

**Soixante-treizième session du Comité  
régional de l'OMS pour l'Afrique,  
Gaborone, République du Botswana,  
28 août-1<sup>er</sup> septembre 2023**

**Projet de rapport**



**Organisation  
mondiale de la Santé**

---

Région africaine

**Soixante-treizième session du Comité  
régional de l’OMS pour l’Afrique,  
Gaborone, République du Botswana,  
28 août-1<sup>er</sup> septembre 2023**

**Projet de rapport**

**Organisation mondiale de la Santé  
Bureau régional de l’Afrique  
Brazzaville • 2023**

## Rapport de la soixante-treizième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique

AFR/RC73/14

© Région africaine de l'OMS, 2023

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-treizième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Brazzaville : Région africaine ; 2023. 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

Sigles et acronymes .....x

## PARTIE I

### DÉCISIONS DE PROCÉDURE ET RÉOLUTIONS

#### DÉCISIONS DE PROCÉDURE

Décision 1	Procédures spéciales régissant la conduite des séances hybrides de la soixante-treizième session du Comité régional .....	1
Décision 2	Élection du président, des vice-présidents et des rapporteurs de la soixante-treizième session du comité régional .....	1
Décision 3	Composition et réunions de la commission de vérification des pouvoirs .....	2
Décision 4	Rapport de la commission de vérification des pouvoirs .....	2
Décision 5	Remplacement de membres du sous-comité du programme .....	2
Décision 6	Propositions relatives à la désignation des états membres de la région africaine devant siéger au conseil exécutif et occuper des postes au bureau du conseil exécutif .....	3
Décision 7	Proposition concernant la désignation des États Membres devant siéger au bureau de la soixante-dix-septième assemblée mondiale de la santé .....	4
Décision 8	Composition du Groupe de sélection du Prix Nelson Mandela pour la promotion de la santé .....	4
Décision 9	Désignation des représentants de la Région africaine devant siéger au Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine, en qualité de Membres de catégorie 2 du Comité d'orientation et de coordination (PCC) .....	5
Décision 10	Projet d'ordre du jour provisoire, lieu et dates de la soixante-quatorzième session du Comité régional (Document AFR/RC73/13) .....	5

Décision 11	Accréditation d'acteurs non étatiques régionaux n'entretenant pas de relations officielles avec l'OMS pour qu'ils puissent participer aux sessions du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.....	5
Décision 12	Réforme de l'OMS : le point sur les résolutions et les décisions adoptées par le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique et recommandations concernant la suppression de résolutions et décisions arrivées à échéance et de dispositions en matière d'établissement de rapports.....	6

## RÉSOLUTIONS

Résolution 1	Stratégie régionale pour accélérer la mise en œuvre et le suivi des plans d'action nationaux pour combattre la résistance aux antimicrobiens (2023-2030) dans la Région africaine de l'OMS.....	7
Résolution 2	Stratégie régionale (2023-2032) sur les services et systèmes de diagnostic et de laboratoire destinés à la Région africaine de l'OMS.....	9
Résolution 3	Renforcement de la protection et de la résilience des communautés : stratégie régionale pour la participation communautaire (2023-2030) dans la Région africaine de l'OMS.....	11
Résolution 4	Stratégie régionale multisectorielle pour la promotion de la santé et du bien-être (2023-2030) dans la Région africaine de l'OMS.....	13
Résolution 5	Motion de remerciements.....	15

## PARTIE II

### RAPPORT DU COMITÉ RÉGIONAL

#### PARAGRAPHES

Ouverture de la session .....	1-21
Organisation des travaux .....	22–26
Adoption des procédures spéciales régissant la conduite des séances hybrides de la soixante-treizième session du Comité régional de l’Afrique et élection du président, des vice-présidents et des rapporteurs (Document AFR/RC73/Decision 1) .....	22
Élection du président, des vice-présidents et des rapporteurs .....	23
Adoption de l’ordre du jour provisoire et du programme de travail provisoire (Document AFR/RC73/1 et Document AFR/RC73/1 Add.1).....	24
Nomination des membres de la commission de vérification des pouvoirs .....	25–26
Rapport de la commission de vérification des pouvoirs .....	27
Intervention de la présidente du Sous-Comité du Programme (Document AFR/RC73/2) .....	28-29
Activités de l’OMS dans la Région africaine : rapport annuel de la Directrice régionale (Document AFR/RC73/3) .....	30-56
<b>Pilier 1. Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle</b>	
Cadre pour la mise en œuvre des Orientations stratégiques mondiales pour les soins infirmiers et obstétricaux (2021-2025) dans la Région africaine de l’OMS (Document AFR/RC73/4).....	57-60
Cadre pour le maintien de systèmes de santé résilients en vue de parvenir à la couverture sanitaire universelle et de promouvoir la sécurité sanitaire (2023-2030) dans la Région africaine de l’OMS (Document AFR/RC73/5).....	61-64
Stratégie régionale pour accélérer la mise en œuvre et le suivi des plans d’action nationaux pour combattre la résistance aux antimicrobiens (2023-2030) dans la Région africaine de l’OMS (Document AFR/RC73/6 et résolution AFR/RC73/WP1) .....	65-68
Stratégie régionale (2023-2032) sur les services et systèmes de diagnostic et de laboratoire destiné à la Région africaine de l’OMS (Document AFR/RC73/7 et Document AFR/RC73/WP2).....	69-72



### **Pilier 3. Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être**

Cadre pour la mise en œuvre du Plan d'action mondial contre l'alcool (2022-2030) dans la Région africaine de l'OMS (Document AFR/RC73/8) ..... 73-77

Renforcement de la protection et de la résilience des communautés : stratégie régionale pour la participation communautaire (2023-2030) dans la Région africaine de l'OMS (Document AFR/RC73/9 et Document AFR/RC73/WP3) ..... 78-81

Stratégie régionale multisectorielle pour la promotion de la santé et du bien-être (2023-2030) dans la Région africaine de l'OMS (Document AFR/RC73/10 et Document AFR/RC73/WP4) ..... 82-85

### **Pilier 4. Une OMS plus efficace et efficiente apportant un meilleur soutien aux pays**

Huitième rapport de situation sur la mise en œuvre du Programme de transformation du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine (Document AFR/RC73/11) ..... 86-90

Le point sur le budget programme 2024-2025 : de l'adoption à l'exécution (Document AFR/RC73/12), et Quatorzième programme général de travail, 2025-2028 (Document AFR/RC73/15 et Document AFR/RC73/16) ..... 91-98

Projet d'ordre du jour provisoire, lieu et dates de la soixante-quatorzième session du Comité régional (Document AFR/RC73/13) ..... 99-100

**Documents d'information..... 101-133**

#### **Pilier 1. Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle**

Rapport de situation sur la mise en œuvre de la stratégie de recherche pour la santé dans la Région africaine (Document AFR/RC73/INF.DOC/1) ..... 101-104

Rapport de situation sur la mise en œuvre de la stratégie pour transposer à une plus grande échelle les innovations en santé dans la Région africaine de l'OMS (Document AFR/RC73/INF.DOC/2) ..... 105-108

Rapport de situation sur l'exploitation des solutions en matière de cybersanté pour améliorer les systèmes nationaux de santé dans la Région africaine (Document AFR/RC73/INF.DOC/3) ..... 109-112

Rapport final sur la mise en œuvre de la Stratégie de promotion de la santé pour la Région africaine (Document AFR/RC73/INF.DOC/4) ..... 113-115

Rapport final sur la mise en œuvre des recommandations du Rapport de la Commission sur la Santé de la Femme dans la Région africaine visant à relever le défi en matière de santé de la femme en Afrique (Document AFR/RC73/INF.DOC/5).....	116-119
<b>Pilier 3. Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être</b>	
Rapport de situation sur le cadre de mise en œuvre du Plan d'action mondial pour l'activité physique 2018-2030 dans la Région africaine de l'OMS (Document AFR/RC73/INF.DOC/6).....	120-123
Rapport de situation sur la mise en œuvre de la Décennie d'action pour la sécurité routière dans la Région africaine (Document AFR/RC73/INF.DOC/7) .....	124-127
Rapport de situation sur la mise en œuvre du plan stratégique pour réduire le double fardeau de la malnutrition dans la Région africaine 2019-2025 (Document AFR/RC73/INF.DOC/8).....	128-131
<b>Pilier 4. Une OMS plus efficace et efficiente apportant un meilleur soutien aux pays</b>	
Rapport sur le personnel de l'OMS dans la Région africaine (Document AFR/RC73/INF.DOC/9).....	132
Questions à caractère régional découlant des rapports d'audit interne et externe de l'OMS (Document AFR/RC73/INF.DOC/10) .....	133
Adoption du rapport du Comité régional (Document AFR/RC73/14) .....	
Clôture de la soixantième-treizième session du Comité régional .....	
Motion de remerciements .....	
Allocution de clôture de la Directrice régionale.....	
Allocution de clôture du président du Comité régional.....	



## PARTIE III

### MANIFESTATIONS SPÉCIALES ET MANIFESTATIONS PARALLÈLES

#### MANIFESTATIONS SPÉCIALES

- Renforcer les actions multisectorielles pour résoudre la crise liée à la nutrition et à l'insécurité alimentaire dans la Région africaine.....
- Célébration du 75<sup>e</sup> anniversaire de l'OMS.....
- Interrompre la transmission de tous les poliovirus dans la Région africaine.....

#### MANIFESTATIONS PARALLÈLES

- Organe intergouvernemental de négociation du traité sur les pandémies et processus d'amendement au RSI .....
- Le Botswana, modèle d'excellence en matière de soins de santé primaires.....
- Débloquer les financements pour la lutte contre les maladies tropicales négligées en Afrique.....
- Réunion des Ministres de la santé des petits États insulaires en développement sur les achats groupés.....
- Session à huis clos avec des Ministres de la santé sur les flambées dues au poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale .....
- Renforcer les capacités de réglementation de l'Afrique pour parvenir à « l'Afrique que nous voulons » par la création et la mise en route de l'Agence africaine des médicaments .....
- Célébrer une année de mise en œuvre de l'engagement de l'Afrique en faveur de la sécurité sanitaire.....
- Session à huis clos avec des Ministres de la santé sur le poliovirus de type 1.....
- Priorités stratégiques pour la collaboration de l'Afrique avec les initiatives mondiales en faveur de la santé.....
- Poser les jalons pour une Afrique exempte de cancer du col de l'utérus : réaffirmer les engagements pour éliminer le cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique dans la Région africaine.....
- Partenariat pour le développement sanitaire de l'Afrique et des Caraïbes (HeDPAC) .....
- Financement de la lutte contre le paludisme – Comblent le déficit de financement afin de parvenir à zéro cas de paludisme .....

# PARTIE IV

## ANNEXES

### PAGES

Procédures spéciales régissant la conduite des séances hybrides de la soixante-treizième session du Comité régional.....	
Liste des participants .....	
Ordre du jour .....	
Programme de travail.....	

## SIGLES ET ACRONYMES

CSU	couverture sanitaire universelle
DEI	diversité, équité et inclusion
EPHF	fonctions essentielles de la santé publique
ESPEN	Projet spécial élargi pour l'élimination des maladies tropicales négligées
GER	genre, équité et droits humains
GLASS	Système mondial de la surveillance de la résistance aux antimicrobiens
GTS	Système de suivi géospatial
HEPR	préparation et riposte aux urgences sanitaires
MNT	maladies non transmissibles
NPAFP	paralysie flasque aiguë non poliomyélitique
ODD	objectifs de développement durable
ONGI	organisations non gouvernementales internationales
PIB	produit intérieur brut
PVH	papillomavirus humain
RAM	Résistance aux antimicrobiens
SSP	soins de santé primaires
UHPR	examens universels de l'état de santé et de préparation
USI	unité de soins intensifs
WASH-FIT	Outil visant à améliorer les services d'eau et d'assainissement des établissements de santé

# PARTIE I

## DÉCISIONS DE PROCÉDURE ET RÉOLUTIONS



## DÉCISIONS DE PROCÉDURE

### Décision 1 Procédures spéciales régissant la conduite des séances hybrides de la soixante-treizième session du Comité régional

Le Comité régional,

1. A ADOPTÉ les procédures spéciales régissant la tenue des séances hybrides de la soixante-treizième session du Comité régional de l’Afrique, qui figurent à l’Annexe 1 de la présente décision ; et
2. A DÉCIDÉ que lesdites procédures spéciales s’appliquaient à la soixante-treizième session du Comité régional de l’Afrique qui s’est tenue du 28 août au 1<sup>er</sup> septembre 2023.

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

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

**Président :** D<sup>r</sup> Edwin Dikoloti  
Ministre de la santé et du bien-être  
Botswana

**Premier vice-président :** D<sup>r</sup> Austin Demby  
Ministre de la santé et l’assainissement  
Sierra Leone

**Deuxième vice-président :** D<sup>r</sup> Pierre Somse  
Ministre de la santé et de la population  
République centrafricaine

**Rapporteurs :** D<sup>re</sup> Lizzy Nkosi  
Ministre de la santé et du bien-être social (Eswatini)  
pour l’anglais

D<sup>re</sup> Édith Clarisse Kouassy  
Directrice générale adjointe, Ministère de la santé, de l’hygiène  
publique et de la couverture sanitaire universelle (Côte d’Ivoire)  
pour le français

D<sup>re</sup> Filomena Gonçalves  
Ministre de la santé publique (Cabo Verde)  
pour le portugais

### **Décision 3 Composition et réunions de la commission de vérification des pouvoirs**

1. Le Comité régional de l’Afrique a nommé une commission de vérification des pouvoirs comprenant des représentants des États Membres suivants : Comores, Congo, Érythrée, Gambie, Ghana, Madagascar et Rwanda.
2. La commission de vérification des pouvoirs s’est réunie le 28 août 2023 et a élu comme président M. Eric Nsiah-Boateng, de la délégation ghanéenne.

### **Décision 4 Rapport de la commission de vérification des pouvoirs**

Sur la base du rapport établi par la commission de vérification des pouvoirs, le Comité régional a reconnu comme étant conformes aux dispositions de l’article 45 du Règlement intérieur du Comité régional de l’Afrique et du paragraphe 9 des procédures spéciales régissant la conduite des séances hybrides de sa soixante-treizième session, les pouvoirs présentés par les 45 États Membres ci-après : Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, 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, 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. Le Comité régional a décidé de différer une décision sur la question de la représentation du Niger, en attendant les orientations de l’Assemblée générale des Nations Unies à ce sujet.

