations erronées sur les manifestations postvaccinales indésirables, les doutes au sujet de l'innocuité des vaccins qui se fondent sur le peu de temps pris pour leur mise au point comme pour leur homologation, les informations diffusées par les médias internationaux sur la suspension de l'utilisation du vaccin AstraZeneca, l'influence négative que la réticence des agents de santé a sur la population, et la désinformation.

152. Les autorités nationales ont adopté différentes approches pour instaurer la confiance. Par exemple, des dirigeants, et particulièrement le Président de la République et d'autres personnalités politiques, culturelles et religieuses de niveaux divers, se sont fait vacciner devant les caméras de télévision pour promouvoir la vaccination contre la COVID-19. Les autorités nationales ont également fait appel à une équipe de professionnels des médias à qui elles ont fait visiter le centre hospitalier national dénommé le *National Hospital*. Après la visite, l'équipe a choisi de se faire vacciner et a encouragé les autres couches de la population à faire de même. Des personnes-ressources parmi les comités de santé de villages ont aussi contribué grandement à la diffusion de l'information. La deuxième vague a été plus grave en Ouganda, provoquant une augmentation de la demande de vaccins à tel point que cette demande dépasse désormais l'offre.

153. Le représentant de Facebook a fait remarquer que le principal atout de son entreprise réside dans le grand nombre de personnes qui utilisent la plateforme. Il a décrit les partenariats établis entre Facebook et des gouvernements, des institutions multilatérales et d'autres entités afin de tirer profit de son large vivier d'utilisateurs pour favoriser l'accès à des informations exactes sur la santé publique. À titre d'illustration, l'entreprise Facebook s'est alliée à des autorités nationales pour afficher sur sa plateforme des liens vers des centres d'information sur la COVID-19. Facebook a lancé une enquête dont le but est de recueillir des données sur l'expérience des populations face à la COVID-19 et la vaccination, à laquelle 70 millions de personnes ont répondu dans 200 pays, y compris en Afrique. Les informations ainsi recueillies peuvent être utilisées par les États Membres et par d'autres parties prenantes pour structurer leur riposte. De plus, Facebook a établi une plateforme de services de don de sang dans 16 pays afin d'accroître le nombre de dons recueillis pendant la pandémie de COVID-19. L'entreprise offre des crédits de publicité pour l'information sanitaire et lutte activement contre les fausses informations. Le représentant de Facebook a rappelé avec insistance l'engagement de son entreprise à travailler avec les gouvernements sur la santé publique.

SUJET 3. L'AVENIR DE L'ACTION D'URGENCE

Intervenants : Dr Sidi Zahaf, Ministre de la santé, Mauritanie ; Dr John Nkengasong, Directeur du CDC-Afrique

154. Le Dr John Nkengasong, Directeur du CDC-Afrique, a déclaré qu'au moment où nous réfléchissons à l'avenir de l'action d'urgence, nous devrions garder à l'esprit que la pandémie perdure depuis plus d'un an,

au-delà de sa phase aiguë, et que les activités de riposte doivent être intégrées. Il a averti que la situation deviendrait plus difficile avant une embellie. À cet égard, il a mentionné plusieurs points importants à prendre en considération pour les futures interventions d'urgence.

- a) Comment gérons-nous la lutte contre la COVID-19 en tant que programme ? Les vaccins à eux seuls ne seront pas suffisants pour nous sortir de la pandémie.
- b) Quatre éléments clés pour la fabrication locale de produits destinés à la sécurité sanitaire sont les vaccins, les produits thérapeutiques, les produits de diagnostic et des produits médicaux tels que les équipements de protection individuelle, qui sont essentiels pour l'Afrique aujourd'hui et demain. Le Dr John Nkengasong a félicité l'Afrique du Sud, le Sénégal, le Rwanda et le Maroc pour les initiatives en cours de fabrication locale de vaccins.
- c) L'Afrique doit adopter une vision prospective et s'attacher à constituer le type de personnels de santé dont nous avons besoin au XXI^e siècle. Le continent doit se doter d'une force d'élite pour des interventions de santé publique qui offriront des solutions locales.
- d) Il est important de réfléchir soigneusement au volume de financements qui convient pour une nouvelle architecture de gestion des urgences de santé publique dans la Région. Nous avons besoin pour cela d'un leadership régional couplé à un mécanisme de financement régional.

Partage des expériences des pays

155. Pendant la séance de questions-réponses, les États Membres ont noté avec satisfaction l'appui qu'ils ont reçu de l'OMS tout en félicitant le Directeur général de l'OMS et la Directrice régionale pour leur action. Les pays ont fait part de leurs expériences respectives de la coordination de la riposte, de la situation épidémiologique de la COVID-19, des variants préoccupants de portée internationale et de la troisième vague. Ils ont aussi abordé les objectifs, les campagnes et les taux de vaccination dans les pays. Les États Membres ont appelé à assurer l'équité en matière de vaccins et à aider à résorber les disparités concernant les soins critiques. Les leçons et les expériences ci-après ont été partagées :

- a) des stratégies de déploiement différentes peuvent être adoptées pour les différents types de vaccins. Entre autres mesures, on pourrait distribuer le vaccin Johnson & Johnson en milieu rural, étant donné que ce vaccin est à dose unique et que les coûts opérationnels y afférents sont moins élevés ; le vaccin Sinopharm pourrait être utilisé dans des services courants parce qu'il a une longue durée de conservation ; et des campagnes à grande échelle pourraient être menées avec le vaccin AstraZeneca ;
- b) la riposte à la pandémie peut être utilisée comme un levier pour édifier des systèmes de santé plus solides et plus résilients, notamment en renforçant l'infrastructure sanitaire, les effectifs, les réseaux de laboratoire, les capacités de livraison d'oxygène et en améliorant la prise en charge en unité de soins intensifs ;
- c) les structures établies pour la COVID-19 peuvent être mises à contribution pour détecter de nombreuses épidémies telles que celles de maladie à virus Ebola, de maladie à virus Marburg et de fièvre de Lassa, et pour y faire face ;
- d) plusieurs pays ont organisé des examens de l'action en cours et constaté que de tels exercices sont utiles pour déterminer les écarts et façonner la riposte ; et

- e) le représentant d'un État Membre a décrit comment la vaccination des agents de santé avait considérablement réduit la propagation des infections par le virus de la COVID-19 et les décès dus à cette maladie chez les agents de santé pendant la troisième vague.

QUATRIÈME PARTIE : SYNTHÈSE ET PERSPECTIVES

156. La manifestation comprenait un intermède musical animé par Bruno Akani, un musicien mozambicain qui a composé la chanson intitulée « Standing Still » au début de la pandémie de COVID-19. Bruno Akani a signé avec la Fondation de l'OMS un accord au titre duquel il s'engageait à faire don des redevances sur sa chanson à la Fondation pour soutenir la riposte à la COVID-19. La manifestation a été clôturée par la modératrice, qui a exprimé sa satisfaction pour des échanges riches et fructueux.

Séance d'information du Groupe de travail des États Membres sur le renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux situations d'urgence sanitaire

157. Le Groupe de travail a souhaité informer le Comité régional de l'Afrique des progrès réalisés, dans le cadre de son engagement à faciliter des méthodes de travail ouvertes et transparentes avec la participation des États Membres. La réunion avec le Comité régional de l'Afrique constituait la première interaction avec un comité régional de l'OMS. Le Groupe de travail a présenté son bureau dirigé par deux présidents, qui est représenté dans les six régions de l'OMS. Les deux coprésidents qui ont conduit la séance d'information ont également été présentés. Il s'agit de l'Ambassadrice Grata Endah Werdaningtyas, Représentante permanente adjointe de l'Indonésie auprès des Missions à Genève, et de M. Colin McIlff, Directeur adjoint de *Global Affairs*, au *Department of Health and Human Services* des États-Unis. En introduction, il a été relevé que l'ampleur sans précédent de la pandémie de COVID-19 soulignait la nécessité d'opérer des changements fondamentaux dans l'architecture mondiale de la préparation et de la riposte aux situations d'urgence. Au cours de la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé, les États Membres avaient décidé de mettre en place un groupe de travail en vertu de la résolution WHA74.4 et de la décision WHA74(16), et avaient chargé ledit groupe de travail de leur faire rapport à la Soixante-Quinzième Assemblée de la Santé.