### **Décision 5 Remplacement de membres du Sous-Comité du Programme**

#### **REPLACEMENT DE MEMBRES DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME**

Le mandat de l’Érythrée, du Libéria, du Mali, du Mozambique, de la Namibie et de la République centrafricaine expire à la clôture de la soixante-treizième session du Comité régional de l’Afrique. Le Comité régional de l’Afrique a donc décidé que ces pays seraient remplacés au sein du Sous-Comité du Programme par l’Algérie, l’Angola, le Bénin, le Gabon, le Kenya et la Zambie. La composition complète du Sous-Comité du Programme se présentera donc ainsi qu’il suit :



<u>Sous-région I</u>	<u>Sous-région II</u>	<u>Sous-région III</u>
1. Mauritanie (2021-2024)	7. Soudan du Sud (2021-2024)	13. Seychelles (2021-2024)
2. Niger (2021-2024)	8. Ouganda (2021-2024)	14. Afrique du Sud (2021-2024)
3. Nigéria (2022-2025)	9. Burundi (2022-2025)	15. Eswatini (2022-2025)
4. Sierra Leone (2022-2025)	10. Sao Tomé-et-Principe (2022-2025)	16. République-Unie de Tanzanie (2022-2025)
5. <b>Algérie (2023-2026)</b>	11. <b>Gabon (2023-2026)</b>	17. <b>Zambie (2023-2026)</b>
6. <b>Bénin (2023-2026)</b>	12. <b>Kenya (2023-2026)</b>	18. <b>Angola (2023-2026)</b>

### Décision 6 Propositions relatives à la désignation des États Membres de la Région africaine devant siéger au Conseil exécutif et occuper des postes au bureau du Conseil exécutif

Le mandat du Rwanda au sein du Conseil exécutif expire à la clôture de la Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2024.

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

- a) **Le Zimbabwe est proposé pour remplacer le Rwanda** au sein du Conseil exécutif à compter de la cent cinquante-cinquième session, en mai 2024, immédiatement après la Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé. La Région africaine sera donc représentée au Conseil exécutif par certains États Membres, tels qu'indiqués dans le tableau ci-après.

<b>Sous-région I</b>	<b>Sous-région II</b>	<b>Sous-région III</b>
Sénégal (2022-2025)	Éthiopie (2022-2025)	Comores (2023-2026)
Togo (2023-2026)	Cameroun (2023-2026)	Lesotho (2023-2026)
		<b>Zimbabwe (2024-2027)</b>

- b) **Le Cameroun** est désigné pour siéger en qualité de **Vice-Président du Conseil exécutif** à compter de la cent cinquante-cinquième session du Conseil exécutif.
- c) **Les Comores sont proposées pour remplacer l'Éthiopie** comme membre du Comité du programme, du budget et de l'administration (PBAC) à compter de la cent cinquante-cinquième session du Conseil exécutif. Les Comores et le Sénégal représenteront donc la Région africaine au sein du PBAC.
- d) **Le Togo est proposé pour remplacer le Rwanda** au sein de la Commission permanente de prévention, de préparation et de riposte en cas d'urgence sanitaire (ci-après désignée la « Commission permanente ») à compter de la cent cinquante-cinquième session du Conseil

exécutif. Le Togo et le Lesotho représenteront donc la Région africaine au sein de la Commission permanente.

### **Décision 7 Proposition concernant la désignation des États Membres devant siéger au bureau de la Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé**

Le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a décidé de proposer que le président de sa soixante-treizième session soit désigné pour occuper le poste de Président de la Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé.

En outre, sur la base de l'ordre alphabétique anglais et des groupes géographiques sous-régionaux, le Comité régional de l'Afrique a décidé de proposer ce qui suit en ce qui concerne le bureau de la Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé :

- a) le Rwanda est proposé pour occuper le poste de vice-président de la Commission B ;
- b) le Burkina Faso est proposé pour occuper le poste de rapporteur de la Commission A ;
- c) le Burundi, la Guinée, la Guinée équatoriale, le Mozambique et le Soudan du Sud sont proposés pour siéger à la Commission générale ; et
- d) la Guinée-Bissau, Madagascar et l'Ouganda sont proposés pour siéger à la Commission de vérification des pouvoirs.

### **Décision 8 Composition du Groupe de sélection du Prix Nelson Mandela pour la promotion de la santé**

Selon les statuts du Groupe de sélection du Prix Nelson Mandela pour la promotion de la santé, le Groupe de sélection est composé du Président et du premier Vice-Président du Conseil exécutif, ainsi que d'un État Membre élu par le Conseil exécutif parmi les États Membres de la Région africaine pour une période n'excédant pas la durée du mandat de cet État Membre au sein du Conseil exécutif.

À cet égard, le mandat du Rwanda au sein du Groupe de sélection du Prix Nelson Mandela pour la promotion de la santé expire à la clôture de la Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2024. Il est proposé que le Rwanda soit remplacé par le Zimbabwe au sein du Groupe de sélection du Prix, avec effet à compter de la clôture de la Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2024, et ceci pendant la durée du mandat du Zimbabwe au Conseil exécutif.

**Décision 9 Désignation des représentants de la Région africaine devant siéger au Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine, en qualité de Membres de catégorie 2 du Comité d'orientation et de coordination (PCC)**

Le mandat du Rwanda et de Sao Tomé-et-Principe au sein du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine, en qualité de Membres de catégorie 2 du Comité d'orientation et de coordination, expire le 31 décembre 2023. Sur la base de l'ordre alphabétique anglais, il est proposé que le Rwanda et Sao Tomé-et-Principe soient remplacés par la Sierra Leone et l'Afrique du Sud pour une période de trois ans, avec effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2024, jusqu'au 31 décembre 2026. La Sierra Leone et l'Afrique du Sud se joindront ainsi au Sénégal et aux Seychelles en qualité de membres du Comité d'orientation et de coordination.

**Décision 10 Projet d'ordre du jour provisoire, lieu et dates de la soixante-quatorzième session du Comité régional (Document AFR/RC73/13)**

Le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a décidé de tenir sa soixante-quatorzième session du 26 au 30 août 2024 à Brazzaville (République du Congo). Le Comité régional a examiné et adopté l'ordre du jour provisoire de sa soixante-quatorzième session.

**Décision 11 Accréditation d'acteurs non étatiques régionaux n'entretenant pas de relations officielles avec l'OMS pour qu'ils puissent participer aux sessions du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique**

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport établi par le Secrétariat sur l'accréditation des acteurs non étatiques régionaux n'entretenant pas de relations officielles avec l'OMS pour qu'ils puissent participer aux sessions du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique et ayant pris note dudit rapport qui est présenté sous forme d'Annexe 1 du Document AFR/RC73/2, a décidé :

- 1) d'approuver les modifications à la procédure d'accréditation qui permettent
  - a) la soumission, par des acteurs non étatiques, de demandes et de rapports *via* une plateforme en ligne et la publication de leurs informations, et
  - b) l'extension du processus d'appel à candidatures annuel au-delà des deux premières années consécutives et aussi longtemps que la situation l'exigera ;
- 2) d'approuver l'accréditation de huit acteurs non étatiques régionaux recommandés par le Sous-Comité du Programme pour qu'ils puissent participer aux sessions du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Il s'agit de l'African Forum for Primary Health Care (AfroPHC) ; de l'Alliance pour le Contrôle du Tabac en Afrique (ACTA) ; de la Fondation Elizabeth Glaser

pour la lutte contre le sida pédiatrique (EGPAF) ; de la Fédération africaine des Associations des Étudiants en Médecine (FAMSA) ; de la Fédération internationale des personnes atteintes d'hydrocéphalie et de spina-bifida (IF) ; de Médecins d'Afrique (MDA) ; de l'Université Numérique Francophone Mondiale (UNFM) ; et du West African Institute of Public Health (WAIPH).

**Décision 12 Réforme de l'OMS : le point sur les résolutions et les décisions adoptées par le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique et recommandations concernant la suppression de résolutions et décisions arrivées à échéance et de dispositions en matière d'établissement de rapports**

Le Comité régional,

Ayant examiné et pris note du rapport du Secrétariat intitulé « Réforme de l'OMS : le point sur les résolutions et les décisions adoptées par le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique et recommandations concernant la suppression de résolutions et décisions arrivées à échéance et de dispositions en matière d'établissement de rapports » qui fait l'objet de l'Annexe 2 du Document AFR/RC73/2 (ci-après désigné le « rapport »), a décidé :

- a) de supprimer les exigences en matière d'établissement de rapports sur les résolutions et décisions concernant les stratégies, les cadres et les documents techniques adoptés avant la soixante-deuxième session du Comité régional, telles qu'énumérées à la sous-annexe 1 du rapport, étant entendu que les mandats y afférents ont pris fin ou ont été remplacés par un nouveau mandat sur le même sujet ;
- b) de maintenir les exigences en matière d'établissement de rapports sur les stratégies, les cadres et les documents techniques adoptés avant la soixante-deuxième session du Comité régional, telles que ces exigences sont présentées dans la sous-annexe 2 du rapport ;
- c) de supprimer l'établissement de rapports sur les résolutions et décisions concernant les stratégies, les cadres et les documents techniques adoptés entre la soixante-deuxième session du Comité régional et la soixante-douzième session du Comité régional et figurant à la sous-annexe 3 du rapport, étant entendu que le sujet sera systématiquement inclus dans les futurs rapports sur un sujet connexe ;
- d) de fixer des dates d'échéance pour l'établissement de rapports sur les stratégies, les cadres et les documents techniques énumérés à la sous-annexe 4 du rapport ; et
- e) de fixer des dates d'échéance pour l'établissement de rapports au titre des stratégies, des cadres et des documents techniques énumérés à la sous-annexe 5 du rapport.

## RÉSOLUTIONS

### **Résolution 1 Stratégie régionale pour accélérer la mise en œuvre et le suivi des plans d'action nationaux pour combattre la résistance aux antimicrobiens (2023-2030) dans la Région africaine de l'OMS**

Le Comité régional,

Ayant examiné le Document AFR/RC73/6 intitulé « Stratégie régionale pour accélérer la mise en œuvre et le suivi des plans d'action nationaux pour combattre la résistance aux antimicrobiens (2023-2030) dans la Région africaine de l'OMS » ;

Conscient de l'apparition et de la propagation accrues d'organismes résistants aux antimicrobiens qui réduisent à néant les avantages des antimicrobiens et compliquent encore plus la prise en charge de nombreuses maladies infectieuses et non infectieuses ;

Notant que malgré la très grande amélioration de la santé mondiale, des millions de personnes n'ont toujours pas accès à des services de qualité, y compris à des médicaments antimicrobiens efficaces ;

Rappelant les résolutions WHA68.7 de l'Assemblée mondiale de la Santé sur le Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens, WHA72.5 sur la résistance aux antimicrobiens, WHA71.1 sur le treizième programme général de travail, 2019-2023 et les cibles du triple milliard, et rappelant le Règlement sanitaire international (2005), de même que le Document AFR/RC67/10, intitulé « 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 » ;

Reconnaissant la nécessité de combattre la résistance aux antimicrobiens pour contribuer au programme d'action relatif à la Déclaration d'Astana sur les soins de santé primaires<sup>1</sup> en vue de parvenir à la couverture universelle, d'atteindre les objectifs de développement durable et d'assurer la sécurité sanitaire mondiale ;

Reconnaissant que les trois piliers des soins de santé primaires (à savoir la participation communautaire, les services de santé de première ligne et les actions multisectorielles sur les déterminants de la santé au sens large) sont essentiels à une riposte efficace à la résistance aux antimicrobiens ;

---

<sup>1</sup> Organisation mondiale de la Santé. (2019). Déclaration d'Astana. Conférence internationale sur les soins de santé primaires. Astana (Kazakhstan), 25 et 26 octobre 2018. Organisation mondiale de la Santé. Licence : CC BY NC-SA 3.0 IGO (disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328123>, consulté le 3 février 2023).

Considérant que 1,27 million de décès<sup>2</sup> sont directement imputables à la résistance des bactéries aux antibiotiques en Afrique subsaharienne, ce qui est très préoccupant ;

Notant l'usage mauvais et non contrôlé et l'utilisation abusive des antimicrobiens chez les êtres humains, les plantes et les animaux dans la Région, tout comme les risques que posent les médicaments de qualité inférieure et falsifiés ;

Conscient de la menace que les agents pathogènes résistants représentent pour l'efficacité continue des antimicrobiens dans la lutte contre les maladies et pour la sécurité alimentaire, ce qui en fait un problème de développement, car cela compromet le fonctionnement des systèmes et des économies de santé humaine, animale et végétale ;

Sachant que les États Membres éprouvent des difficultés à faire en sorte que les plans d'action nationaux pour combattre la résistance aux antimicrobiens soient approuvés, financés, mis en œuvre et suivis,

1. ADOPTE la Stratégie régionale pour accélérer la mise en œuvre et le suivi des plans d'action nationaux pour combattre la résistance aux antimicrobiens (2023-2030) dans la Région africaine de l'OMS ;
2. INVITE INSTAMMENT les États Membres :
  - a) à faire preuve de volonté politique et à indiquer la voie à suivre en ce qui concerne la diffusion et la mise en œuvre de la présente stratégie, en collaboration avec les diverses parties prenantes ;
  - b) à mobiliser des ressources suffisantes pour la mise en œuvre de plans d'action nationaux faisant partie intégrante de la stratégie et du plan stratégique national pour la santé ;
  - c) à entreprendre le plaidoyer pour que la résistance aux antimicrobiens soit reconnue comme une priorité nationale, en mobilisant parallèlement des ressources nationales pour financer l'élaboration des plans d'action nationaux pertinents ;
  - d) à favoriser le recours aux plateformes et outils existants afin de renforcer les capacités techniques et de mettre en œuvre les plans d'action nationaux ; et
  - e) à appliquer les réglementations et les lois portant sur un usage et une élimination appropriés des antimicrobiens ;
3. PRIE l'OMS et les partenaires :
  - a) d'apporter un appui aux États Membres pour qu'ils puissent hiérarchiser, mettre sous leur forme définitive, chiffrer, exécuter et suivre les plans d'action nationaux pour combattre la résistance aux antimicrobiens ;

---

<sup>2</sup> Antimicrobial Resistance Collaborators (2022). Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. Lancet (London, England), 399(10325), 629–655 (disponible à l'adresse [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02724-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02724-0), consulté le 3 février 2023).



- b) de mobiliser les partenaires pour qu'ils soutiennent la mise en œuvre de la stratégie, selon les principes de la durabilité ;
- c) d'apporter un appui à la constitution d'effectifs suffisants et de listes multidisciplinaires d'experts des questions liées à la lutte contre la résistance aux antimicrobiens ;
- d) de collaborer avec les institutions de recherche pour générer, diffuser et favoriser un usage rationnel des données factuelles relatives à la résistance aux antimicrobiens ; et
- e) de fournir un appui au développement, à la création et au fonctionnement de réseaux techniques et professionnels et de systèmes et services de santé connexes susceptibles d'endiguer la résistance aux antimicrobiens.

## Résolution 2 Stratégie régionale (2023-2032) sur les services et systèmes de diagnostic et de laboratoire destinés à la Région africaine de l'OMS

Le Comité régional,

Ayant examiné le Document AFR/RC73/7 intitulé « Stratégie régionale (2023-2032) sur les services et systèmes de diagnostic et de laboratoire destinés à la Région africaine de l'OMS » ;

Conscient de la nécessité de renforcer les services de diagnostic et de laboratoire et de la nécessité de rendre ces services plus disponibles et plus accessibles pour parvenir à la couverture sanitaire universelle grâce à la stratégie des soins de santé primaires et, partant, pour contribuer à la sécurité sanitaire mondiale ;

Rappelant la résolution AFR/RC58/R2<sup>3</sup> du Comité régional sur le renforcement des laboratoires de santé publique, la Déclaration de Maputo<sup>4</sup> sur le renforcement des systèmes de laboratoire et la résolution WHA76.5 (2023) sur le renforcement des capacités de diagnostic ;<sup>5</sup>

Profondément préoccupé par le fait que plus de la moitié de la population mondiale et probablement une proportion plus importante dans la Région africaine n'ont pas accès aux outils de diagnostic ;<sup>6</sup>

Notant qu'assez peu d'attention est accordée aux services d'imagerie médicale, aux laboratoires cliniques et de santé publique et aux outils de diagnostic au niveau périphérique des systèmes de santé, avec pour corollaires une disponibilité, une accessibilité et une qualité limitées ;

Reconnaissant la nécessité de systèmes efficaces de diagnostic et de laboratoire dans le cadre des systèmes de santé ;

---

<sup>3</sup> Renforcement des laboratoires de santé publique dans la Région africaine de l'OMS : Une exigence cruciale de la lutte contre la maladie. Disponible à l'adresse <https://www.afro.who.int/sites/default/files/sessions/resolutions/AFR-RC58-6.pdf>, consulté le 4 janvier 2023.

<sup>4</sup> <https://www.who.int/publications/m/item/the-maputo-declaration-on-strengthening-of-laboratory-systems>.

<sup>5</sup> [apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA76/A76\\_R5-fr.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA76/A76_R5-fr.pdf).

<sup>6</sup> [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(21\)00673-5.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(21)00673-5.pdf).

Conscient des défis que les États Membres doivent relever pour structurer et rendre opérationnels les systèmes de diagnostic et pour mobiliser les ressources nécessaires au fonctionnement et à la pérennité de ces systèmes,

1. ADOPTE la stratégie régionale (2023-2032) sur les services et systèmes de diagnostic et de laboratoire destinés à la Région africaine de l'OMS ;

2. INVITE INSTAMMENT les États Membres :

- a) à accroître l'engagement politique et le leadership pour promouvoir la stratégie, notamment en promulguant la législation et en établissant des cadres réglementaires pour permettre le renforcement des services de laboratoire et de diagnostic dans la Région ;
- b) à mobiliser des ressources intérieures et extérieures et à garantir un financement durable afin de soutenir la mise en œuvre de la stratégie dans le cadre du plan sanitaire national ;
- c) à examiner et à adapter les structures, les systèmes, les politiques et les plans stratégiques existants en vue d'établir des réseaux et des systèmes de services de laboratoire et de diagnostic de qualité aux niveaux national et infranational ;
- d) à étendre les services de laboratoire et d'imagerie au niveau infranational et à assurer des tests de laboratoire minimaux dans les établissements de santé de premier niveau et éloignés en utilisant les technologies existantes et les nouvelles technologies ;
- e) à engager des ressources et à former un personnel de santé approprié et suffisamment qualifié pour rendre opérationnels les services de diagnostic essentiels à tous les niveaux du système de santé ;
- f) à investir et à assurer la logistique, de même que l'entretien du matériel par un personnel technique formé ;
- g) à faire participer les laboratoires du secteur privé et leurs réseaux à tous les aspects relatifs aux services de diagnostic et de laboratoire ;
- h) à instituer un mécanisme de suivi et d'évaluation pour collecter et saisir chaque année des données sur les services de diagnostic et de laboratoire existants en utilisant et en adaptant les outils existants conformément à la structure du système de gestion de l'information ; et
- i) à promouvoir la mise en œuvre de cadres et de résolutions régionaux et mondiaux en matière de laboratoires et de diagnostic ;

3. PRIE l'OMS et les partenaires :

- a) de diffuser des orientations politiques, des lignes directrices techniques, et d'examiner les résolutions et les recommandations pour soutenir la mise en œuvre de la stratégie ;
- b) de fournir un appui technique et financier aux États Membres pour leur permettre d'élaborer des politiques et des plans opérationnels reposant sur des bases factuelles et faisant régulièrement l'objet d'un suivi et d'une évaluation ;

- c) d'accompagner les États Membres en leur donnant des conseils techniques sur les possibilités de formation à l'entretien du matériel en vue d'améliorer les services de diagnostic ;
- d) d'encourager les synergies et l'alignement sur le renforcement des capacités essentielles requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005) et sur la mise en œuvre des soins de santé primaires avec les partenaires et entre eux ; et
- e) d'encourager la collaboration entre les principaux partenaires régionaux et internationaux en vue d'accroître le financement, de renforcer davantage les capacités et de s'accorder sur des initiatives susceptibles de générer le plus d'impact possible.

### **Résolution 3 Renforcement de la protection et de la résilience des communautés : stratégie régionale pour la participation communautaire (2023-2030) dans la Région africaine de l'OMS**

Le Comité régional,

Ayant examiné le document intitulé « Renforcement de la protection et de la résilience des communautés : stratégie régionale pour la participation communautaire (2023-2030) dans la Région africaine de l'OMS » ;

Rappelant la Déclaration d'Astana sur les soins de santé primaires, le cadre d'action pour la couverture sanitaire universelle et la stratégie régionale pour la sécurité sanitaire et la gestion des situations d'urgence 2022-2030 (présentée dans le Document AFR/RC72/8) ;

Profondément préoccupé par la menace que les pandémies, les crises humanitaires et d'autres événements publics font peser non seulement sur la santé et le bien-être des populations, mais aussi sur la stabilité sociale, économique et politique, et par l'impact de ces événements sur les soins de santé primaires et la couverture sanitaire universelle ;

Se faisant l'écho des enseignements tirés des efforts de collaboration passés et des flambées épidémiques récentes, et en vue de combler les lacunes et d'améliorer les interventions futures axées sur la prévention, la préparation, la riposte et le relèvement ;

Réaffirmant le rôle important que la participation des communautés et de la société civile joue dans les efforts qui sont faits afin d'élaborer des politiques de santé plus adaptées pour répondre aux besoins, plus équitables et plus efficaces de façon à accélérer les progrès vers l'instauration de la couverture sanitaire universelle et l'atteinte des objectifs de sécurité sanitaire ;

Reconnaissant la nécessité d'approches centrées sur la personne, sur l'ensemble de la société et sur l'ensemble des pouvoirs publics pour les soins de santé primaires, la promotion de la santé et la prestation de services sanitaires et sociaux, tout comme le rôle fondamental que les

communautés jouent dans la réduction des vulnérabilités personnelles et communautaires et dans la gestion des répercussions des événements de santé publique,

1. ADOPTE la stratégie régionale pour la participation communautaire (2023-2030) qui vise le renforcement de la protection et de la résilience des communautés dans la Région africaine de l’OMS ;
2. INVITE INSTAMMENT les États Membres :
  - a) à indiquer la voie à suivre pour l’adaptation des interventions prioritaires aux contextes locaux et la mise en œuvre des activités ;
  - b) à assumer le rôle de chef de file et à promouvoir la gouvernance dans l’établissement de partenariats, y compris avec les structures de participation communautaire ;
  - c) à entreprendre le plaidoyer et à assumer un rôle de chef de file de haut niveau, sur tous les plans, afin d’intégrer la participation communautaire dans les soins de santé primaires et dans les autres secteurs ; et
  - d) à promouvoir la coopération transfrontalière et les dialogues internationaux avec les parties prenantes ;
3. PRIE la Directrice régionale :
  - a) de susciter une prise de conscience et entreprendre le plaidoyer au sujet de la participation communautaire en élaborant un argumentaire fondé sur des bases factuelles et favoriser une compréhension commune et une vision partagée de la portée comme de la fonction de la participation communautaire dans tous les services publics au sein des États Membres et à l’OMS, en accordant la priorité à la santé ;
  - b) d’encourager l’harmonisation des soins de santé primaires, de la promotion de la santé, des services de santé et sociaux, ainsi que des lignes directrices et outils techniques spécifiques aux risques, et sensibiliser les parties prenantes à leur utilisation pour soutenir la mise en œuvre de la stratégie ;
  - c) de mettre au point, en fonction de l’expérience de la mise en œuvre de la stratégie au niveau des pays, une série d’indicateurs génériques de la participation communautaire à proposer pour inclusion dans la collecte des données sur les services de santé courants tels que les examens a priori et a posteriori, et, éventuellement dans l’évaluation externe conjointe et dans l’outil d’analyse des risques ;
  - d) de fournir un appui technique aux États Membres pour l’adaptation et l’évaluation de la stratégie régionale et la mise en œuvre des interventions prioritaires, y compris les interventions transfrontalières ;
  - e) de mobiliser les partenaires et les donateurs afin qu’ils accompagnent la mise en œuvre de la stratégie et plaident pour un argumentaire d’investissement en faveur de la participation communautaire dans la préparation aux situations d’urgence, la prévention, la riposte et le relèvement ; et

- f) d'encourager et de soutenir la collaboration multisectorielle et multipartite et d'assurer la responsabilisation des populations locales.

#### **Résolution 4 Stratégie régionale multisectorielle pour la promotion de la santé et du bien-être (2023-2030) dans la Région africaine de l'OMS**

Le Comité régional,

Ayant examiné le document intitulé « Stratégie régionale multisectorielle pour la promotion de la santé et du bien-être (2023-2030) dans la Région africaine de l'OMS » ;

Rappelant, entre autres, la résolution AFR/RC50/R1 intitulée « Politique de la santé pour tous dans la Région africaine pour le XXI<sup>e</sup> siècle : Agenda 2020 » ; la résolution WHA57.16 intitulée « Promotion de la santé et modes de vie sains » ; la résolution AFR/RC62/R4 intitulée « Promotion de la santé : Stratégie pour la Région africaine » ; la résolution AFR/RC60/R1 intitulée « Agir sur les principaux déterminants de la santé : Une stratégie pour la Région africaine » ; l'Appel à l'action de Nairobi pour la promotion de la santé lancé en 2008 ; la résolution WHA71.1 intitulée « Treizième programme général de travail, 2019-2023 » et ses objectifs du triple milliard (à savoir 1 milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle, 1 milliard de personnes supplémentaires mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire et 1 milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être) ; et la résolution WHA75.19 intitulée « Promotion du bien-être et de la santé », ainsi que le projet de cadre mondial, tout comme le plan de mise en œuvre et de suivi pour intégrer le bien-être dans la santé publique en faisant appel à l'approche de promotion de la santé ;

Notant avec une vive préoccupation les inégalités croissantes qui sont liées aux déterminants sociaux, économiques et environnementaux, de même que leurs répercussions sur la santé et sur le bien-être des populations africaines ;

Constatant que la santé et le bien-être physiques, mentaux et sociaux sont affectés par les moyens de subsistance, le logement, l'environnement, l'eau, l'assainissement et l'hygiène, l'éducation, la sécurité au travail, la sécurité alimentaire, une alimentation sûre et saine, le développement du jeune enfant, l'inclusion sociale, la prévention des traumatismes et l'accès aux services essentiels ;

Réaffirmant les engagements souscrits dans la Déclaration d'Alma-Ata et dans la Déclaration d'Astana sur les soins de santé primaires, dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, dans la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique, dans la Déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en Afrique, dans la Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques et au titre de l'objectif 3 de développement durable ;

Reconnaissant que des approches centrées sur la personne, pangouvernementales, pansociétales et pluridisciplinaires s'avèrent nécessaires pour agir de façon intégrée sur les déterminants de la santé et du bien-être ;

Reconnaissant que les initiatives multisectorielles existantes souffrent d'une planification, d'une budgétisation, d'une mise en œuvre, d'un suivi et d'une évaluation cloisonnés, d'une responsabilisation médiocre et d'un manque de capacités stratégiques,

4. ADOPTE la stratégie régionale multisectorielle pour la promotion de la santé et du bien-être (2023-2030) dans la Région africaine de l'OMS ;

5. INVITE INSTAMMENT les États Membres :

- a) à mobiliser un appui politique de haut niveau pour l'institutionnalisation des évaluations obligatoires des incidences que les politiques sectorielles ont sur la santé et le bien-être ;
- b) à entreprendre le plaidoyer pour que la priorité soit donnée à la promotion du bien-être dans les politiques de tous les secteurs ;
- c) à engager ou à mobiliser les ressources financières et humaines qui s'avèrent nécessaires pour planifier, mettre en œuvre et suivre des initiatives multisectorielles ;
- d) à instituer des mécanismes de collecte de données, assortis d'indicateurs et de cibles définis, afin de faciliter le suivi et l'évaluation ;
- e) à renforcer la capacité du secteur de la santé à collaborer plus efficacement avec d'autres secteurs pour mener une action multisectorielle et intersectorielle destinée à favoriser le bien-être ;
- f) à instituer des mécanismes pour lever les obstacles à la communication entre le secteur de la santé et les autres secteurs afin d'assurer une meilleure compréhension des objectifs communs ;
- g) à impliquer les instituts de recherche locaux dans la production des données qui peuvent éclairer l'élaboration et la mise en œuvre de politiques, de stratégies et de plans ; et
- h) à renforcer la coopération avec les partenaires internationaux afin de faciliter la collaboration dans tous les secteurs ;

6. PRIE la Directrice régionale :

- a) d'accroître l'appui à la conception et à la mise en œuvre efficaces de politiques multisectorielles ;
- b) de créer des plateformes destinées à faciliter l'échange des informations, des meilleures pratiques et des innovations entre les États Membres ;
- c) d'acquérir la capacité à traduire les éléments factuels en des actions concrètes ;
- d) de fournir un appui aux États Membres dans l'élaboration et le suivi des indicateurs du bien-être ;



- e) de nouer des partenariats, des réseaux et des alliances afin de soutenir les efforts que les pays font pour mener des actions multisectorielles grâce à la mobilisation de ressources et à un appui technique ; et
- f) de soutenir les initiatives de recherche régionales afin d'éclairer l'action multisectorielle dans les pays.