158. Le Groupe de travail a décrit ses méthodes de travail et les principaux résultats escomptés de son action. Il tiendra trois réunions : la première s'est déroulée à la mi-juillet, tandis que les deuxième et troisième qui dureront deux jours chacune sont prévues en début septembre et en octobre, respectivement. Des discussions plus approfondies auront lieu pendant les réunions à venir. Le Groupe de travail a le double mandat suivant :

- a) examiner les conclusions et les recommandations du Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie, du Comité d'examen du RSI et d'autres rapports pertinents de l'OMS et soumettre à la Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé un rapport contenant des recommandations à l'intention du Secrétariat de l'OMS, des États Membres et des acteurs non étatiques ; et

- b) évaluer en priorité les avantages de l'élaboration d'une convention, d'un accord ou d'un autre instrument international de l'OMS axé sur la préparation et la riposte aux pandémies et préparer un rapport qui sera examiné lors de la réunion extraordinaire de l'Assemblée mondiale de la Santé prévue en novembre 2021.

159. Les coprésidents ont souligné que le partage des expériences des pays serait utile pour la formulation des recommandations. En attendant, les sous-groupes seront organisés de manière séquentielle pour permettre la participation et, bien qu'ils puissent consulter des acteurs non étatiques, l'autorité revient aux États Membres. En conclusion, les membres du Groupe de travail ont rassuré les États Membres qu'ils étaient là pour les écouter et pour répercuter leurs points de vue. Les États Membres ont été encouragés à lire les documents qui leur avaient été transmis et à se rendre sur la plateforme pour y réagir aux recommandations formulées en préparation des séances à venir.

160. En clôturant la séance, la D^{re} Moeti a remercié le Groupe de travail pour les informations fournies. Elle a réaffirmé l'engagement du Secrétariat de l'OMS à soutenir les mécanismes qui favorisent la circulation de l'information entre le Groupe de travail et les États Membres, tout comme la transmission des observations des États Membres au Groupe de travail.

PARTIE III

ANNEXES

ANNEXE 1

Procédures spéciales régissant la conduite des séances virtuelles de la session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

1. Le Règlement intérieur du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique continue de s'appliquer intégralement, sauf lorsqu'il diverge des présentes procédures spéciales, auquel cas la décision du Comité régional de l'Afrique portant adoption des présentes procédures spéciales tient lieu de décision de suspendre, dans la mesure nécessaire, les articles du Règlement intérieur considérés, conformément à l'article 53 du Règlement intérieur du Comité régional de l'Afrique.¹

PARTICIPATION ET QUORUM

2. Les États Membres, les Membres associés, les comités et les institutions spécialisées du système des Nations Unies, tout comme les autres organisations internationales et les communautés économiques régionales possédant avec l'Organisation mondiale de la Santé des intérêts communs, ainsi que les organisations non gouvernementales, participent aux travaux du Comité régional par un accès sécurisé à la vidéoconférence ou par tout moyen électronique permettant aux représentants d'entendre les autres participants et de prendre la parole à distance.

3. Pour éviter toute ambiguïté, la présence virtuelle des représentants des États Membres et des Membres associés est prise en compte pour le calcul du quorum.

INTERVENTIONS AU COMITÉ RÉGIONAL

4. Les États Membres, les Membres associés, les comités et institutions spécialisées du système des Nations Unies, tout comme les représentants invités des autres organisations internationales participantes et des communautés économiques possédant avec l'Organisation mondiale de la Santé des intérêts communs et les organisations non gouvernementales sont invités à fournir, avant l'ouverture des travaux du Comité régional, des déclarations écrites ne dépassant pas 600 mots, préparées dans l'une des langues officielles de la Région africaine. Ces déclarations seront postées sur le site Web du Comité régional.

5. Les chefs des délégations des États Membres et des Membres associés ont en outre la possibilité, s'ils le souhaitent, de présenter des déclarations vidéo préenregistrées d'une durée maximale de trois

¹ Cette décision affectera notamment les dispositions pertinentes ci-après du Règlement intérieur du Comité régional de l'Afrique :

- Article 3 (Pouvoirs) ;
- Article 10 (Bureau du Comité, étant entendu que l'article 10 concerne le Président) ;
- Article 20 (Rapport final) ;
- Article 45, articles 48 jusqu'à 51 (sur le vote à main levée et le vote au scrutin secret) ;
- Article 54 (amendements ou additions au Règlement intérieur), dans la mesure où les présentes procédures spéciales peuvent être considérées comme des amendements ou des additions au Règlement intérieur et dans la mesure où l'article 54 dispose que le Comité doit avoir été saisi par un sous-comité compétent d'un rapport concernant de tels amendements ou additions et après examen de ce rapport.

minutes avant l'ouverture de la session, si possible avant le vendredi 20 août 2021. Ces déclarations vidéo seront diffusées lors de la séance virtuelle en lieu et place d'une intervention en direct.

6. Les déclarations écrites et vidéo, dans la langue où elles sont rédigées ou enregistrées, resteront postées sur le site Web du Bureau régional jusqu'à l'adoption du rapport final du Comité régional et refléteront ses délibérations, conformément à la pratique établie.

7. Lors de la réunion virtuelle, les États Membres, les Membres associés, les comités des Nations Unies et les institutions spécialisées du système des Nations Unies auront la possibilité de prendre la parole, au même titre que les représentants invités des autres organisations internationales et ceux des communautés économiques et des organisations non gouvernementales possédant avec l'Organisation mondiale de la Santé des intérêts communs. Les déclarations sont limitées à trois minutes par intervention pour les États Membres et les Membres associés. Les déclarations seront limitées à une minute pour les comités des Nations Unies et les institutions spécialisées, ainsi que pour les représentants des autres organisations internationales régionales et communautés économiques et organisations non gouvernementales participant à la session. Tout représentant souhaitant prendre la parole doit faire part de son souhait de s'exprimer en utilisant les outils mis à disposition à cet effet sur la plateforme en ligne.

COMITÉS

8. Les travaux se déroulent uniquement en plénière. Par conséquent, le Comité de vérification des pouvoirs ne sera pas constitué. Les pouvoirs sont examinés comme indiqué ci-après.

INSCRIPTION ET POUVOIRS

9. L'inscription en ligne se fait suivant la pratique normale. Des orientations pour l'inscription en ligne sont données dans la section y afférente.

10. Conformément à l'article 3, les noms des représentants, y compris tous les suppléants, les conseillers et les secrétaires, prennent la forme de pouvoirs lorsqu'ils sont établis par un chef d'État, le Ministre des affaires étrangères, le Ministre de la santé ou par toute autre autorité appropriée. Ces pouvoirs doivent être communiqués à la Directrice régionale par voie électronique si possible avant le 20 août 2021. Compte tenu de la nécessité de faciliter l'accès à la réunion virtuelle, l'ensemble des pouvoirs et des listes de représentants, y compris tous les suppléants, les conseillers et les secrétaires doivent être présentés sous forme électronique.

11. Le Président du Comité régional ayant déterminé, avant l'ouverture et lors de la soixante et onzième session, si les pouvoirs des Membres et des Membres associés, y compris tous les suppléants, conseillers et secrétaires sont conformes aux prescriptions du Règlement intérieur, fait rapport sur ce point au Comité régional à l'ouverture de la session et à tout autre moment qui pourrait s'avérer nécessaire afin que le Comité régional statue sur les pouvoirs présentés.

SÉANCES

12. Toutes les séances du Comité régional sont publiques. La session virtuelle du Comité régional est retransmise sur le site Web du Comité régional.

PRISE DE DÉCISIONS

13. Dans la mesure du possible, toutes les décisions que le Comité régional prend dans le cadre d'une session virtuelle devraient être le résultat d'un consensus. En tout état de cause, la réunion étant virtuelle, aucune décision n'est prise par vote à main levée ni au scrutin secret.

LANGUES

14. Afin que le doute soit exclu, l'article 23, en vertu duquel les discours prononcés dans l'une des langues officielles sont interprétés dans les autres langues officielles, continue à s'appliquer.

EXAMEN DES DOCUMENTS D'INFORMATION

15. L'examen des documents d'information se fera au moyen de déclarations écrites qui seront publiées sur le site Web du Comité régional. Les déclarations écrites en rapport avec les documents d'information devront être envoyées par courrier électronique au Secrétariat, à l'adresse afgorcregistration@who.int, avant le premier jour de la session du Comité régional.