## Résolution 5 Motion de remerciements

Le Comité régional,

CONSIDÉRANT les efforts immenses consentis par le Chef de l'État, le Gouvernement et le Peuple de la République du Botswana en vue d'assurer le plein succès de la soixante-treizième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique qui s'est tenue à Gaborone (Botswana) du 28 août au 1<sup>er</sup> septembre 2023 ;

SENSIBLE à l'accueil particulièrement chaleureux que le Gouvernement et le Peuple de la République du Botswana ont réservé aux délégués ;

1. REMERCIE le Président de la République du Botswana, Son Excellence le D<sup>r</sup> Mokgweetsi Eric Keabetswe Masisi, pour les excellentes installations que le Botswana a mises à la disposition des délégués et pour le discours plein d'inspiration et d'encouragements qu'il a prononcé au cours de la cérémonie d'ouverture officielle de la session ;
2. EXPRIME sa profonde gratitude au Gouvernement et au Peuple de la République du Botswana pour leur remarquable hospitalité ;
3. PRIE la Directrice régionale de transmettre la présente Motion de remerciements au Président de la République du Botswana, Son Excellence le D<sup>r</sup> Mokgweetsi Eric Keabetswe Masisi.

# PARTIE II

## RAPPORT DU COMITÉ RÉGIONAL



## OUVERTURE DE LA RÉUNION

1. La soixante-treizième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour l'Afrique a été officiellement ouverte le lundi 28 août 2023 par Son Excellence le D<sup>r</sup> Mokgweetsi Eric Keabetswe Masisi, Président de la République du Botswana. Étaient présents à l'ouverture de la réunion : les Ministres de la santé et chefs de délégation de 45 États Membres de la Région africaine ; le D<sup>r</sup> Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général de l'OMS ; la D<sup>re</sup> Matshidiso Moeti, Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique ; des représentants de l'Union africaine ; 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'autres organisations internationales et non gouvernementales ; ainsi que d'autres invités.
2. Le D<sup>r</sup> Edwin Dikoloti, Ministre botswanais de la santé et du bien-être, a souhaité la bienvenue aux délégations des États Membres et aux autres participants à la session du Comité régional. Le Ministre de la santé a rappelé l'engagement du Botswana et de son Gouvernement à réaliser l'objectif de la santé pour tous et à améliorer la prestation des services de santé, tout comme les indicateurs de la santé. Il a également rappelé le rôle important que le Botswana a joué dans la réflexion mondiale concernant l'allocation équitable des ressources pour un meilleur accès à la santé, de même que la nécessité de réaliser des progrès dans tous les piliers de la santé grâce à une approche coordonnée et multisectorielle.
3. Le D<sup>r</sup> Jean Kaseya, Directeur général du Centre africain de prévention et de contrôle des maladies (CDC-Afrique), a relevé les progrès remarquables accomplis par le Botswana en matière de santé. Il a souligné que le pays a atteint une couverture de plus de 70 % pour la vaccination contre la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) et que le Botswana a rendu les soins de santé accessibles à ses citoyens, contribuant à hauteur de 2-3 % de son PIB à la santé et renforçant la capacité de mise au point de vaccins contre les zoonoses. Le Directeur général du CDC-Afrique a par ailleurs exprimé l'espoir que la production régionale de vaccins soit élargie et que les ressources requises soient mobilisées. Il a plaidé pour que la Région soit mieux préparée à la prochaine pandémie.
4. Dans une déclaration vidéo préparée pour la circonstance, Son Excellence l'Ambassadrice Minata Samaté Cessouma a salué le leadership dont fait preuve l'OMS dans la Région africaine en assurant la promotion des soins de santé de qualité pour tous. Elle a salué la consolidation de la collaboration entre l'OMS et l'Union africaine (UA), qui est la clé à actionner pour atteindre les objectifs de développement durable (ODD) et concrétiser la vision de l'Union africaine énoncée dans son Agenda 2063. Son Excellence Minata Samaté Cessouma a aussi salué la collaboration des partenaires à l'opérationnalisation de l'Agence africaine des médicaments (AMA) et à l'organisation du Sommet mondial de l'OMS sur la médecine traditionnelle, qui s'est tenu récemment et a démontré l'intérêt porté à la santé dans toutes ses composantes et au bien-être collectif. En outre, elle a exprimé le souhait que les prochains sommets sur le financement de la santé et l'éradication du VIH en Afrique et sur le nexus paix-climat-santé soient les prochaines étapes de l'édification de l'Afrique que nous voulons.

5. Dans son allocution à l'ouverture de la session, la D<sup>re</sup> Matshidiso Moeti, Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique, a exprimé sa gratitude au Président de la République du Botswana, au Ministre botswanais de la santé, ainsi qu'au Gouvernement et au peuple du Botswana pour l'accueil de la soixante-treizième session du Comité régional. Elle a félicité le Président du Botswana pour avoir dirigé une riposte exemplaire à la COVID-19, en particulier en faisant progresser la recherche sur le séquençage génomique. La Directrice régionale a également pris note de l'impressionnant projet de réforme du secteur de la santé qui a permis d'enregistrer des progrès importants vers l'élimination du VIH/sida, y compris la transmission mère-enfant.

6. La D<sup>re</sup> Moeti a remercié le Professeur Moustafa Mijiyawa, Ministre togolais de la santé, de l'hygiène publique et de l'accès universel aux soins de santé et président de la soixante-douzième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, ainsi que les Ministres de la santé de l'Ouganda et du Malawi qui ont assumé les fonctions de vice-présidentes de ladite session, pour leur leadership qui a grandement facilité la préparation des débats et manifestations au sein des organes directeurs tout au long de l'année écoulée.

7. La Directrice régionale a rappelé les difficultés auxquelles la Région a été confrontée pendant la pandémie de COVID-19, et particulièrement les difficultés à obtenir les fournitures nécessaires pendant la riposte. La Directrice régionale a invité tous les participants à se réjouir du nombre relativement faible de décès dus à la COVID-19 sur le continent. Elle a salué le leadership des chefs d'État africains, les plateformes continentales solides mises en place par l'Union africaine et les efforts de collaboration avec le CDC-Afrique pour renforcer les capacités nationales de riposte, y compris l'expansion des capacités de séquençage génomique et les avancées enregistrées vers la création de l'Agence africaine des médicaments.

8. S'exprimant sur l'impact de la pandémie de la COVID-19 sur la Région, la D<sup>re</sup> Moeti a mentionné les répercussions notables de la COVID-19 sur la santé, l'éducation et les économies, partout en Afrique. La Directrice régionale a fait remarquer que la faible couverture de la vaccination systématique a entraîné une baisse des taux de vaccination couplée à une hausse des flambées épidémiques de maladies à prévention vaccinale. Elle a mis en évidence les efforts déployés pour améliorer la préparation à la pandémie au niveau communautaire, avec le déploiement de programmes phares destinés à renforcer la capacité de riposte partout sur le continent. En outre, la Directrice régionale a encouragé les États Membres à continuer à se préparer à la prochaine pandémie, notamment en contribuant à l'élaboration du traité sur la pandémie et à la révision du Règlement sanitaire international (2005).

9. La D<sup>re</sup> Moeti a aussi insisté sur le besoin urgent de surmonter les effets du changement climatique sur la santé et le bien-être, par exemple les sécheresses et les cyclones d'une part, et d'autre part de soutenir à la fois les communautés touchées et les initiatives visant à surmonter les effets du changement climatique sur la santé et le bien-être. La Directrice régionale a mis en exergue d'autres défis à relever dans la Région, notamment la faiblesse des dépenses de santé publiques, les paiements directs importants pour les soins de santé, les taux élevés de mortalité maternelle et la charge épidémiologique due aux maladies non transmissibles. Elle a salué les

avancées enregistrées dans l'emploi des outils de lutte contre le cancer du col de l'utérus, tout comme l'engagement pris pour atteindre les objectifs de développement durable grâce aux soins de santé primaires et à la consolidation des partenariats.

10. La Directrice régionale a cité des exemples de réalisations accomplies par les États Membres dans les domaines tels que la préparation aux situations d'urgence, la lutte contre le paludisme, l'introduction du vaccin contre le papillomavirus humain et du vaccin antityphoïdique conjugué, et l'utilisation des outils techniques par les jeunes en Afrique. La D<sup>re</sup> Moeti a exprimé son optimisme au sujet de l'avenir, malgré les difficultés. Elle a encouragé les États Membres à participer aux prochaines réunions de l'Assemblée générale des Nations Unies, notamment aux réunions de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle, la préparation et la riposte aux pandémies et la tuberculose, et à œuvrer pour que la jeune population africaine adopte la technologie afin de promouvoir et de protéger la santé.

11. Dans son allocution à l'ouverture de la session, le D<sup>r</sup> Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général de l'OMS, a exprimé sa gratitude au Président Masisi et au peuple botswanais pour l'accueil de la session. Il a félicité le Botswana pour ses réalisations dans le domaine de la santé, et singulièrement pour sa riposte au VIH, pour l'introduction du vaccin contre le papillomavirus humain qui est utilisé dans la prévention du cancer du col de l'utérus et pour la détection du variant Omicron du SARS-CoV-2. Le Directeur général de l'OMS a ensuite souligné que la COVID-19 et la variole simienne ne constituent plus des urgences de santé publique de portée internationale, mais continuent de poser des menaces pour la santé. En outre, il a relevé un nombre croissant d'éléments factuels qui attestent d'une hausse du nombre d'hospitalisations, des admissions en soins intensifs et des décès dus à la COVID-19, soulignant ainsi la nécessité de poursuivre la surveillance, le séquençage et l'évaluation des risques.

12. Abordant le sujet de la transformation en profondeur de l'OMS qui est en cours depuis six ans, le Directeur général a présenté cinq priorités – les « cinq P » – qui constitueront le fondement du quatorzième programme général de travail (PGT). Le premier « P » traite de la promotion de la santé en s'attaquant aux causes profondes des problèmes de santé, telles que le tabagisme et l'usage nocif de l'alcool, la consommation d'une alimentation plus saine et la lutte contre le changement climatique. Le Directeur général a reconnu que les stratégies régionales ont donné des résultats probants, notamment les stratégies de lutte contre le tabagisme et l'usage nocif de l'alcool, les stratégies pour la sécurité routière et un partenariat pour renforcer les soins de santé primaires et les services intégrés, surtout en matière de santé sexuelle et reproductive.

13. S'agissant de la deuxième priorité qui consiste à fournir des services de santé, le Directeur général a fait valoir la nécessité de réorienter les systèmes de santé vers les soins de santé primaires et la couverture sanitaire universelle. Il a mis en lumière les progrès notables réalisés en ce qui concerne le vaccin antipaludique et l'amélioration de la situation des personnels de santé, tout en reconnaissant les problèmes qui perdurent en ce qui concerne la réduction de la mortalité maternelle et la hausse des taux de vaccination, en particulier la nécessité de renforcer les systèmes de santé.



14. Au sujet de la troisième priorité, qui consiste à protéger la santé par la préparation et la riposte aux urgences sanitaires, le Directeur général a porté à l'attention de son auditoire que l'architecture mondiale à l'appui de la riposte aux urgences sanitaires est en cours d'élaboration, avec l'équité comme pilier des actions. Il a évoqué les initiatives de collaboration telles que l'accord sur les pandémies, le Centre d'information de l'OMS sur les pandémies et les épidémies, et la nécessité de combler les lacunes dans le Règlement sanitaire international en utilisant les enseignements tirés de la pandémie de COVID-19.

15. Le Directeur général a conclu son allocution en exhortant les États Membres à agir sur les cinq priorités et à soutenir l'OMS dans la mise en œuvre du quatorzième programme général de travail. Il a cité le Botswana en modèle pour démontrer que tout est possible. Le Directeur général a remercié le Président Masisi, la D<sup>re</sup> Moeti, les Représentants de l'OMS, les collègues et les États Membres pour leur dévouement.

16. Dans son discours d'ouverture de la soixante-treizième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, Son Excellence le D<sup>r</sup> Mokgweetsi Eric Keabetswe Masisi, Président de la République du Botswana, a souhaité la bienvenue à tous les participants, au nom du peuple botswanais, et s'est réjoui du fait que le Botswana accueille la soixante-treizième session du Comité régional. Le Président de la République du Botswana a exprimé sa gratitude pour la collaboration continue avec l'OMS, soulignant l'importance d'encourager la solidarité et la coopération entre les pays africains pour relever efficacement les défis sanitaires qui se posent.

17. S'appuyant sur diverses expériences, le Président de la République a souligné la nécessité de redéfinir la trajectoire vers la réalisation de la vision de la santé pour tous d'ici à 2030. Il a pris note des progrès accomplis sur le plan de l'espérance de vie et plaidé pour l'équité et l'inclusion dans la résolution des problèmes de santé. Dans son discours, le président botswanais a témoigné de la persistance des inégalités dans l'accès aux fournitures pour lutter contre la COVID-19, qualifiant ce problème d'échec majeur de la riposte à la pandémie. En vue de renforcer la résilience des soins de santé, le Président de la République a souligné l'importance de l'autosuffisance, en faisant valoir la nécessité de disposer non seulement de ressources pour l'Agence africaine des médicaments, mais aussi de quantités suffisantes de médicaments et de vaccins. Il a embayé sur la nécessité de transférer les connaissances et de démocratiser la propriété intellectuelle.

18. S'agissant du financement des soins de santé, le Président de la République a plaidé en faveur d'une allocation accrue des ressources financières au secteur de la santé. Le niveau actuel des dépenses, qui s'élève à 189 dollars É.-U. par personne, fait clairement ressortir un déficit notable, signe d'un non-respect des engagements pris dans la Déclaration d'Abuja.

19. Le Président de la République a insisté sur le potentiel de l'ère numérique, en mentionnant les possibilités que les outils numériques offrent dans le domaine des soins de santé. La position de l'Afrique à l'avant-garde de la révolution numérique a été reconnue, tout comme le potentiel d'améliorer les résultats des traitements, les essais cliniques, l'autoprise en charge et le

renforcement des capacités des soins de santé. Le Président de la République a souligné le rôle que les gouvernements jouent dans le financement des soins de santé, en prenant comme exemple pour étayer son argumentaire l'engagement du Botswana, dont 80 % des dépenses de santé sont financées par les pouvoirs publics, avec une allocation budgétaire importante de 17,1 % au secteur de la santé. En particulier, seuls 4 % des coûts des soins de santé sont supportés par des usagers au Botswana, et 97 % des personnes vivant avec le VIH sont en bonne santé – ce qui représente un pourcentage impressionnant.

20. Son Excellence Mokgweetsi Eric Keabetswe Masi, Président de la République du Botswana, a conclu son discours en mettant en lumière les progrès remarquables accomplis dans le cadre du programme E-2025 de l'OMS pour l'éradication du paludisme, citant une réduction spectaculaire du taux d'incidence à moins d'un cas pour 1000 habitants.

21. À la fin de la cérémonie d'ouverture, le Président Masi a décerné l'Ordre présidentiel pour Service méritoire à la D<sup>re</sup> Matshidiso Moeti, en reconnaissance de son dévouement au travail.