RAPPORT FINAL

16. Après la clôture de la session, le Secrétariat prépare et communique par voie électronique un projet de rapport final adressé aux représentants des États Membres et des Membres associés, pour examen et observations. Les observations sont envoyées par voie électronique au Secrétariat, à l'adresse électronique afgorcregistration@who.int, au plus tard dans un délai de quatorze jours à compter de la date de communication du projet de rapport final. Le Secrétariat, après consultation du Président du Comité régional, établit sous sa forme définitive le rapport final et le publie sur le site Web du Bureau régional.

ANNEXE 2

LISTE DES PARTICIPANTS

1. REPRÉSENTANTS D'ÉTATS MEMBRES

ALGÉRIE

M. Djamel Fourar
Directeur général de la prévention et de la
promotion de la santé
Ministère de la santé, de la population et de la
réforme hospitalière
Chef de délégation

M^{me} Leila Benbernou
Directrice, Direction générale des services de
santé et de la réforme hospitalière
Ministère de la santé, de la population et de la
réforme hospitalière

M. Fawzi Benachenhou
Directeur, Direction générale des services de
santé et de la réforme hospitalière
Ministère de la santé, de la population et de la
réforme hospitalière

M. Youcef Laid
Sous-directeur des programmes de vaccination
et de la promotion de la santé
Ministère de la santé, de la population et de la
réforme hospitalière

M^{me} Djamila Nadir
Sous-directrice des maladies non transmissibles
et de la lutte contre les facteurs de risque
Ministère de la santé, de la population et de la
réforme hospitalière

M^{me} Nadia Djeraoune
Sous-directrice, Direction de la population
Ministère de la santé, de la population et de la
réforme hospitalière

M. Hichem Ayadat
Attaché des affaires étrangères
Mission permanente de l'Algérie à Genève

ANGOLA

D^{re} Silvia Paula Valentim Lutucuta
Ministre de la santé
Ministère de la santé
Cheffe de délégation

BÉNIN

M. Benjamin I.B. Hounkpatin
Ministre de la santé
Ministère de la santé
Chef de délégation

M. Ali Imorou Bah Chabi
Secrétaire général
Ministère de la santé

M^{me} Françoise Sibylle Assavedo
Conseiller technique à la médecine hospitalière
Ministère de la santé

BOTSWANA

Dr Edwin Dikoloti
Minister of Health and Wellness
Ministry of Health and Wellness
Head of delegation

Ms Grace Muzila
Permanent Secretary
Ministry of Health and Wellness

Mr Moses Kagiso Keetile
Deputy Permanent Secretary
Ministry of Health and Wellness

Dr Malebogo Keabonye
Senior Consultant
Ministry of Health and Wellness

Dr Boitumelo Tau
Health Attaché
Botswana Permanent Mission in Geneva

Ms Judith Nawa
Deputy Director
Ministry of Health and Wellness

BURKINA FASO

Professeur Charlemagne Marie Ragnag-
Néwendé Ouedraogo
Ministre de la santé
Ministère de la santé
Chef de délégation

Dr Emmanuel Seini
Directeur général de la santé publique
Ministère de la santé

Dr Seydou Ouattara
Directeur de la protection de la santé de la
population
Ministère de la santé

Dr Issa Ouédraogo
Directeur de la prévention par les vaccinations
Ministère de la santé

Dr Brice Bicaba
Directeur du Centre des opérations de réponse
aux urgences sanitaires
Ministère de la santé

D^{re} Emmanuelle Zouré
Directrice de la prévention et du contrôle des
maladies non transmissibles
Ministère de la santé

Dr Boukary Ouédraogo
Directeur des systèmes d'information en santé
Ministère de la santé

M^{me} Wendegoudi Jacqueline Ouédraogo
Premier Conseiller à la Mission permanente du
Burkina Faso à Genève
Mission permanente du Burkina Faso à Genève

BURUNDI

Dr Jean Baptiste Nzorironkankuze
Secrétaire permanent
Ministère de la santé publique et de la lutte
contre le sida
Chef de délégation

D^{re} Chloé Ndayikunda
Directrice générale des services de santé et de la
lutte contre le sida
Ministère de la santé publique et de la lutte
contre le sida

Dr Aimé Ndayizeye
Directeur du Programme national de lutte contre
le sida et les IST
Ministère de la santé publique et de la lutte
contre le sida

Dr Herménégilde Nzimenya
Directeur du Programme national de lutte contre
la tuberculose
Ministère de la santé publique et de la lutte
contre le sida

Dr Olivier Nijimbere
Directeur du Programme élargi de vaccination
Ministère de la santé publique et de la lutte
contre le sida

Dr Ananie Ndacayisaba
Directeur du Programme national de la
reproduction
Ministère de la santé publique et de la lutte
contre le sida

Dr Jean Claude Bizimana
Directeur du Centre des opérations d'urgence en
santé publique
Ministère de la santé publique et de la lutte
contre le sida

Dr Olivier Musoni
Directeur du Programme de gestion de
l'informatique du système de santé
Ministère de la santé publique et de la lutte
contre le sida

CABO VERDE

M. Arlindo Nascimento do Rosário
Ministre de la santé et de la sécurité sociale
Ministère de la santé et de la sécurité sociale
Chef de délégation

M. Jorge Noel Barreto
Directeur national de la santé
Ministère de la santé et de la sécurité sociale

Dr^e Maria da Luz Lima Mendonça
Présidente de l'Institut national de santé publique
Ministère de la santé et de la sécurité sociale

CAMEROUN

Dr Malachie Manaouda
Ministre de la santé publique
Ministère de la santé publique
Chef de délégation

Dr Georges Alain Etoundi Mballa
Directeur de la lutte contre la maladie, les
épidémies et les pandémies
Ministère de la santé publique

Dr Bachir Hassan Ben
Chef de division de la coopération
Ministère de la santé publique

RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Dr Pierre Somse
Ministre de la santé et de la population
Ministère de la santé et de la population
Chef de délégation

Dr Marcel Mbeko Simaleko
Chargé de mission en matière de suivi de la
politique des stratégies et de coopération
Ministère de la santé et de la population

Dr^e Noelly Donon Douma
Directrice générale de la recherche,
des études et de la planification
Ministère de la santé et de la population

TCHAD

Dr Abdoulaye Sabre Fadoul
Ministre de la santé publique et de la solidarité
nationale
Ministère de la santé publique et de la solidarité
nationale
Chef de délégation

Dr Djiddi Ali Sougoudi
Secrétaire d'État à la santé publique et à la
solidarité nationale

Dr Chérif Baharadine
Président du Sous-Comité du Programme
Ministère de la santé publique et de la solidarité
nationale

COMORES

M^{me} Loub-Yakouti Attoumamne
Ministre de la santé, de la solidarité, de la
protection sociale et de la promotion du genre
Ministère de la santé, de la solidarité, de la
protection sociale et de la promotion du genre
Cheffe de délégation

Dr Aboubacar Said Anli
Directeur général de la santé
Ministère de la santé, de la solidarité, de la
protection sociale et de la promotion du genre

Dr Ahamada Said Fazul
Directeur général de l'ANAMEV
Ministère de la santé, de la solidarité, de la
protection sociale et de la promotion du genre

M. Nadjime-Dine Youssouf M'Bechezi
Conseiller technique
Ministère de la santé, de la solidarité, de la
protection sociale et de la promotion du genre

Dr Soulaïmana Youssouf
Directeur de la lutte contre le sida
Ministère de la santé, de la solidarité, de la
protection sociale et de la promotion du genre

CONGO

M. Gilbert Mokoki
Ministre de la santé et de la population
Ministère de la santé et de la population
Chef de délégation

Dr Paul Oyere Moke
Directeur général de la population
Ministère de la santé et de la population

M. Jules César Botokou
Ministre Conseiller à la Mission permanente du
Congo à Genève

Dr Ludovic Anselme Gnekoumou Libaba
Conseiller technique
Ministère de la santé et de la population

Dr Jovial Oba
Conseiller à la population
Ministère de la santé et de la population

M. Saturnin Brice Rich Massana
Directeur des études et de la planification
Ministère de la santé et de la population

M. Fred Ngakeni Ikia Oboyo
Directeur des technologies de l'information et de
la communication
Ministère de la santé et de la population

M. Euloge Bofoko Ndossa
Attaché technique
Ministère de la santé et de la population

CÔTE D'IVOIRE

M. Evariste Koffi Yapi
Ambassadeur de Côte d'Ivoire en Éthiopie
Ambassade de Côte d'Ivoire en Éthiopie

Prof. Samba Mamadou
Directeur général de la santé
Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de
la couverture maladie universelle

Prof. Kouadio Daniel Ekra
Directeur coordonnateur du Programme élargi de
vaccination

M. Bi Zah Patrice Gohi
Conseiller à la Mission permanente de la
République de Côte d'Ivoire à Genève

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

M. Pierre Lokadi Otete Opetha
Secrétaire général à la santé publique
Ministère de la santé publique, hygiène et
prévention

M. Thomas Kataba Ndireyata
Directeur de la Direction des études et de la
planification
Ministère de la santé publique, hygiène et
prévention

M^{me} Elisabeth Mukamba Musenga
Directrice du Programme élargi de vaccination
Ministère de la santé publique, hygiène et
prévention

M. Paul Pilipili Hangi
Expert économiste de la santé DEP
Ministère de la santé publique, hygiène et
prévention

M^{me} Anne Marie Tumba Benabiabu
Directrice du Programme national de la santé de
la reproduction
Ministère de la santé publique, hygiène et
prévention

M. Aimé Lukusa Mwindilay
Expert en santé publique à la Direction des
études et de la planification
Ministère de la santé publique, hygiène et
prévention

ÉRYTHRÉE

Dr Anderbrhan Tesfasion Woldendrias
Acting Director General, Department of Public
Health
Minister of Health
Head of delegation

ESWATINI

Ms Bawelile Philomena Simelane
First Secretary/Focal Point
Eswatini Permanent Mission in Geneva

ÉTHIOPIE

Dr Lia Tadesse Gebremedhin
Minister of Health
Federal Ministry of Health
Head of delegation

Dr Dereje Duguma Gameda
State Minister of Health
Federal Ministry of Health

Mrs Alemtsehay Paulos Atimo
State Minister of Health
Federal Ministry of Health

Dr Ruth Nigatu Belachew
Chief of Staff, Office of the Minister of Health
Federal Ministry of Health

Dr Getachew Tollera Eticha
Deputy Director General, Ethiopian Public Health
Institute
Federal Ministry of Health

Mr Naod Wendrad Abera
Director, Policy, Plan, M&E
Directorate of the Federal Ministry of Health

Mrs Hiwot Solomon Taffese
Director, Disease Prevention and Control
Directorate of the Federal Ministry of Health

Dr Meseret Zelalem Tadesse
Director, Maternal and Child Health
Directorate of the Federal Ministry of Health

Mr Abas Hassen Yesuf
Director, Clinical Service
Directorate of the Federal Ministry of Health

Mr Gemechis Melkamu Gebena
Director, Health Information Technology
Directorate of the Federal Ministry of Health

Mrs Biruk Abate Halallo
Health Attaché
Permanent Mission of Ethiopia in Geneva

Dr Munir Kassa Eshetu
Senior Technical Advisor, Office of the Minister of
Health
Federal Ministry of Health

Dr Mizan Kiros Mirutse
Senior Health Financing Advisor to the Minister
of Health
Federal Ministry of Health

GABON

Dr Guy Patrick Obiang Ndong
Ministre de la santé
Ministère de la santé
Chef de délégation

Dr^e Marcia Angue
Conseiller technique
Ministère de la santé

GAMBIE

Dr Ahmadou Lamin Samateh
Minister of Health
Ministry of Health
Head of delegation

Muhammadou L. Jaiteh
Permanent Secretary I
Ministry of Health

Dr Mustapha Bittaye
Director of Health Services
Ministry of Health

Momodou T. Nyassi
Deputy Director of Health Services
Ministry of Health

Buba Manjang
Director of Public Health
Ministry of Health

Omar Manjang
Director of Nursing and Midwifery
Ministry of Health

Fanta Bai-Secka
Deputy Permanent Secretary
Ministry of Health

Momodou M. Mbenga
Assistant Secretary
Ministry of Health

GHANA

Dr Patrick Kuma-Aboagye
Director General, Ghana Health Service
Ministry of Health

Mr Kwabena Boadu Oku-Afari
Chief Director
Ministry of Health

Dr Martha Gyansa-Lutterodt
Director, Technical Coordination
Ministry of Health

Dr Emmanuel Andrah Odame
Director of Policy Planning
Ministry of Health

Mr Yakubu Iddrisu
Minister-Counsellor for Global Health
Ghana Permanent Mission in Geneva

Ms Rahilu Haruna
WHO Desk Officer
Ministry of Health

Ms Linda Lariba Nanbigne
Personal Assistant to the Minister of Health
Ministry of Health

Dr Franklin Asiedu-Bekoe
Director of Public Health, Ghana Health Service

GUINÉE

Médecin Colonel Rémy Lamah
Ministre de la santé
Ministère de la santé
Chef de délégation

Dr Mohamed Lamine Yansané
Conseiller principal
Ministère de la santé

Dr Bachir Kanté
Conseiller chargé de mission
Ministère de la santé

GUINÉE-BISSAU

M. Mamadú M. Baldé
Directeur général de l'administration du système
de santé
Ministère de la santé publique
Chef de délégation

Dr Aladje Baldé
Président de l'Institut national de santé publique
Ministère de la santé publique

GUINÉE ÉQUATORIALE

Dr Nsue Milang Diosdado Vicente
Ministre de la santé et du bien-être social
Ministère de la santé et du bien-être social
Chef de délégation

M. Juan Jose Owono
Directeur général de la coordination hospitalière
et des maladies chroniques
Ministère de la santé et du bien-être social

Dr Florentino Abaga Ondo Ndoho
Directeur général de la santé publique, de la
prévention sanitaire, de la médecine
traditionnelle et naturelle
Ministère de la santé et du bien-être social

M^{me} Natalia-Josefa Sipi Saka
Cheffe de section à la Direction générale de la
santé publique
Ministère de la santé et du bien-être social

M. José Osa Mifumu
Chef de service du Système national
d'information sanitaire (SIS)
Ministère de la santé et du bien-être social

KENYA

Mr Sen. Mutahi Kagwe
Cabinet Secretary
Ministry of Health
Head of Delegation

Dr Patrick Amoth
Ag Director General for Health
Ministry of Health

Dr Joseph Lenai
Ag. Director of Health Sector Coordination and
Intergovernmental Affairs
Ministry of Health

Dr Francis Kuria
Ag. Director of Public Health
Ministry of Health

Dr Andrew Mulwa
Ag. Director of Preventive and Promotive Health
Services
Ministry of Health

Dr Charles Nzioka
Ag. Director of Health Policy, Research and M&E
Ministry of Health

Dr Daniel Langat
Had, Disease Surveillance and Epidemic
Response
Ministry of Health

Dr Isabel Maina
Head, Division of Health Financing
Ministry of Health

Dr Peace Mutuma
Health Attaché
Kenyan Permanent Mission in Geneva

Dr Grace Ikahu
International Health Relations
Ministry of Health

LESOTHO

Dr Letsie Nyane
Director General of Health Services

Ms Mashoai Palesa
Acting Director of Health Planning and Statistics

LIBÉRIA

Dr Wilhemina S. Jallah
Minister of Health and Social Welfare
Ministry of Health and Social Welfare
Head of delegation

Mr Paul Wolokollie Tate
Chargé d'Affaires/Head of Mission
Permanent Mission of Liberia in Geneva

MADAGASCAR

Prof. Arivelo Randriamanantany Zely
Ministre de la santé publique
Ministère de la santé publique
Chef de délégation

M. Fidiniaina Mamy Randriatsarafara
Directeur général de la médecine préventive
Ministère de la santé publique

M. Dominique Claude Rabeherifara
Conseiller
Mission permanente de Madagascar à Genève

MALAWI

Hon. Khumbize Kandodo Chiponda
Minister of Health and Population
Ministry of Health and Population
Head of delegation

Hon. Chrissie Kalamula Kanyasho
Deputy Minister of Health and Population
Ministry of Health and Population