## ORGANISATION DES TRAVAUX

### **Adoption des procédures spéciales régissant la conduite des séances hybrides de la soixante-treizième session du Comité régional de l'Afrique et élection du président, des vice-présidents et des rapporteurs (Document [AFR-RC73-Décision1](#))**

22. Le Comité régional a adopté une décision sur les procédures spéciales régissant la conduite des séances hybrides de la soixante-treizième session du Comité régional, qui ont été présentées brièvement par le Conseiller juridique.

### **Élection du président, des vice-présidents et des rapporteurs (Document [AFR/RC73/Décision 2](#))**

23. Conformément aux articles 10 et 15 du Règlement intérieur du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, et au paragraphe 7 des Procédures spéciales régissant la conduite des séances hybrides de sa soixante-treizième session, le Comité régional de l'Afrique a élu par acclamation le bureau de sa soixante-treizième session. La décision 2 présente la composition détaillée du bureau de la soixante-treizième session du Comité régional.

### **Adoption de l'ordre du jour provisoire et du programme de travail provisoire (Document [AFR-RC73-1](#) et Document [AFR-RC73-1-Add-1](#))**

24. Le D<sup>r</sup> Edwin Gorataone Dikoloti, président de la soixante-treizième session du Comité régional et Ministre botswanais de la santé et du bien-être, a présenté l'ordre du jour provisoire ([AFR/RC73/1](#)) et le programme de travail provisoire ([AFR/RC73/1 Add.1](#)) de la session (voir les Annexes 3 et 4, respectivement). Ces documents ont été adoptés sans amendement.



## Nomination des membres de la commission de vérification des pouvoirs

25. Le Comité régional de l’Afrique a nommé une commission de vérification des pouvoirs comprenant des représentants des États Membres suivants : Comores, Congo, Érythrée, Gambie, Ghana, Madagascar et Rwanda.

26. La commission de vérification des pouvoirs s’est réunie le 28 août 2023 et a élu comme président M. Eric Nsiah-Boateng, de la délégation ghanéenne.

## RAPPORT DE LA COMMISSION DE VÉRIFICATION DES POUVOIRS

27. Sur la base du rapport établi par la commission de vérification des pouvoirs, le Comité régional a reconnu comme étant conformes aux dispositions de l’article 45 du Règlement intérieur du Comité régional de l’Afrique et du paragraphe 9 des procédures spéciales régissant la conduite des séances hybrides de sa soixante-treizième session, les pouvoirs présentés par les 45 États Membres ci-après : Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, 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, 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. Le Comité régional a décidé de différer une décision sur la question de la représentation du Niger, en attendant les orientations de l’Assemblée générale des Nations Unies à ce sujet.

## Intervention de la présidente du Sous-Comité du Programme (Document [AFR-RC73-2](#))

28. Dans son intervention devant la soixante-treizième session du Comité régional, M<sup>me</sup> Petronella Masabane, Directrice exécutive du Département de la santé et de la politique de bien-être social de la République de Namibie, a fait l’économie de la récente réunion du Sous-Comité du Programme (le « Sous-Comité » ou le « PSC ») qui s’est tenue à Brazzaville (Congo), du 20 au 22 juin 2023. Le Sous-Comité du Programme a étudié huit documents portant sur des questions de santé publique d’intérêt régional et les a soumis pour examen et adoption à la soixante-treizième session du Comité régional. Le Comité régional a félicité le Sous-Comité du Programme et le Secrétariat pour le travail accompli et a adopté l’intervention de la présidente du Sous-Comité du Programme.

29. Le Comité régional a également examiné et adopté les propositions relatives à la désignation d’États Membres devant siéger dans les conseils et comités qui requièrent une représentation de la Région africaine, puis recommandé l’accréditation de huit acteurs non étatiques n’entretenant pas de relations officielles avec l’OMS pour qu’ils puissent participer aux sessions du Comité régional. Les huit entités accréditées étaient : l’African Forum for Primary

Health Care (AfroPHC) ; l'Alliance pour le Contrôle du Tabac en Afrique (ACTA) ; la Fondation Elizabeth Glaser pour la lutte contre le sida pédiatrique (EGPAF) ; la Fédération africaine des Associations des Étudiants en Médecine (FAMSA) ; la Fédération internationale des personnes atteintes d'hydrocéphalie et de spina-bifida (IF) ; Médecins d'Afrique (MDA) ; l'Université Numérique Francophone Mondiale (UNFM) ; et le West African Institute of Public Health (WAIPH). En outre, le Comité régional a examiné et adopté la décision concernant la suppression des dispositions en matière d'établissement de rapports sur les résolutions et décisions relatives aux stratégies, aux cadres et aux documents techniques adoptées avant la soixante-deuxième session du Comité régional.

### Activités de l'OMS dans la Région africaine : rapport annuel de la Directrice régionale (Document [AFR-RC73-3](#))

30. Le Secrétariat a continué à accompagner les États Membres dans les actions qu'ils ont prises pour réagir avec efficacité à la pandémie de COVID-19, ainsi que dans leurs efforts destinés à renforcer la prestation des services de santé essentiels, à faire face à d'autres urgences de santé publique et à élaborer des stratégies nationales. Ces efforts se sont soldés par une baisse du nombre de décès et d'hospitalisations liés à la COVID-19. Au moins 90 % des pays de la Région ont désormais acquis la capacité de réaliser un séquençage génétique du SARS-CoV-2 et la couverture vaccinale contre la COVID-19 est passée de 20 % en 2022 à 30 % en juin 2023. Les résultats des enquêtes de séroprévalence de la COVID-19 et des études sur l'efficacité des vaccins menées par l'OMS dans 31 pays ont fourni des éléments d'appréciation aux responsables de l'élaboration des politiques dans les pays.

31. Dans le cadre des efforts visant à se relever des pertes causées par la pandémie, des efforts ont été intensifiés afin de permettre aux États Membres d'accroître la solidité de leurs systèmes de santé nationaux. Une approche globale de la gouvernance de l'action sanitaire a été adoptée au niveau des pays, notamment l'élaboration de stratégies sectorielles solides qui tenaient compte des enseignements précieux tirés de la pandémie de COVID-19 pour renforcer la résilience des systèmes et des communautés. Des efforts concertés sont en cours avec l'Union interparlementaire et avec l'Organisation internationale du travail pour façonner les cadres juridiques devant régir la couverture sanitaire universelle. En outre, les partenariats public-privé, essentiels pendant la riposte à la pandémie, ont été renforcés dans sept pays en vue de faire progresser le programme relatif à la couverture sanitaire universelle.

32. Outre l'appui apporté aux États Membres dans leur riposte à la COVID-19, le Programme de transformation du Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine a continué à produire des résultats dans le but de renforcer le rôle de chef de file que l'OMS joue dans le domaine de la santé et de faire en sorte que l'Organisation soit capable d'atteindre son but et puisse répondre de façon optimale aux besoins de ses États Membres. Au cours de la période considérée, l'accent a été mis sur des points tels que le renforcement de la participation de l'OMS au niveau des pays, la consolidation des partenariats, l'exploitation des jeunes talents et la promotion d'un environnement de travail productif grâce à de meilleures performances des équipes. La prévention de l'exploitation, des abus et du harcèlement sexuels reste l'une des priorités

majeures de l'Organisation mondiale de la Santé. L'action de prévention de telles atteintes a été renforcée par la formation et la sensibilisation du personnel, des membres de la communauté et des partenaires opérationnels.

33. En étroite collaboration avec des partenaires, le Secrétariat de l'OMS a soutenu les programmes de santé dans l'ensemble de ses 47 États Membres, prêtant son concours aux États Membres pour qu'ils puissent progresser sur la voie qui mène à la couverture sanitaire universelle et à la sécurité sanitaire grâce au renforcement de leurs systèmes de santé. La Région a enregistré une amélioration de la santé et du bien-être au fil des années, malgré les perturbations causées par la pandémie de COVID-19.

34. L'amélioration du bien-être du personnel et la mise en place d'un environnement de travail respectueux sont restées une priorité pour la direction du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. Une politique relative à l'aménagement des modalités de travail a été lancée avec succès le 1<sup>er</sup> mai 2023, tandis que la dynamique en faveur du respect sur le lieu de travail a été encouragée moyennant le renforcement de la communication entre les responsables de service, les représentants des associations du personnel et l'Ombudsman régional – qui travaille désormais à plein temps. L'automatisation des systèmes administratifs a considérablement raccourci les délais d'exécution, tandis que le Bureau régional a pu réaliser une économie de 1,1 million de dollars É.-U. grâce à l'application de mesures novatrices en matière d'achat.

35. En vue de renforcer la diversité, l'équité et l'inclusivité, une série de conférences animées par des femmes et organisées à l'intention des femmes a permis de perfectionner les compétences de membres du personnel de sexe féminin dans le domaine de l'encadrement et de la gestion au sein de l'Organisation, tandis que l'initiative « Championnes de la santé en Afrique » s'est avérée très efficace pour attirer plus de jeunes cadres, contribuant ainsi à l'amélioration du ratio des femmes présentes dans les structures globales de dotation en personnel. Dans le même ordre d'idée, l'attention portée aux jeunes n'a cessé de gagner en ampleur. À preuve, 428 jeunes interprètes originaires de 19 États Membres ont suivi le programme de stages d'interprétation de conférences en ligne organisé à leur intention par les services compétents au Bureau régional de l'Afrique. L'Organisation mondiale de la Santé et le Programme des volontaires des Nations Unies ont déployé, dans 34 pays, 120 « champions de la santé » représentant 36 nationalités et couvrant plus de 34 filières professionnelles.

36. Des progrès ont également été réalisés pour endiguer la résurgence de la poliomyélite et éradiquer la maladie grâce au renforcement des capacités humaines et institutionnelles et à l'apport de fonds aux États Membres pour qu'ils puissent mener à bien des activités de vaccination systématique et supplémentaires. Plus de 122 millions d'enfants ont été vaccinés dans 23 pays et des systèmes de surveillance fonctionnels ont été maintenus en place dans tous les 47 États Membres.

37. En vue d'élargir l'accès aux services de santé essentiels de qualité, le Secrétariat a défendu la planification fondée sur des données probantes tout en prônant des initiatives d'amélioration de la qualité et l'innovation technologique. Des outils, des ressources financières et un appui

technique ont été fournis à plusieurs pays pour qu'ils puissent procéder à l'examen des programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. Les données recueillies ont servi de base à la planification stratégique et à l'allocation de ressources. Des améliorations notables ont été constatées en ce qui concerne la qualité des soins : à titre d'exemple, six pays ont reçu des orientations spécialisées sur la prophylaxie préexposition au VIH et 30 pays ont révisé leurs protocoles de traitement de la tuberculose multirésistante. Il est remarquable de constater que 17 pays ont élaboré et appliquent de façon active des stratégies et des plans nationaux complets de promotion de la qualité, alors que huit pays seulement l'avaient fait en 2021.

38. Des efforts ont aussi été déployés pour assurer un accès durable à des médicaments essentiels de qualité en renforçant les capacités des organismes nationaux chargés de la réglementation. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a soutenu à la fois les évaluations formelles et les auto-évaluations, les faiblesses recensées éclairant l'élaboration des plans de développement institutionnel en cours d'exécution. Le renforcement des capacités de réglementation contribuera en outre à la fabrication locale et favorisera la recherche, y compris les essais cliniques. L'OMS a maintenu l'appui stratégique qu'elle fournit à l'Agence africaine des médicaments.

39. Le paiement direct sur le lieu de prestation des services de santé constitue un obstacle à l'accès à ces services dans la Région africaine, où vivent les deux tiers des personnes les plus pauvres du monde. Des efforts ont été faits pour remédier à ce problème, entre autres l'approbation d'un rapport sur la protection contre les risques financiers dans la perspective de l'instauration de la couverture sanitaire universelle dans la Région africaine de l'OMS. En vue de remédier à la grave pénurie de personnels de santé que l'on observe dans la Région, le Secrétariat a produit des données probantes pour éclairer le dialogue, au niveau régional comme au niveau des pays, l'intention étant de renouveler l'engagement de relever les défis. Cette initiative a alimenté le dialogue régional et l'élaboration d'une Charte africaine des investissements en matière de personnels de santé qui servira de boussole pour l'action collective. Trois pays élaborent actuellement des plans d'investissement dans les ressources humaines.

40. Pour remédier à la faible couverture persistante des interventions de lutte contre les maladies non transmissibles, et malgré la charge de morbidité croissante due à ces maladies dans la Région, les pays ont bénéficié d'un appui pour intégrer l'ensemble OMS d'interventions essentielles pour lutter contre les maladies non transmissibles dans les services de santé primaires.

41. En Éthiopie, au Ghana et au Zimbabwe, entre autres pays, la santé mentale est introduite progressivement grâce à la formation que l'OMS dispense aux agents de soins de santé primaires dans le cadre du Programme d'action Comblent les lacunes en santé mentale (mhGAP). Au Zimbabwe, la formation a accru la disponibilité des services de santé mentale et de soutien psychosocial au profit de 131 000 personnes, et ce succès a été rendu possible grâce à la formation de près de 3000 agents de santé ou personnes travaillant dans des organisations communautaires de santé mentale, au titre de la riposte à la COVID-19.

42. Des progrès considérables ont été réalisés dans le domaine de la lutte contre les maladies tropicales négligées et vers l'élimination de ces maladies, sept pays ayant éliminé au moins une maladie tropicale négligée en tant que problème de santé publique. La République démocratique du Congo a été certifiée exempte de la transmission locale de la maladie du ver de Guinée, alors que le Bénin, le Malawi et le Togo ont éliminé le trachome et que le Ghana a éliminé la trypanosomiase humaine africaine. Le Burkina Faso, le Mali, le Niger et le Sénégal ont réduit la prévalence des géohelminthiases pour la ramener à moins de 2 %. Des efforts sont en cours pour inverser la forte augmentation du nombre d'enfants non vaccinés et sous-vaccinés dans la Région grâce à la mise en œuvre de la campagne « Big Catch-up » (Le grand rattrapage), qui est financée par une multitude de partenaires.

43. Plusieurs pays ont aussi bénéficié d'un appui pour ajouter de nouveaux vaccins à leurs calendriers de vaccination systématique. Le vaccin contre le papillomavirus humain (PVH) a été introduit dans trois pays, le vaccin conjugué contre la typhoïde dans deux pays et le vaccin conjugué contre *Neisseria meningitidis type A* (MenAfriVac®) en Guinée-Bissau. Le premier vaccin antipaludique (RTS,S) recommandé par l'OMS pour prévenir le paludisme chez les enfants a été introduit au Ghana, au Kenya et au Malawi, où près de 4,5 millions d'enfants ont été vaccinés dans le cadre d'un programme pilote coordonné par l'OMS.

44. Les dialogues nationaux et régionaux animés par l'OMS et par ses institutions sœurs du système des Nations Unies ont abouti à l'approbation d'un engagement ministériel en faveur des adolescents et des jeunes éduqués, en bonne santé et épanouis dans 25 pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale. En vue d'améliorer la prestation des interventions en matière de santé de l'enfant, l'examen de la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant conduit sous la houlette de l'OMS a amené 18 pays à étudier des voies et moyens novateurs susceptibles de faire progresser l'application de cette stratégie et de renforcer la capacité de mise en œuvre.

45. Au chapitre de la protection des populations contre les situations d'urgence sanitaire, le lancement par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique de trois programmes phares dédiés – à savoir « Favoriser la résilience des systèmes face aux situations d'urgence » (PROSE), « Transformer les systèmes de surveillance en Afrique » (TASS) et « Renforcer et utiliser les groupes d'intervention en cas d'urgence » (SURGE) – lui a permis de continuer à édifier l'infrastructure physique et organisationnelle requise pour surveiller, endiguer et éliminer les risques de maladie partout sur le continent. L'opérationnalisation du programme phare TASS a renforcé les capacités des États Membres dans les domaines de la surveillance intégrée des maladies et riposte.

46. La mise en place d'un pôle sous-régional pour les situations d'urgence à Nairobi a considérablement réduit les délais de riposte en ce qui concerne le déploiement des fournitures essentielles pour les situations d'urgence classées – ledit déploiement étant passé de 25 jours en juillet 2022 à deux jours en janvier 2023.

47. Des flambées de choléra de grande ampleur ont nécessité l'organisation d'une riposte rapide et décisive, et le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a apporté son appui au déploiement de plus de 16 millions de doses de vaccin anticholérique oral au cours de campagnes menées au Cameroun, en Éthiopie, au Kenya, au Malawi, au Mozambique et en République démocratique du Congo. L'intensification de l'appui aux pays les a aidés à endiguer les flambées aiguës de maladie à virus Ebola qui ont touché la République démocratique du Congo et l'Ouganda, la flambée de fièvre de Marburg en Guinée équatoriale et en République-Unie de Tanzanie, ainsi que les flambées de fièvre jaune dans 12 pays.

48. Vingt-neuf pays ont élaboré des stratégies et des politiques de promotion de la santé, et huit pays ont mis en œuvre des stratégies multisectorielles et multidisciplinaires visant à combattre les facteurs de risque et à agir sur les déterminants sociaux de la santé. De façon notable, des avancées ont été enregistrées en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans 26 pays au cours de la période visée par le rapport.

49. En ce qui concerne l'action intégrée pour une meilleure santé face à la menace croissante de la résistance aux antimicrobiens, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et ses partenaires ont déployé des efforts pour lutter contre les microbes qui deviennent résistants aux médicaments traditionnellement utilisés pour les éliminer. Sept pays ont élaboré et validé leurs stratégies de résistance aux antimicrobiens, portant à 45 le nombre de pays appliquant cette stratégie dans la Région africaine (soit 96 % du total régional). Un soutien coordonné apporté à 42 États Membres pour qu'ils puissent surveiller la résistance aux antimicrobiens grâce à l'enquête tripartite d'auto-évaluation nationale sur la résistance aux antibactériens (TrACSS) a fourni des profils de pays individuels actualisés faisant valoir les progrès accomplis et les principales lacunes décelées dans l'exécution des plans d'action nationaux. Les conclusions de cette enquête informent désormais les mesures correctrices à prendre.

50. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a mis au point et fait la promotion des systèmes électroniques de collecte de données pour que la collecte et la notification de données sur la santé soient assurées de façon diligente, précise, fiable et efficace et pour renforcer les systèmes d'information sanitaire. Le nombre de pays utilisant la plateforme du Système d'information sanitaire au niveau des districts, version 2 (DHIS2) est passé de 32 (68 % du total régional) en 2019 à 43 (91 % du total régional) en 2022, avec pour résultats une amélioration de la disponibilité et de la qualité des indicateurs de santé courants couplée à l'élargissement de l'accès à ces indicateurs. Quatre pays ont élaboré des stratégies nationales en matière de santé numérique, tandis que 17 autres pays ont élaboré des feuilles de route destinées à renforcer le recours à la télémédecine.

51. L'Organisation continuera de fonder ses actions sur les aspirations des États Membres, sur son Programme de transformation, sur le treizième programme général de travail, 2019-2025 (treizième PGT) et sur les objectifs de développement durable, pour amener les pays sur le chemin qui mène à la couverture sanitaire universelle et, partant, pour renforcer la sécurité sanitaire. Le Secrétariat travaillera en collaboration avec les partenaires pour accompagner et

encourager l'élaboration et la mise en œuvre accélérées de plans de relèvement après la COVID-19.

52. L'OMS dans la Région africaine s'efforcera d'accompagner les efforts qui sont faits pour mettre fin à la poliomyélite et continuera à œuvrer pour dynamiser l'engagement politique d'élaborer et d'appliquer les politiques et réglementations requises destinées à la lutte contre les facteurs de risque de maladies non transmissibles. Un élément central de notre action consistera à venir en appui aux pays pour qu'ils puissent rendre opérationnels les soins de santé primaires en tant qu'approche susceptible de leur permettre de renforcer la résilience des systèmes de santé et des communautés.

53. Au cours des délibérations, les États Membres ont félicité la Directrice régionale, qui a reçu des mains du Président de la République du Botswana le Prix pour l'Ordre présidentiel pour Service méritoire. Ils ont également remercié le Secrétariat pour la qualité du rapport établi par la Directrice régionale. Les États Membres ont réaffirmé leur engagement à participer efficacement aux négociations en cours au sujet de l'accord sur les pandémies et des amendements au Règlement sanitaire international, en soulignant la nécessité de l'équité et du partage des avantages. Les États Membres ont en outre observé que la Région a enregistré moins de décès dus à la COVID-19 que prévu. Ils ont d'ailleurs remercié l'OMS pour son soutien intensif et pour ses orientations normatives. Les initiatives PROSE, TASS et SURGE ont été saluées pour leur perspective d'amélioration de la résilience, alors que l'examen universel de l'état de santé et de préparation a été accueilli favorablement comme étant déterminant pour le renforcement des capacités d'urgence, étant donné qu'il invite l'OMS à aider les pays à utiliser le processus mené par les États Membres pour favoriser la résilience afin de promouvoir la couverture sanitaire universelle et la sécurité sanitaire.

54. Les États Membres ont exprimé leur inquiétude quant à la baisse de l'indice de couverture sanitaire universelle en 2021 sous l'effet de la COVID-19 et ont appelé à une accélération des efforts, notant la nécessité de repenser le système de santé et de donner la priorité à l'action multisectorielle pour relever les principaux défis, notamment l'insuffisance de l'allocation budgétaire et la fragmentation des investissements. Il a été noté avec préoccupation qu'un incident d'insuffisance rénale aiguë causé par la consommation de médicaments contrefaits a occasionné des pertes en vies humaines en Gambie. L'OMS a été invitée à redoubler d'efforts pour accompagner les États Membres dans le domaine de l'assurance de la qualité. Le Tchad a de son côté lancé un appel à l'appui de l'OMS et de la communauté internationale pour aider à gérer la situation humanitaire causée par la présence sur son territoire de plus de 400 000 réfugiés soudanais.

55. Le Comité régional a demandé au Secrétariat d'apporter un appui à tous les États Membres pour que ceux-ci puissent renforcer leurs soins de santé primaires en incorporant les enseignements tirés de la pandémie de COVID-19.



56. Le Comité régional a pris note du rapport intitulé **Activités de l'OMS dans la Région africaine 2022-2023 : rapport annuel de la Directrice régionale**, tel qu'il est contenu dans le Document AFR/RC73/3.

## **PILIER 1. UN MILLIARD DE PERSONNES SUPPLÉMENTAIRES BÉNÉFICIAIRE DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE**

### **Cadre pour la mise en œuvre des Orientations stratégiques mondiales pour les soins infirmiers et obstétricaux (2021-2025) dans la Région africaine de l'OMS** (Document [AFR-RC73-4](#))

57. Le Secrétariat a présenté le document intitulé **Cadre pour la mise en œuvre des Orientations stratégiques mondiales pour les soins infirmiers et obstétricaux (2021-2025) dans la Région africaine de l'OMS**. Le Cadre vise à remédier à la pénurie de personnels de santé, et particulièrement à celle de personnel infirmier et de sages-femmes. Il énonce quatre orientations stratégiques, à savoir : 1) harmoniser et transposer à une plus grande échelle la formation théorique et pratique des personnels infirmiers et des sages-femmes axée sur les besoins de la population en matière de santé ; 2) encourager et pérenniser les investissements en faveur de la création d'emplois décents destinés aux personnels infirmiers et aux sages-femmes ; 3) favoriser le leadership clinique et renforcer la réglementation dans le domaine des soins infirmiers et obstétricaux ; et 4) optimiser la pratique des soins infirmiers et obstétricaux, tout comme l'innovation et la recherche dans ce domaine.

58. Le Comité régional a fait observer que le document aborde une question importante liée aux personnels de santé, dans un contexte marqué par plusieurs contraintes telles que la pénurie des effectifs et la répartition inégale des personnels de santé en Afrique, en particulier les personnels infirmiers et obstétricaux. Les délégués du Comité régional ont salué le travail abattu par le personnel infirmier et les sages-femmes et le rôle que ces personnels de santé ont joué, surtout pendant la pandémie de COVID-19. Le Comité régional a reconnu les multiples défis à relever, tels que la pénurie d'équipements de simulation pour la formation, la très forte émigration des professionnels de la santé qualifiés (ce que l'on appelle la fuite des cerveaux) – en particulier l'exode du personnel infirmier et des sages-femmes –, l'insuffisance des allocations budgétaires et la pénurie de formateurs qualifiés. Les États Membres ont préconisé d'étendre la formation et le mentorat du personnel infirmier et des sages-femmes et de faire progresser les programmes d'enseignement jusqu'au niveau des formations spécialisées. Ils ont également recommandé la mise au point d'outils et la formulation de lignes directrices visant à garantir la qualité, ainsi que l'application de stratégies de fidélisation du personnel qui passent par une reconnaissance appropriée, par la promotion du leadership et de la culture organisationnelle, et par l'existence de systèmes de rémunération et d'avantages compétitifs. Les États Membres ont insisté en outre sur la nécessité d'élaborer des stratégies pour atténuer la fuite du personnel infirmier et des sages-femmes des zones rurales vers les villes, des institutions publiques vers le secteur privé et de la Région vers d'autres parties du monde.

59. Le Comité régional a recommandé au Secrétariat et aux États Membres d'entreprendre des analyses des personnels de santé pour aider à façonner des prévisions et pour éclairer les décisions futures. Les États Membres ont aussi recommandé d'encourager le personnel infirmier et les sages-femmes à s'adonner à la recherche afin d'améliorer les services fondés sur des connaissances et reposant sur des bases factuelles. Ils ont en outre recommandé la création d'organismes professionnels chargés de réglementer et de soutenir la standardisation et la qualité. Le Comité régional a encouragé les États Membres à se doter de centres d'excellence, à s'engager dans une collaboration transfrontalière, à améliorer la formation spécialisée et à recruter le personnel infirmier et les sages-femmes à l'issue de leur formation afin d'accroître la fidélisation des agents de santé et la qualité des personnels de santé. Il a par ailleurs été conseillé aux États Membres d'envisager des accords bilatéraux avec les pays qui cherchent à recruter des personnels infirmiers et des sages-femmes dans la Région, afin de protéger les intérêts nationaux, tout comme les intérêts du personnel infirmier et des sages-femmes.

60. Le Comité régional a adopté sans amendement le Document AFR/RC73/4 intitulé « Cadre pour la mise en œuvre des Orientations stratégiques mondiales pour les soins infirmiers et obstétricaux (2021-2025) dans la Région africaine de l'OMS », et approuvé son application dans la Région.

**Cadre pour le maintien de systèmes de santé résilients en vue de parvenir à la couverture sanitaire universelle et de promouvoir la sécurité sanitaire (2023-2030) dans la Région africaine de l'OMS (Document [AFR-RC73-5](#))**

61. Le document intitulé ***Cadre pour le maintien de systèmes de santé résilients en vue de parvenir à la couverture sanitaire universelle et de promouvoir la sécurité sanitaire (2023-2030) dans la Région africaine de l'OMS*** a été présenté au Comité régional pour examen. Le cadre met en évidence le lourd tribut que les situations d'urgence sanitaire font peser sur les systèmes de santé et sur les économies africaines, comme en témoignent la stagnation des progrès vers l'atteinte des cibles des objectifs de développement durable et les menaces qui planent sur les gains si durement acquis en matière de sécurité sanitaire. Il s'inspire de la note de synthèse de l'OMS sur la résilience des systèmes de santé, s'appuie sur d'autres cadres relatifs à la résilience et tient compte des résultats d'une manifestation spéciale qui a été organisée, en marge de la soixante-douzième session du Comité régional, sur le thème « Reconstruire en mieux ». Le cadre fait ressortir la nécessité urgente pour les États Membres d'investir dans des systèmes de santé transformés, résilients, équitables et efficaces, adossés sur le pilier que constituent les soins de santé primaires. Le document propose aussi des mesures prioritaires pour édifier des systèmes de santé résilients capables de faire face à des chocs perturbateurs ou à des pressions liées à toutes sortes de risques, ainsi que sept interventions prioritaires, au nombre desquelles 20 mesures.

62. Le Comité régional a pris note des efforts déployés en temps voulu pour assurer la résilience des systèmes de santé dans la Région. Les délégués du Comité régional ont pris note des progrès considérables accomplis par les États Membres et de leur ferme engagement à converger vers la

couverture sanitaire universelle. Les délégués ont souligné la nécessité de poursuivre l'intégration des programmes de lutte contre les maladies, y compris les maladies tropicales négligées, la coordination transfrontalière, le renforcement des partenariats public-privé, la responsabilité sociale des entreprises, les plans d'intervention interinstitutions, la mise en place de personnels pluridisciplinaires pour les soins de santé primaires, l'adoption d'une approche pansociétale et la collaboration entre les États Membres, dans un esprit de solidarité. Notant les répercussions négatives de la COVID-19 et la nécessité d'exploiter pleinement les enseignements tirés afin d'édifier des systèmes de santé plus résilients et plus outillés pour répondre aux besoins, le Comité régional a réitéré l'importance de protéger la santé de tous les risques, de protéger les moyens de subsistance et de promouvoir le bien-être en tant que droit de tous les citoyens. Les États Membres ont réitéré que, pour renforcer les systèmes de santé, il convient d'adopter l'approche « Une seule santé », une approche intégrée et unificatrice qui a pour vocation d'équilibrer et d'optimiser la santé des personnes, des animaux et de l'environnement. Ils ont insisté sur le renforcement des capacités de tous les agents de santé à prévenir et détecter les menaces pour la santé et à y faire face. Les États Membres ont également insisté sur le besoin de renforcer les capacités techniques du personnel de santé et de mobiliser un financement durable de la santé à l'aide d'une hausse progressive des allocations nationales, en vue d'une meilleure gestion des situations d'urgence sanitaire.