Dr Charles Mwansambo
Secretary for Health
Ministry of Health and Population

Dr Queen Dube
Chief of Health Services
Ministry of Health and Population

Dr Storn Binton Kabuluzi
Director of Preventive Health Services
Ministry of Health and Population

Dr Jones Kaponda Masiye
Deputy Director of Clinical Services for non-Communicable Diseases and Mental Health
Ministry of Health and Population

MALI

M^{me} Diéminatou Sangaré
Ministre de la santé et du développement social
Ministère de la santé et du développement social
Cheffe de délégation

Dr Youma Sall
Conseiller technique pour la santé publique
Ministère de la santé et du développement social

Dr Moussa Kamissoko
Directeur de la Cellule de planification et de statistiques
Ministère de la santé et du développement social

Colonel Boubacar Ouologuem
Directeur des finances et du matériel
Ministère de la santé et du développement social

M. Ousmane Fomba
Directeur général de l'ANTIM
Ministère de la santé et du développement social

M. Mory Coulibaly
Conseiller en charge des questions de santé
Mission permanente du Mali à Genève

MAURITANIE

Dr Sidi Mohamed Lemine Zahaf
Ministre de la santé
Ministère de la santé
Chef de délégation

Dr Ba Halima Yaya
Secrétaire général
Ministère de la santé

Prof. Cheikh Baye Mkhaitiratt
Chargé de mission
Ministère de la santé

M. Maham Babou Bouna Kotob
Chargé de mission
Ministère de la santé

Dr Diop Cheikh Oumar
Coordinateur de la Cellule de la planification et
de la coopération
Ministère de la santé

MAURICE

Dr Ashwamedsing Dinassing
Director Health services (Temporary)
Ministry of Health and Wellness
Head of delegation

Mrs Hema Bhunjun-Kassee
Lead Analyst (Acting)
Ministry of Health and Wellness

MOZAMBIQUE

M. Daniel Armindo Tiago
Ministre de la santé
Ministère de la santé
Chef de délégation

M^{me} Maria Benigna Matsinhe
Directrice nationale adjointe de la santé publique
Ministère de la santé

Dr^e Francelina Romão
Conseillère pour les questions de santé
Mission permanente du Mozambique à Genève

NAMIBIE

Dr Kalumbi Shangula
Minister of Health and Social Services
Ministry of Health and Social Services
Head of delegation

Ms Petronella Masabane
Deputy executive Director
Ministry of Health and Social Services

Ms Shoopala Naemi
Director
Ministry of Health and Social Services

Mr Nicholus Mutenda
Acting Director
Ministry of Health and Social Services

Ms Juliet Karirao
Control Health Programme Officer
Ministry of Health and Social Services

Dr Theo-Ben Kandetu
Minister Counsellor on Health
Permanent Mission of Namibia in Geneva

NIGER

Dr Idi Illiassou Maïnassara
Ministre de la santé publique
Ministère de la santé publique, de la population
et des affaires sociales
Chef de délégation

Dr Daouda Saley
Directeur général de la santé
Ministère de la santé publique, de la population
et des affaires sociales

Dr Amadou Moustapha
Directeur de la surveillance et de la riposte
contre les épidémies
Ministère de la santé publique, de la population
et des affaires sociales

D^{re} Barira Dan Nouhou
Directrice de la pharmacie et de la médecine traditionnelle
Ministère de la santé publique, de la population et des affaires sociales

D^r Soumana Alphazazi
Coordonnateur du Programme national de lutte contre la tuberculose
Ministère de la santé publique, de la population et des affaires sociales

D^r Amadou Nouhou Diallo
Coordonnateur du Programme national de lutte contre le sida et les hépatites
Ministère de la santé publique, de la population et des affaires sociales

D^r Harouna Aida Mounkaila
Directrice des statistiques
Ministère de la santé publique, de la population et des affaires sociales

NIGÉRIA

Mr Emmanuel Osagie Ehanire
Minister of Health
Federal Ministry of Health
Head of delegation

Omobolanle Olowu
Director, Special Project
Federal Ministry of Health

Obi Adigwe
Director General, National Institute of Pharmaceutical Research and Development
Federal Ministry of Health

Mr Musa O. Ibrahim
Head International Cooperation
Federal Ministry of Health

Dr Ada Okonkwo
Head, Policy and Plan
Federal Ministry of Health

Mr Olufunmilola J. Alaka
Chief Population Programme Officer
Federal Ministry of Health

RWANDA

Dr Daniel Mandandi Ngamije
Minister of Health
Ministry of Health
Head of delegation

Dr Theophile Dushime
Chief Technical Advisor
Ministry of Health

Dr Corneille Killy Ntihakose
Head of Clinical and Public Health Department
Ministry of Health

Dr Albert Tuyishime
Head of Institute of HIV/AIDS Disease Prevention and Control
Department/Rwanda Biomedical Center

SAO TOMÉ-ET-PRINCIPE

D^r Edgar Manuel Azevedo Agostinho das Neves
Ministre de la santé
Ministère de la santé
Chef de délégation

D^r Carlos Alberto Bandeira d'Almeida
Directeur du Centre national de lutte contre les endémies
Ministère de la santé

SÉNÉGAL

M. Abdoulaye Diouf Sarr
Ministre de la santé et de l'action sociale
Ministère de la santé et de l'action sociale
Chef de délégation

D^r Babacar Gueye
Directeur de la lutte contre la maladie
Ministère de la santé et de l'action sociale

Dr Youssoupha Ndiaye
Directeur de la planification, de la recherche et
des statistiques
Ministère de la santé et de l'action sociale

Dr Alioune Badara Ly
Directeur du Centre des opérations d'urgence
sanitaire
Ministère de la santé et de l'action sociale

M. François Michel Moundor Diene
Premier Conseiller
Mission permanente du Sénégal à Genève

Dr Ibrahima Khaliloulah Dia
Coordonnateur de la santé digitale
Ministère de la santé et de l'action sociale

SEYCHELLES

Mrs Peggy Vidot
Minister of Health
Ministry of Health
Head of delegation

Dr Jude Gedeon
Public Health Commissioner
Ministry of Health

Dr Danny Louange
Chief Executive Officer, Health Care Agency
Ministry of Health

Dr Agnes Chetty
Director General of Health, Policy Development
Ministry of Health

Dr Susan Fock-Tave
Chief Medical Officer
Ministry of Health

SIERRA LEONE

Dr Austin Demby
Minister of Health and Sanitation
Ministry of Health and Sanitation
Head of delegation

Dr Francis Smart
Director, Policy Planning and Information
Ministry of Health and Sanitation

Dr Santigie Sesay
Director Mental Health and Non-communicable
Disease
Ministry of Health and Sanitation

Dr Lynda Foray
Manager, Tuberculosis
Ministry of Health and Sanitation

AFRIQUE DU SUD

Dr Joseph Mathume Phaahla
Minister of Health
Ministry of Health
Head of Delegation

Dr Maxwelle Sibongiseni Dhlomo
Deputy Minister of Health
Ministry of Health

Dr Sandile Buthelezi
Director-General: Health
Ministry of Health

Dr Thamizhanban Pillay
Deputy Director-General, Health Regulations and
Compliance
Ministry of Health

Dr Nonhlanhla Makanya
Chief Nursing Officer
Ministry of Health

Ms Aneliswa Priscilla Revival Cele
Acting Deputy Director-General: Primary Health
Care
Ministry of Health

Dr Lesley Bramford
Acting Chief Director: Child Youth School Health
Ministry of Health

Dr Manala Makua
Chief Director: Maternal Health
Ministry of Health

Ms Tsakani Grissel Mnisi
Director: International Health Liaison
Ministry of Health

Ms Sandhya Singh
Director: Communicable Diseases
Ministry of Health

SOUDAN DU SUD

Dr John Pasquale Rumunu
Director General for Preventive Health and
Acting Incident Manager

TOGO

M^{me} Victoire Tomegah-Dogbe
Première Ministre

Prof. Moustafa Mijiyawa
Ministre de la santé, de l'hygiène publique et de
l'accès universel aux soins
Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de
l'accès universel aux soins
Chef de délégation

M. Yackoley Kokou Johnson
Ambassadeur et Représentant permanent
Mission permanente du Togo à Genève

Dr Afèignindou Gnassingbe
Ministre Conseiller
Mission permanente du Togo à Genève