63. Le Comité régional a souligné la nécessité d'investir massivement dans les systèmes existants, et sur l'importance d'une bonne gouvernance et d'une augmentation des budgets alloués à la santé, afin de garantir l'existence de systèmes de santé capables de prévenir, de détecter les futures catastrophes et d'y riposter. S'agissant des questions relatives aux médicaments et aux produits de santé, les membres du Comité régional ont souligné la nécessité d'accroître la disponibilité des produits de santé en accélérant les investissements dans la fabrication locale et en faisant la promotion des initiatives régionales d'achat groupé. Les États Membres ont recommandé que des révisions mineures soient apportées au document et suggéré une meilleure articulation du rôle que les communautés sont appelées à jouer dans la mise en œuvre du cadre, en leur donnant les moyens d'être copropriétaires et en accompagnant les populations vulnérables avec des subventions à l'assurance-maladie afin d'améliorer l'équité et la responsabilité sociale. Les délégués ont aussi souligné la nécessité de réaliser des examens universels de l'état de santé et de préparation dans tous les États Membres. Ils ont également plaidé en faveur d'une application rigoureuse du cadre fondée sur des bases factuelles et appelé à une ferme détermination en matière de recherche et de financement dans le domaine de la santé. Enfin, les États Membres ont appelé à une riposte d'urgence intégrée et au renforcement du plaidoyer, et ils ont exhorté les États Membres à mettre en œuvre la stratégie.

64. Le Comité régional a adopté avec des amendements le Document AFR/RC73/5, intitulé « Cadre pour le maintien de systèmes de santé résilients en vue de parvenir à la couverture sanitaire universelle et de promouvoir la sécurité sanitaire (2023-2030) dans la Région africaine de l'OMS », et a approuvé les mesures et recommandations proposées.

**Stratégie régionale pour accélérer la mise en œuvre et le suivi des plans d'action nationaux pour combattre la résistance aux antimicrobiens (2023-2030) dans la Région africaine de l'OMS (Document [AFR-RC73-6](#) et résolution [AFR/RC73/WP1](#))**

65. Le Secrétariat a présenté le document intitulé ***Stratégie régionale pour accélérer la mise en œuvre et le suivi des plans d'action nationaux pour combattre la résistance aux antimicrobiens (2023-2030) dans la Région africaine de l'OMS***. Il est indiqué dans le document que la résistance aux antimicrobiens figure parmi les 10 principales menaces mondiales pour la santé publique auxquelles l'humanité est confrontée, et représente une part importante de la morbidité et de la mortalité dans la Région africaine. Le document souligne que, selon les projections à l'horizon 2050, dix millions de personnes, dont 4,1 millions vivant dans la Région africaine, perdront la vie des suites d'une infection causée par un organisme résistant aux antimicrobiens, ce qui pourrait faire perdre aux pays d'Afrique jusqu'à 5 % de leur produit intérieur brut. La stratégie régionale servira de référence aux États Membres dans les efforts qu'ils font pour freiner la résistance aux antimicrobiens et réduire la morbidité, la mortalité, le handicap et les perturbations socioéconomiques associés à cette résistance.

66. Le Comité régional a évoqué les causes premières et les facteurs de la résistance aux antimicrobiens, qui comprennent l'utilisation de médicaments de qualité inférieure et falsifiés, le mauvais usage et l'abus d'antibiotiques à large spectre et d'autres antibiotiques, l'automédication, l'inadéquation des installations de laboratoire, l'insuffisance des ressources humaines et des capacités techniques, la limitation des ressources financières et la faiblesse des mécanismes de coordination multisectorielle. Les délégués ont mis en évidence la nécessité de remédier à ces facteurs grâce aux interventions prévues dans la stratégie, notamment en favorisant la résilience des systèmes de santé et en stimulant la recherche.

67. Les États Membres ont énuméré les divers efforts qu'ils font pour combattre la résistance aux antimicrobiens, particulièrement en élaborant des plans d'action nationaux dans le contexte de l'approche « Une seule santé », en renforçant les mécanismes de réglementation et la lutte anti-infectieuse, en améliorant la collaboration avec les autorités des secteurs de l'agriculture, de la santé animale et de l'environnement, et en intensifiant l'éducation du grand public, pour ne citer que ces exemples. Le Comité régional a aussi invité instamment tous les États Membres qui ne l'ont pas encore fait à élaborer des plans d'action nationaux et à mettre en place des mécanismes nationaux de coordination solides dans le domaine de la résistance aux antimicrobiens, à adhérer au Système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens et de l'utilisation des antimicrobiens (GLASS) de l'OMS et à tenir à jour les bases de données sur la résistance aux antimicrobiens afin de soutenir la production de données factuelles au niveau des soins de santé.

68. Le Comité régional a adopté sans amendement le Document AFR/RC73/6 intitulé « Stratégie régionale pour accélérer la mise en œuvre et le suivi des plans d'action nationaux pour combattre la résistance aux antimicrobiens (2023-2030) dans la Région africaine de l'OMS », tout comme la résolution AFR/RC73/R1 y afférente.

**Stratégie régionale (2023-2032) sur les services et systèmes de diagnostic et de laboratoire destinés à la Région africaine de l'OMS (Document [AFR/RC73/7](#) et Document [AFR/RC73/WP2](#))**

69. Le Secrétariat a présenté le document intitulé **Stratégie régionale (2023-2032) sur les services et systèmes de diagnostic et de laboratoire destinés à la Région africaine de l'OMS**. Le document fournit une analyse complète des défis inhérents à la disponibilité et à l'accessibilité des services de laboratoire et diagnostic, qui sont essentiels pour la prise en charge des patients comme pour la prévention des maladies et pour la recherche médicale. Parmi les difficultés majeures à surmonter figurent la faiblesse des systèmes de diagnostic, l'inadéquation du leadership et de la gouvernance, tout comme l'inadéquation des infrastructures et des équipements, le caractère sous-optimal de la réglementation et des normes nationales, et le manque de financement. Le document révèle que seulement 55 % des États Membres de la Région africaine ont créé, au sein de leurs ministères de la santé, des directions de services ou des unités en charge des laboratoires. Autrement dit, de nombreux pays de la Région ne disposent pas de mécanismes de coordination nationaux appropriés pour les services et systèmes de diagnostic et de laboratoire, ce qui rend difficile l'atteinte des cibles fixées en matière de couverture sanitaire universelle. Aussi la stratégie régionale propose-t-elle d'étendre de façon coordonnée la disponibilité et l'accessibilité des services de diagnostic et de laboratoire de qualité garantie à tous les niveaux du système de santé dans la Région africaine de l'OMS. Il est également proposé de mettre en place des mécanismes de leadership et de gouvernance, de promouvoir des services de qualité garantie et de formuler des recommandations destinées à améliorer la situation.

70. Le Comité régional a souligné l'importance de renforcer les capacités de diagnostic et de laboratoire en tant que composante essentielle et importante des systèmes de santé si l'on veut parvenir à la couverture sanitaire universelle et renforcer la sécurité sanitaire, notant que le diagnostic précoce est essentiel pour obtenir de meilleurs résultats sanitaires. Les États Membres ont insisté sur la question de l'équité dans la répartition des laboratoires dans les pays et sur la question de l'accès aux services de diagnostic, en faisant remarquer que les deux questions sont en corrélation. Ils se sont inquiétés du fait que seulement 50 % des établissements de santé disposent des capacités de laboratoire et de diagnostic nécessaires, le déficit étant encore plus accentué au niveau infranational. En outre, les États Membres ont évoqué les principaux défis qui limitent les progrès suffisants à faire pour élargir l'accès aux laboratoires et aux services de diagnostic et améliorer la qualité de ces services, et particulièrement les insuffisances en matière de personnel de laboratoire et de diagnostic, l'inadéquation du financement requis pour l'acquisition et l'entretien des équipements, ainsi que la pénurie de fournitures. En outre, certains problèmes d'ordre opérationnel et logistique ont été soulignés, tels que le transport rapide des échantillons et des produits de laboratoire et la gestion des déchets, sans oublier la nécessité de tirer les enseignements qui s'imposent.

71. Les États Membres ont demandé à l'OMS et à ses partenaires d'apporter un appui technique et matériel à la mise en œuvre de la stratégie, de renforcer et de moderniser les laboratoires, et d'élargir les programmes de mentorat destiné aux responsables et aux dirigeants de laboratoire, y compris les initiatives axées sur le contrôle de la qualité. Ils ont en outre recommandé de renforcer la mobilisation des ressources et la collaboration régionale afin de résoudre les problèmes spécifiques à la Région. Les États Membres ont lancé un appel urgent à l'OMS pour qu'elle facilite le transfert de technologies et la formation dans le domaine de la biotechnologie et des outils diagnostiques afin de leur permettre d'être à l'avant-garde de la recherche et de l'innovation médicales. Le Secrétariat a par ailleurs été prié de soutenir l'action des mécanismes d'achat groupé, selon qu'il conviendra, afin de réduire le coût du matériel de laboratoire et de diagnostic, des réactifs et des consommables.

72. Le Comité régional a adopté sans amendement le Document AFR/RC73/7 intitulé « Stratégie régionale (2023-2032) sur les services et systèmes de diagnostic et de laboratoire destinés à la Région africaine de l'OMS » et la résolution y afférente, qui porte la cote AFR/RC73/R2.

### **PILIER 3. UN MILLIARD DE PERSONNES SUPPLÉMENTAIRES BÉNÉFICIAIRE D'UN MEILLEUR ÉTAT DE SANTÉ ET D'UN PLUS GRAND BIEN-ÊTRE**

#### **Cadre pour la mise en œuvre du Plan d'action mondial contre l'alcool (2022-2030) dans la Région africaine de l'OMS (Document [AFR/RC73/8](#))**

73. Le Comité régional a examiné le document intitulé *Cadre pour la mise en œuvre du Plan d'action mondial contre l'alcool (2022-2030) dans la Région africaine de l'OMS*. Le cadre proposé a pour but de réduire très sensiblement la morbidité et la mortalité dues à l'usage nocif de l'alcool dans la Région africaine. Il documente les progrès réalisés dans la Région dans la mise en œuvre de la stratégie régionale pour la réduction de l'usage nocif de l'alcool dans la Région africaine, adoptée en 2010, et près de 18 États Membres de la Région disposent de politiques en matière d'alcool. Cependant, des problèmes perdurent, par exemple le manque de coordination multisectorielle, la législation limitée et la faible application des lois et des règlements, la faiblesse des systèmes de soins de santé et l'ingérence de l'industrie de l'alcool. Le cadre s'appuie sur la précédente stratégie régionale, tout en s'inspirant du Plan d'action mondial contre l'alcool pour renforcer la mise en œuvre de stratégies et de politiques reposant sur des bases factuelles et visant à réduire l'usage nocif de l'alcool.

74. Les États Membres ont souligné que l'usage nocif et illicite de l'alcool est un sujet de préoccupation majeure, notant qu'il contribue à l'alourdissement du fardeau des accidents de la route à court terme, mais conduit également à des problèmes de santé à long terme tels que les maladies hépatiques et les troubles cardiovasculaires. Ils ont fait observer que l'un des problèmes les plus notables qui se posent est celui de l'ingérence de l'industrie de l'alcool, qui sape les efforts nationaux visant à contrôler et à garantir l'usage sans risque de l'alcool. Les tactiques de commercialisation agressives de l'industrie qui ciblent les jeunes et sont déployées au travers

d'activités promotionnelles, de réductions de prix et de parrainage d'événements sportifs sont particulièrement préoccupantes. Les délégués ont aussi déploré la production, la vente et la consommation non réglementées et illicites de breuvages locaux. Les États Membres ont souligné que l'utilisation inappropriée des plateformes de médias sociaux pour promouvoir et vendre de l'alcool a rendu de plus en plus difficiles la surveillance et la réglementation de son utilisation, exposant ainsi les jeunes à un très gros risque.

75. Les États Membres ont également échangé des expériences sur leurs plans et actions multisectoriels de lutte contre les maladies non transmissibles pour relever des défis comprenant la mise en place de comités multisectoriels de lutte contre les maladies non transmissibles et/ou la consommation d'alcool et de drogues, et l'imposition de taxes sur l'alcool afin d'en réduire l'accessibilité économique et l'attractivité. Les mesures législatives interdisent notamment la vente d'alcool aux personnes en-deçà d'un certain âge et, dans certains cas, la vente d'alcool dans de petits contenants et sachets portables.

76. Les États Membres ont prié le Secrétariat de l'OMS d'intensifier son soutien à l'élaboration de politiques et de plans qui permettront de mener une action multidimensionnelle afin de relever les défis posés par l'usage nocif et illicite de l'alcool. Ils ont aussi demandé au Secrétariat de soutenir la production de données factuelles pour lutter contre la production et le commerce illicites d'alcool.

77. Le Comité régional a adopté sans amendement le Document AFR/RC73/8, intitulé « Cadre pour la mise en œuvre du Plan d'action mondial contre l'alcool (2022-2030) dans la Région africaine de l'OMS ».

**Renforcement de la protection et de la résilience des communautés : stratégie régionale pour la participation communautaire (2023-2030) dans la Région africaine de l'OMS**  
(Document [AFR/RC73/9](#) et Document [AFR/RC73/WP3](#))

78. Le Secrétariat a présenté le document intitulé ***Renforcement de la protection et de la résilience des communautés : stratégie régionale pour la participation communautaire (2023-2030) dans la Région africaine de l'OMS***. Le document relève que malgré le rôle crucial que les communautés jouent dans les soins de santé primaires, moins de 50 % des personnes vivant dans la Région africaine ont accès à des services de santé essentiels de qualité près de leur lieu de résidence. Le document souligne certains défis à relever, qui comprennent le caractère ponctuel de la participation communautaire aux systèmes de santé, le manque de ressources, la méfiance, des priorités non alignées sur les besoins, la nature fragmentée et sous-optimale des programmes qui ciblent les agents de santé communautaires. La stratégie vise à répertorier et à exploiter les actifs et les structures communautaires existants, qui pourraient servir de blocs constitutifs pour la collaboration avec les communautés et l'institutionnalisation de la participation communautaire dans la Région.