Dr Kokou Wotobe
Secrétaire général
Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de
l'accès universel aux soins

Prof. Ahoefa Vovor
Directrice générale des études, de la planification
et de l'information sanitaire
Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de
l'accès universel aux soins

Dr Essotoma Beweli
Directeur général de l'action sanitaire
Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de
l'accès universel aux soins

M. Kaledjora Banassim
Conseiller en communication
Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de
l'accès universel aux soins

Dr Mahamouda Teouri
Directeur du système national d'information
sanitaire et de l'informatique par intérim
Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de
l'accès universel aux soins

M. Bouzoum Kawele
Chef de division de la programmation et de la
coopération
Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de
l'accès universel aux soins

UGANDA

Ms Eunice Kigenyi
Deputy Permanent Representative
Permanent Mission of Uganda in Geneva

Dr Henry Gatyang Mwebesa
Director General of Health Services
Ministry of Health

Dr Joseph Okware
Director, Health Governance and Regulation
Ministry of Health

Dr Sarah K. Byakika
Commissioner Health Services (Financing,
Planning and Policy)
Ministry of Health

Dr Jesca S. Nsungwa
Commissioner Health Services (Reproductive
and Child Health)
Ministry of Health

Dr Timothy Musila
Assistant Commissioner Health Services (Private
Sector Coordination)
Ministry of Health

RÉPUBLIQUE-UNIE DE TANZANIE

Dr Leonard Subi
Director of Prevention Services
Ministry for Health, Community Development,
Gender, Elderly and Children

Comm. Ndaki Shilungu
Director of Social Development
Ministry of Health, Community Development,
Gender, Elderly and Children

Dr Ntuli Kapologwe
Director of Health, Social Welfare and Nutrition
President's Office Regional Administration
and Local Government

Mr James Charles Kiogwe
Assistant Director NCD
Ministry for Health, Community Development,
Gender, Elderly and Children

Dr Beatrice Mutayoba
Manager of HIV/AIDS
Ministry for Health, Community Development,
Gender, Elderly and Children

Dr Azma Simba
Acting Assistant Director Epidemiology and
Disease Control
Ministry for Health, Community Development,
Gender, Elderly and Children

Dr Vida Mmbaga
Coordinator-Influenza Project
Ministry for Health, Community Development,
Gender, Elderly and Children

Ms Asha Khamis Ussi
Head of Epidemiology
Ministry of Health, Zanzibar

Dr Witness Mchwampaka
Member of IHR NFP
Ministry for Health, Community Development,
Gender, Elderly and Children

Dr Catherine Joachim
Coordinator of SDGS Issues
Ministry for Health, Community Development,
Gender, Elderly and Children

Ms Neema Camara
Coordinator of IHR 2005 and WHAWHO RC
Resolutions
Ministry for Health, Community Development,
Gender, Elderly and Children

Ms Neema Manongi
First Secretary
Permanent Representative of the United
Republic of Tanzania in Geneva

ZAMBIE

Dr Kennedy Malama
Permanent Secretary
Ministry of Health
Head of delegation

Dr Francis Bwalya
Counsellor-Health
Permanent Mission of the Republic of Zambia to
UNOG, Geneva

Dr Andrew Silumesii
Director Public Health
Ministry of Health

Mr Henry Kansembe
Director-Policy and Planning
Ministry of Health

Dr Abel Nketani Kabalo
Director-Health Promotion, Environment and
Social Determinants
Ministry of Health

Dr Patricia Mupeta Bobo
Assistant Director Child Health and Nutrition
Ministry of Health

Dr Tina Chisenga
Assistant Director-Infectious Diseases
Ministry of Health

Dr Richard Nsakanya
Assistant Director-Clinical Care and Diagnostics
Ministry of Health

Dr Aaron Lunda Shibemba
National Coordinator-Laboratory Services
Ministry of Health

Dr Godfrey Biemba
Director-National Health Research Authority
Ministry of Health

Mr Patrick Banda
Assistant Director-Policy and Planning
Ministry of Health

Mr Paul Chishimba
Assistant Director M&E
Ministry of Health

Ms Anne Chafwa Mwiche
Chief Planner-Development Cooperation
Ministry of Health

Mr Liswaniso
Senior ICT Officer
Ministry of Health

Dr Namasiku Siyumwa
National NTD/NCD Manager
Ministry of Health

Dr Francis Dien Mwansa
National EPI Manager
Ministry of Health

Ms Mazaba Mazyanga Liwewe
Head Communication and Research, National
Public Health Institute
Ministry of Health

ZIMBABWE

Dr Jasper Chimedza
Permanent Secretary for Health and Child Care
Ministry of Health and Child Care
Dr Stephen Banda
Director-Policy and Planning
Ministry of Health and Child Care

Dr Wenceslas Nyamayaro
Acting Chief Director-Preventive services
Ministry of Health and Child Care

Dr Simukai T. Zizhou
Director-Electronic Health Records
Ministry of Health and Child Care

Dr Rugare Abigail Kangwende
Director-Monitoring and Evaluation
Ministry of Health and Child Care

Dr Owen Mugurungi
Director-Aids and TB
Ministry of Health and Child Care

Dr Isaac Phiri
Acting Deputy Director-Epidemiology, Disease
and Control
Ministry of Health and Child Care

2. ÉTATS MEMBRES D'AUTRES RÉGIONS

ALLEMAGNE

M. Björn Kümmel
Président du Groupe de travail des États
Membres sur le financement durable
Ministère fédéral de la santé

INDONÉSIE

Grata Werdaningtyas
Chargé d'affaires par intérim
Mission permanente de l'Indonésie à Genève

Mrs Hasan Meutia Hasniatiningsih
Premier Secrétaire
Mission permanente de l'Indonésie à Genève

KOWEÏT

Mr Ahmed B. Al-Sabah
First Specialist Economist
Kuwait Fund

NORVÈGE

Mr Bordvik Kjetil
Senior Adviser, Department of Health, Education
and Human Rights-
Section for Global Health
NORAD

SUÈDE

Gorka Fagilde
Conseiller régional
Systèmes de santé et SRHR
Ambassade de Suède en Afrique du Sud

Francis Mangani
Conseiller régional
Équipe régionale SRHR
Ambassade de Suède en Zambie

ROYAUME-UNI DE GRANDE-BRETAGNE ET D'IRLANDE DU NORD

M. Sam Beckwith
Ambassade du Royaume-Uni en République
démocratique du Congo

ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

USA DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (DHHS)

Dr Samuel Adeniyi-Jones
Director, Africa Regional Office

Dr Elana Clarke
Senior Global Health Officer

Colin Mciff
Deputy Director of the Office of Global Affairs

Ms Sarah Emami
Senior Global Health Officer

Dr Sophia Siddiqui
Health Attaché and HHS Representative in
Southern Africa

Ms Adaugo Mbagwu-Mahlik
Global Health Analyst

USA CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC)

Dr John Vertefeuille
Polio Eradication Chief

Ms Elisabeth Bell
Public Health Advisor

USAID

Cathy Nguyen
Infectious Disease Advisor

Hortense Me
Senior Health Advisor

3. OBSERVATEURS NON ÉTATIQUES

SAINT-SIÈGE

Charles Namugera
Official
Dicastery for Promoting Integral Human
Development

4. INSTITUTIONS DU SYSTÈME DES NATIONS UNIES ET AUTRES ORGANISATIONS INTERGOUVERNEMENTALES

CENTRE AFRICAIN DE CONTRÔLE ET DE PRÉVENTION DES MALADIES (CDC- AFRIQUE)

Dr John Nkengasong
Director

Ms Akhona Tshangela
Acting Principle Program Officer in the Office of
the Director of the Africa CDC

BANQUE AFRICAINE DE DÉVELOPPEMENT (BAD)

Mr Wilfrid Abiola
Country Manager in Togo

COMMISSION DE L'UNION AFRICAINE (AUC)

Dr^e Margaret Agama Anyetei
Directrice par intérim de la Direction de la santé
et des affaires humanitaires
Pôle santé, affaires humanitaires et
développement social

Dr^e Sheila Shawa
Chargée de programme supérieure
Division des systèmes de santé, de la lutte
contre les maladies et de la nutrition
Direction de la santé et des affaires humanitaires
Pôle santé, affaires humanitaires et
développement social

Dr Benjamin Djoudalbaye
Chef de la politique et de la diplomatie sanitaire

ALLIANCE DES DIRIGEANTS AFRICAINS CONTRE LE PALUDISME (ALMA)

Mrs Joy Phumaphi
Executive Secretary

ECSA-HEALTH COMMUNITY

Mr Sibusiso Sibandze
Director of Operations and Institutional
Development

COMMISSION EUROPÉENNE (UE)

Dr Canice Nolan
Minister Counselor-Health and food safety

GAVI, L'ALLIANCE DU VACCIN

Mr Thabani Maphosa
Managing Director, Country Programmes

Mr Charlie Whetham
Regional Head, Anglophone Africa

Dr Marthe Sylvie Essengue Elouma
Regional Head, Francophone Africa

Ms Cassandra Quintanilla
Senior Programme Manager

Dr Simbarashe Mabaya
Senior Technical Advisor, Primary Health Care

Mr Yann Folly
Senior Programme Manager

FONDS MONDIAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME

Dr Petr Alexander Sands
Directeur exécutif

UNION INTERNATIONALE DES TÉLÉCOMMUNICATIONS (UIT)

M. Andrew Rugege
Directeur régional pour l'Afrique

AGENCE INTERNATIONALE DE L'ÉNERGIE ATOMIQUE (AIEA)

Pr Shaukat Abdulrazak
Director, Division for Africa, Department of
Technical Cooperation

Ms Lisa Stevens
Director, Programme of Action for Cancer
Therapy

Ms Kirsten Hopkins
Radiation Oncologist

Dr Cornelia Loechl
Section Head in Nutritional and Health-related
Environmental Studies Section

Dr Miriam Mikhail Lette
Diagnostic Radiologist

Ms Valentina Varbanova
Programme Management Officer

**ORGANISATION INTERNATIONALE DES
ÉPIZOOTIES (OIE)**

Dr Chadia Wannous
Regional One Health Officer

Dr Thomas Dulu
Programme Officer

**ORGANISATION DE COORDINATION
POUR LA LUTTE CONTRE LES ENDÉMIES
EN AFRIQUE CENTRALE (OCEAC)**

Dr Manuel - Nso Obiang Ada
Secrétaire exécutif

Dr Herman Awono Ambene
Direction des programmes et de la recherche

Dr Nicolas Félicien Dologuele
Directeur des programmes et de la recherche

**ORGANISATION AFRICAINE DE LA
PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE (OAPI)**

M. Jean-Baptiste Noël Wago
Directeur général adjoint

M^{me} Solange Dao Sanon
Chef du service du droit d'auteur et de la gestion
collective chargée du suivi des questions
émérgentes

M. Guy Francis Boussafou
Directeur des brevets et autres créations
techniques

**COMMUNAUTÉ DE DÉVELOPPEMENT DE
L'AFRIQUE AUSTRALE (SADC)**

Dr Nchabi Kamwi
SADC E8 Ambassador
RBM Partnership to End Malaria Board Member

**PROGRAMME COMMUN DES NATIONS
UNIES SUR LE VIH/SIDA (ONUSIDA)**

M. Mamadou Sakho
Conseiller régional/ONUSIDA/RST/WCA

**PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR
L'ENVIRONNEMENT (PNUE)**

M. David Ombisi
Chargé de programme

**FONDS DES NATIONS UNIES POUR LA
POPULATION (UNFPA)**

M. Mabingue Ngom
Directeur régional, Bureau régional de l'Afrique
de l'Ouest et centrale

**FONDS DES NATIONS UNIES POUR
L'ENFANCE (UNICEF)**

Dr Aboubacar Kampo
Directeur de la santé

**UNION ÉCONOMIQUE ET MONÉTAIRE
OUEST-AFRICAINE (UEMOA)**

Dr Mahamane Hamidine
Directeur de la santé et de la protection sociale

M. Mamadu Serifo Jaquite
Commissaire chargé du Département du
développement humain

**ORGANISATION OUEST AFRICAINE DE LA
SANTÉ (OOAS)**

M. Okolo Stanley
Directeur général

5. ACTEURS NON ÉTATIQUES ET AUTRES PARTENAIRES INVITÉS

AFRICA CENTRE FOR HEALTH POLICY (ACHP)

Mr Ahmed Farhan Abubakr
Executive Director

AFRICA HEALTH RESEARCH ORGANIZATION (AHRO)

Dr Abubakar Yaro
CEO and Chair, Board of experts

ASSOCIATION AFRICAINE DES CENTRALES D'ACHAT DE MÉDICAMENTS ESSENTIELS (ACAME)

M. Aser Minoungou
Coordonnateur

FONDATION BILL & MELINDA GATES (BMGF)

Dr Christopher Elias
President, Global Development Program

Dr Steve Landry
Director Multilateral Partnerships

Dr Kamel Senouci
Deputy Director, Polio

Mr Thomas Hurley
Deputy Director, Multilateral Partnerships

BRAC INTERNATIONAL

Ms Nelly Enwerem-Bromson
Senior Director, Programme Development,
Mobilization and Learning

Ms Ruth Okowa
Regional Director for Africa

CATEL

Dr Pierre Traineau
Directeur général

DAI GLOBAL HEALTH

Dr Jeffrey Mecaskey
Team Leader

Dr Salif Samake
Technical Lead, Governance and Accountability

Dr Omer Njajou
Technical Lead, International Health Regulations

FONDATION DANGOTE

Mr Ahmed Iya
Head of Community Engagement/Polio Project

PARTENARIAT EUROPE-PAYS EN DÉVELOPPEMENT POUR LES ESSAIS CLINIQUES (EDCTP)

Dr Leonardo Simão
High Representative for Africa

Pr Moses Bockarie
Director of International Cooperation (Africa) and
Head of Africa Office

Dr Thomas Nyirenda
Strategic Partnerships and Capacity
Development Manager

FÉDÉRATION AFRICAINE DES ASSOCIATIONS D'ÉTUDIANTS EN MÉDECINE (FAMSA)

Mr Philemon Kojo-Woode
President

Mr Ayodeji Ogunleye
Vice Regional Coordinator for External Affairs

Dr Emma Nalianya
Ex-official

HANDICAP INTERNATIONAL

Dr Cyrille Dayambo
Coordinateur Santé

HELPAGE INTERNATIONAL AFRICA

Mrs Carole Ageng'o
Regional Representative

ALLIANCE INTERNATIONALE DES ORGANISATIONS DE PATIENTS (IAPO)

Mr Kawaldip Sehmi
Chief Executive Officer

Mr Ellos Lodzeni
Hon. Treasurer Governing Board

Mrs Bisi Bright
Committee Member

FÉDÉRATION INTERNATIONALE DES ASSOCIATIONS D'ÉTUDIANTS EN MÉDECINE (FIAEM)

Dr Joël Béni-Victoire Anani
Medical Doctor

Ms Ekene Nnagha

Mr Armand Sallah
Medical Student

FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE L'INDUSTRIE DU MÉDICAMENT (IFPMA)

Ms Belinda Bhoodoo
IFPMA Africa Engagement Committee

Mr Charles Kwanin
Africa Engagement

FÉDÉRATION INTERNATIONALE DES SOCIÉTÉS DE LA CROIX-ROUGE ET DU CROISSANT-ROUGE (FICR)

Ms Florine Clomegah
Deputy Director, IFRC Africa

Dr Adeiza Adinoyi
Head of Africa Health and Care Unit

FÉDÉRATION INTERNATIONALE DES ÉTUDIANTS EN PHARMACIE (IPSF)

Mr Yaw Asamoah Mfoafo
Chairperson of the African Regional Office

Danielle Afaribea Ofori
AFRO Regional Relations Officer

Mr Noah Sesay
AFRO Regional Project Officer

MÉDECINS SANS FRONTIÈRES (MSF)

Ms Candice Sehome
Advocacy Officer

Ms Kate Stegeman
Researcher

MOVENDI INTERNATIONAL

Mr William Melau Ntakuka
Regional Representative to the UN

NCD ALLIANCE

Ms Linda Markova
Capacity Development Consultant

Dr George Msengi
Member of Secretariat, Africa NCDs Network

Mr Labrum Musah
National Coordinator of the Ghana NCD Alliance
and Director at the Accra-based Vision for
Alternative Development

Mr Henry Ndhlovu
Member of Secretariat, Africa NCDs Network

NUTRITION INTERNATIONAL

Dr Richard Pendame
Regional Director

PUBLIC SERVICES INTERNATIONAL (PSI)

Mr Sani Baba Mohammed
Regional Secretary for Africa & Arab countries

Ms Ritta Msibi
PSI Titular for Africa (& Deputy President of
DENOSA, South Africa)

Ms Perpetual Ofori-Ampofo
Chairperson West Africa sector Unions' Network
WAHSUN (& President of the Ghana Registered
Nurses and Midwives Association)

ROTARY INTERNATIONAL

Mrs Marie-Irène Richmond Ahoua
Past Rotary International District Governor and
Past Côte d'Ivoire National PolioPlus Committee
Chair

SIGHTSAVERS

Mr Simon Bush
Director Neglected Tropical Diseases

THE TASK FORCE FOR GLOBAL HEALTH

Ms Courtenay Anne Dusenbury
Director, Global and Federal Affairs

Dr Carl Reddy
Director, Training Programs in Epidemiology and
Public Health Interventions Network (TEPHINET)

UNION INTERNATIONALE CONTRE LE CANCER (UICC)

Mr Ferdinand Sonyuy Mbiydzonyuy
President/CEO, Reconciliation and Development
Association

Ms Rowena Tasker
Global Advocacy Manager

Dr Mélanie Samson
Senior Manager, Capacity Building

Ms Elizabeth Joubert
Cancer Association of South Africa

UNITING TO COMBAT NTDs

Mrs Thoko Elphick-Pooley
Director

WEST AFRICAN ALCOHOL POLICY ALLIANCE (WAAPA)

Mr Issah Ali
Head of Secretariat

Ms Hajara Musah
Programs Officer

WATERAID

Ms Dedo Mate-Kodjo
Regional Advocacy Manager

Mr Lloyd Mtalimanja
Policy and Sector Engagement Coordinator

ORGANISATION MONDIALE DES MÉDECINS DE FAMILLE (WONCA)

Pr Moosa Shabir
President, Africa Region

CONSEIL ŒCUMÉNIQUE DES ÉGLISES (COE)

Dr Mwai Makoka
Programme Executive for Health & Healing

Dr Miriam Burnett
Medical Director

FÉDÉRATION MONDIALE DES SOCIÉTÉS D'ANESTHÉSIOLOGISTES (WFSA)

Mr Stuart Halford
Head of Development

Dr Philippe Mavoungou
Board Member

FÉDÉRATION MONDIALE DU CŒUR (WHF)

Mr Jeremiah Mwangi
Director of Policy and Advocacy

Ms Kelcey Armstrong-Walenczak
Policy and Advocacy Manager

Professor Pamela Naidoo
Advocacy Committee Member, AFRO
Representative

FÉDÉRATION MONDIALE CONTRE L'OBÉSITÉ (WOF)

Ms Margot Neveux
Chair

Mr Moses Amonje
Founder and Executive Director of Wellness for
Greatness Kenya

Correspondante principale pour l'Afrique
Modératrice de séance

6. INVITÉS

COMMISSION RÉGIONALE AFRICAINE DE CERTIFICATION DE L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE (ARCC)

Prof. Rose Leke
Présidente

BBC

M^{me} Anne Soy

BHAVANI ENTERTAINMENT AND INVESTMENTS

M. Bruno Akani
Artiste musicien

FACEBOOK

M. Kojo Boakye
Directeur des politiques publiques, Afrique

ANNEXE 3

ORDRE DU JOUR

1. Ouverture de la session
2. Élection du président, des vice-présidents et des rapporteurs
3. Adoption de l'ordre du jour provisoire et du programme de travail provisoire annoté (Documents [AFR/RC71/1](#) et [AFR/RC71/1 Add.1](#))
4. Nomination des membres du Comité de vérification des pouvoirs
5. Intervention du président du Sous-Comité du Programme (Document [AFR/RC71/2](#))
6. Rapport annuel de la Directrice régionale sur les activités de l'OMS dans la Région africaine (Document [AFR/RC71/3](#))
7. Sixième rapport de situation sur la mise en œuvre du Programme de transformation du Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine (Document [AFR/RC71/4](#))
8. Budget programme de l'OMS 2022-2023
 - Financement durable (Document [AFR/RC71/5](#))
9. Cadre pour une riposte multisectorielle intégrée à la tuberculose, à l'infection à VIH, aux infections sexuellement transmissibles et à l'hépatite dans la Région africaine de l'OMS (Document [AFR/RC71/6](#))
10. Cadre pour la mise en œuvre du programme de vaccination 2030 dans la Région africaine de l'OMS (Document [AFR/RC71/7](#))
11. Cadre pour la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour vaincre la méningite d'ici à 2030 dans la Région africaine de l'OMS (Document [AFR/RC71/8](#))
12. Cadre pour la mise en œuvre de la Stratégie mondiale visant à accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique dans la Région africaine de l'OMS (Document [AFR/RC71/9](#))
13. Cadre pour la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour la santé numérique dans la Région africaine de l'OMS (Document [AFR/RC71/10](#))
14. Cadre pour l'élargissement de l'accès aux technologies d'assistance dans la Région africaine de l'OMS (Document [AFR/RC71/11](#))

15. Cadre pour la mise en œuvre des mesures prioritaires définies dans le plan d'action mondial de la Décennie du vieillissement en bonne santé 2021-2030 dans la Région africaine (Document [AFR/RC71/12](#))
16. Cadre pour le renforcement de l'utilisation des bases factuelles, de l'information et de la recherche pour la prise de décisions dans la Région africaine (Document [AFR/RC71/13](#))
17. **Documents d'information**
 - 17.1 Rapport de situation sur le Cadre pour la mise en œuvre de la Stratégie technique mondiale contre le paludisme 2016-2030 dans la Région africaine (Document [AFR/RC71/INF.DOC/1](#))
 - 17.2 Progrès réalisés vers l'élimination de la rougeole jusqu'en 2020 (Document [AFR/RC71/INF.DOC/2](#))
 - 17.3 Rapport de situation sur la mise en œuvre de la stratégie régionale et du plan stratégique régional de lutte contre les maladies tropicales négligées 2014-2020 dans la Région africaine (Document [AFR/RC71/INF.DOC/3](#))
 - 17.4 Rapport de situation sur la mise en œuvre du cadre régional pour l'intégration des services essentiels de lutte contre les maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires (Document [AFR/RC71/INF.DOC/4](#))
 - 17.5 Rapport de situation sur la mise en œuvre de la stratégie régionale sur la réglementation des produits médicaux dans la Région africaine, 2016-2025 (Document [AFR/RC71/INF.DOC/5](#))
 - 17.6 Rapport de situation sur la mise en œuvre du « Cadre pour le développement des systèmes de santé en vue d'assurer la couverture sanitaire universelle dans la Région africaine, dans le contexte des objectifs de développement durable » (Document [AFR/RC71/INF.DOC/6](#))
 - 17.7 Rapport de situation sur la mise en œuvre de la stratégie de recherche pour la santé dans la Région africaine (Document [AFR/RC71/INF.DOC/7](#))
 - 17.8 Rapport de situation sur la mise en œuvre de la stratégie régionale pour la sécurité sanitaire et les situations d'urgence 2016-2020 (Document [AFR/RC71/INF.DOC/8](#))
 - 17.9 Rapport de situation sur le cadre régional pour la mise en œuvre de la Stratégie mondiale de lutte contre le choléra 2018-2030 (Document [AFR/RC71/INF.DOC/9](#))
 - 17.10 Rapport sur le personnel de l'OMS dans la Région africaine (Document [AFR/RC71/INF.DOC/10](#))
 - 17.11 Questions à caractère régional découlant des rapports d'audit interne et externe de l'OMS (Document [AFR/RC71/INF.DOC/11](#))
18. Projet d'ordre du jour provisoire, lieu et dates de la soixante-douzième session du Comité régional (Document [AFR/RC71/14](#))
19. Adoption du rapport du Comité régional (Document [AFR/RC71/15](#))
20. Clôture de la soixantième et onzième session du Comité régional