79. Le Comité régional a relevé que la participation communautaire constitue l'une des interventions les plus anciennes qui s'avère absolument nécessaire pour parvenir à la couverture



sanitaire universelle et garantir l'équité en santé, mais qui demeure peu développée et sous-financée. Les délégués du Comité régional ont reconnu le rôle fondamental que les agents de santé communautaires jouent dans la mobilisation des communautés et dans la prévention et la prise en charge des maladies et des épidémies, en particulier comme on a pu le constater pendant la pandémie de COVID-19. Le Comité régional a noté qu'une participation communautaire efficace peut contribuer à la détection précoce des flambées de maladies et des autres événements de santé publique. Les États Membres ont en outre fait observer que la participation des communautés aux systèmes d'alerte précoce accroît l'efficacité du système là où les ressources humaines et financières sont limitées, et que la participation communautaire devrait contribuer au renforcement des systèmes de santé et de la résilience des communautés.

80. Le Comité régional a demandé au Secrétariat de réfléchir attentivement à une stratégie de communication qui fasse participer efficacement les communautés, avec des actions spécifiques dans les centres urbains, pour renforcer la santé en milieu urbain. Les États Membres ont lancé un appel à l'élargissement de l'accès pour les communautés marginalisées grâce à une digitalisation accrue et à l'inclusion accrue des services de réadaptation, à la participation du secteur privé et à la mobilisation de ressources dans l'optique d'une application efficace de la stratégie. Le Comité régional a également encouragé les États Membres à assurer l'intégration complète de la participation communautaire dans la structure de leurs systèmes de santé respectifs et à définir clairement les rôles, la rémunération et les plans de carrière des agents de santé communautaires afin de les fidéliser. En outre, les États Membres ont été instamment invités : à recruter davantage d'agents de santé communautaires dans le système de santé pour soutenir la mise en œuvre de la nouvelle stratégie ; à mobiliser et à associer les dignitaires religieux et responsables communautaires pour qu'ils accompagnent ces agents dans leur action ; à renforcer les systèmes de santé et communautaires pour en garantir la prise en main tout en favorisant la responsabilisation ; à rapprocher les services des populations ; et à soutenir les efforts d'action d'urgence.

81. Le Comité régional a adopté sans amendement le Document AFR/RC73/9 intitulé « Renforcement de la protection et de la résilience des communautés : stratégie régionale pour la participation communautaire (2023-2030) dans la Région africaine de l'OMS » et la résolution AFR/RC73/R3 y afférente.

**Stratégie régionale multisectorielle pour la promotion de la santé et du bien-être (2023-2030) dans la Région africaine de l'OMS (Document [AFR/RC73/10](#) et Document [AFR/RC73/WP4](#))**

82. Le Comité régional a examiné le document intitulé ***Stratégie régionale multisectorielle pour la promotion de la santé et du bien-être (2023-2030) dans la Région africaine de l'OMS***. Le document souligne le fait que la création de la santé et du bien-être nécessite des contributions de parties prenantes qui vont au-delà du secteur de la santé et doit parallèlement reposer sur une approche multisectorielle. Il est souligné dans le document que les interventions multisectorielles déployées en ce moment dans la Région africaine sont souvent des stratégies de lutte qui visent chacune une maladie en particulier. En outre, les mandats de ces stratégies ne sont pas clairement définis, leurs processus de mise en œuvre sont cloisonnés et leurs systèmes

de suivi et de responsabilisation sont faibles. La stratégie proposée, d'une durée de huit ans, a pour objet de faire en sorte que la santé et le bien-être ne soient plus considérés comme des facteurs de coût, mais comme des éléments catalyseurs du développement social et économique. La stratégie permettra aux États Membres d'adapter et de contextualiser les engagements mondiaux en tirant parti des structures, des finances et des capacités existantes au sein des secteurs pour atteindre les objectifs et les cibles définis.

83. Au cours des délibérations, les États Membres ont reconnu que la santé et le bien-être constituent une activité pluridisciplinaire qui requiert une collaboration entre des secteurs tels que la santé, l'éducation, l'alimentation et la nutrition, et l'environnement, particulièrement dans le contexte de l'après-COVID-19 et dans le sillage des menaces persistantes telles que le changement climatique, les épidémies et les zoonoses. Les États Membres ont relevé que la Région connaît une transition épidémiologique qui nécessite un changement de paradigme par rapport aux approches sanitaires traditionnelles. Aussi ont-ils insisté sur le fait que la stratégie était à la fois établie à point nommé et alignée sur l'engagement commun des États Membres d'investir dans la promotion de la santé. Les États Membres ont partagé leurs données d'expérience en matière de promotion d'une approche multisectorielle, notamment par le renforcement des structures de soins de santé primaires, par l'adoption de stratégies de communication pour un changement de comportement et par la promotion de modes de vie sains moyennant des campagnes de santé publique. Certains pays ont déployé des efforts pour faire face à des problèmes tels que le tabagisme et y sont parvenus grâce à des approches multisectorielles.

84. Les délégués ont exprimé leur gratitude à l'OMS pour l'élaboration de la toute première stratégie régionale multisectorielle pour la promotion de la santé et du bien-être dans la Région africaine de l'OMS. Ils ont salué l'excellente qualité de la stratégie et exhorté les États Membres à adopter une approche « Une seule santé » dans la mise en œuvre de ladite stratégie dans la perspective d'une collaboration multisectorielle et améliorée. Le Comité régional a également appelé à une action unifiée et à un engagement unifié des parties prenantes aux niveaux national et international, en soulignant que le succès est fonction de la volonté politique et de la disponibilité des ressources. L'OMS et ses partenaires ont été invités à soutenir le renforcement des capacités institutionnelles et à fournir des orientations techniques pour l'application des mesures de transformation proposées dans la stratégie.

85. Le Comité régional a adopté sans amendement le Document AFR/RC73/10 intitulé « Stratégie régionale multisectorielle pour la promotion de la santé et du bien-être (2023-2030) dans la Région africaine de l'OMS », ainsi que la résolution y afférente.

## **PILIER 4. UNE OMS PLUS EFFICACE ET EFFICIENTE APPORTANT UN MEILLEUR SOUTIEN AUX PAYS**

### **Huitième rapport de situation sur la mise en œuvre du Programme de transformation du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine (Document [AFR/RC73/11](#))**

86. Le Secrétariat a présenté le huitième rapport de situation sur le Programme de transformation (couvrant la période allant de juillet 2022 à juin 2023), qui décrit l'état de mise en œuvre et les résultats obtenus tout en faisant ressortir les réalisations, les enjeux et les prochaines étapes au cours de l'année écoulée dans les quatre axes prioritaires de ce Programme, à savoir : des valeurs prônant la production de résultats ; une orientation technique intelligente ; des opérations stratégiques répondant aux attentes ; et une communication et des partenariats efficaces. Dans ce rapport, le Secrétariat recense les meilleures pratiques pour institutionnaliser et soutenir le changement, en particulier dans le domaine de la prévention de l'exploitation, des abus et du harcèlement sexuels et des mesures destinées à y remédier (PRSEAH). Dans cette optique, 253 sessions de formation ont été organisées à l'intention du personnel depuis 2021, alors que 1021 sessions de formation ont été organisées à l'intention des communautés. D'autres initiatives comprennent trois programmes régionaux de formation aux fonctions d'encadrement et de direction, et de mentorat, qui ont favorisé la participation des femmes occupant des postes de direction.

87. Au titre de l'axe prioritaire relatif à l'orientation technique intelligente, le rapport rend compte de l'intensification de l'appui technique fourni aux États Membres de la Région par l'intermédiaire de 11 équipes d'affectation multipays, et de la mise en place de trois programmes phares d'intervention d'urgence, à savoir : « Favoriser la résilience des systèmes face aux situations d'urgence » (PROSE) ; « Transformer les systèmes de surveillance en Afrique » (TASS) ; et « Renforcer et utiliser les groupes d'intervention en cas d'urgence » (SURGE). Les meilleures pratiques dans le cadre des opérations stratégiques répondant aux attentes consistent notamment à encourager les parties prenantes à donner leur avis sur les valeurs de l'OMS, ainsi que sur l'efficacité, la qualité, la prise en compte des coûts, l'agilité et la gestion du changement, la collaboration, mais également sur la promotion de la santé mentale et la promotion d'un environnement de travail sain, et à améliorer la responsabilisation interne en introduisant l'outil d'examen à mi-parcours et en définissant des critères de performance clairs.

88. Le rapport mentionne en outre les efforts déployés par le Secrétariat pour favoriser une communication et des partenariats efficaces, en particulier avec les partenaires donateurs. Ces efforts comprennent la diffusion des produits de communication axés sur les donateurs sur diverses plateformes extérieures, le recrutement de huit chargés des relations extérieures, la mise en place de mécanismes réguliers d'établissement de rapports et de retour d'information, de même que l'organisation de plus de 60 séances d'information à l'intention des partenaires, sans oublier la levée de 422 millions de dollars É.-U. à titre de nouveau financement au niveau des pays. Le Secrétariat est entré en partenariat avec des institutions universitaires telles que

l'Université d'Ashesi (Ghana) et l'Université de Pretoria (Afrique du Sud) pour accroître son impact sur la formation de l'encadrement dans la Région, et a renforcé sa collaboration avec des acteurs non étatiques, ce qui a abouti à la signature de 112 accords d'une valeur supérieure à 60 millions de dollars É.-U. en vue d'une mise en œuvre efficace des stratégies. Le rapport conclut que malgré les difficultés posées par la COVID-19, le Secrétariat a considérablement amélioré sa présence en ligne et son image de marque, tout en renforçant sa présence et ses interactions sur les réseaux sociaux. Les prochaines étapes comprennent le maintien, l'intensification et l'institutionnalisation des efforts destinés à optimaliser les acquis de la transformation.

89. Le Comité régional a noté que le Programme de transformation a accru la transparence, la responsabilisation, l'efficacité et la capacité à répondre aux attentes dans la Région. Les États Membres ont apprécié les enseignements tirés au cours des huit années de mise en œuvre du Programme, notamment en ce qui concerne l'amélioration continue de la mobilisation de ressources novatrices et de l'appui apporté aux États Membres moyennant les programmes phares de formation de l'encadrement. Ils ont par ailleurs félicité le Secrétariat pour le respect des normes éthiques les plus élevées dans le cadre de la prévention de l'exploitation, des abus et du harcèlement sexuels et des mesures destinées à y remédier. Les États Membres ont aussi salué l'impact du Programme de transformation sur le travail d'équipe, la communication, l'assistance professionnelle et l'aménagement d'espaces de travail sains. Le Comité régional a recommandé au Secrétariat de maximiser les réalisations et d'accélérer les mesures proposées pour parvenir à la couverture sanitaire universelle. Les délégués ont exhorté les États Membres à saisir les possibilités offertes par le Secrétariat dans le cadre du Programme de transformation.

90. Le Comité régional a adopté sans amendement le Document AFR/RC73/11, intitulé « Huitième rapport de situation sur la mise en œuvre du Programme de transformation du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine », et a approuvé les prochaines étapes proposées.

**Le point sur le budget programme 2024-2025 : de l'adoption à l'exécution  
(Document AFR/RC73/12) et Quatorzième programme général de travail, 2025-2028  
(Document [AFR/RC73/15](#) et Document [AFR/RC73/16](#))**

91. Le D<sup>r</sup> Joseph Waogodo Caboré, Directeur de la gestion des programmes, a présenté le document relatif au budget programme et le document portant sur le quatorzième programme général de travail, 2025-2028. Le D<sup>r</sup> Caboré a mis en exergue les objectifs de la session, qui s'articulent autour de la définition des mesures à prendre pour obtenir des résultats d'ici à la fin du cycle du budget programme d'une part, et d'autre part autour de la formulation de recommandations en vue de l'élaboration du quatorzième programme général de travail.

92. M. Imre Hollo – Directeur de la planification, de la coordination des ressources et du suivi des résultats (au Siège de l'OMS) – a présenté le document relatif au budget programme 2024-2025, qui met l'accent sur la fixation des priorités et sur le renforcement des capacités au niveau des pays, ainsi que sur le financement durable et sur le modèle de base de présence prévisible

dans les pays. Dans son exposé, M. Hollo a abordé les questions relatives aux ressources nécessaires pour réaliser les priorités ; il a fait le point sur la mise en place d'un cycle d'investissement et évoqué les efforts que le Secrétariat déploie en ce moment pour assurer une répartition équitable des ressources entre les trois niveaux de l'Organisation.

93. Au cours du débat en plénière, les États Membres ont marqué leur satisfaction du point sur l'exécution du budget programme qui leur a été fait tout en saluant à sa juste valeur le processus consolidé qui sous-tend son élaboration, qui fait intervenir les États Membres à chaque étape et s'appuie sur une planification fondée sur des données et sur des bases factuelles. Les États Membres ont souscrit aux objectifs du budget programme 2024-2025 qui concernent le renforcement des capacités des pays et l'amélioration de la responsabilisation et de la transparence, sur la base des recommandations du Groupe de travail des États Membres à fonctionnement souple.

94. Au sujet de l'exécution du budget programme 2024-2025, les États Membres ont exhorté le Secrétariat à examiner les points présentés ci-après :

- l'allocation des ressources devrait être fondée sur les résultats de l'établissement des priorités et le budget programme devrait être entièrement financé afin de faciliter l'obtention des résultats du treizième programme général de travail ;
- l'allocation des ressources provenant des contributions fixées aux pays devrait être améliorée afin de renforcer leurs capacités à faire face aux situations d'urgence de santé publique émergentes et réémergentes et les transferts de compétences ;
- l'allocation de fonds flexibles et prévisibles aux pays devrait être équitable et transparente, en fonction de leurs spécificités telles que la charge due aux maladies tropicales non transmissibles et négligées, ainsi que la charge épidémiologique due aux maladies infectieuses (notamment l'infection à VIH, la tuberculose, la rougeole), sans oublier la mortalité infantile et maternelle ;
- les efforts de mobilisation des ressources devraient être intensifiés, grâce à une implication continue des donateurs, afin de garantir la mise à disposition de fonds prévisibles et flexibles et d'apporter un soutien à l'atteinte des objectifs de développement durable ;
- il est nécessaire d'harmoniser les indicateurs pour un meilleur suivi ;
- une solution devrait être touchée pour éliminer les poches de pauvreté et traiter les domaines chroniquement sous-financés (tels que le Pilier 3), en mettant l'accent sur les domaines inachevés du treizième programme général de travail et sur les objectifs de développement durable liés à la santé, conformément aux principes de l'équité et de l'égalisation de la répartition dans le tableau du financement ; et
- des ressources devraient être investies dans les domaines qui ont un impact maximal afin de faciliter l'atteinte des cibles du triple milliard.

95. En clôturant la séance de travail sur le budget programme 2024-2025, le Secrétariat a pris note des interventions des États Membres concernant l'allocation équitable des fonds, l'augmentation des ressources allouées aux pays, les efforts qui continuent d'être déployés pour

favoriser l'allocation équitable des ressources (en égalisant la répartition dans le tableau du financement) et les engagements à faire rapport sur l'augmentation des contributions fixées, tout comme le rôle du cycle d'investissement dans l'amélioration de la prévisibilité des ressources et le financement durable.

96. Le D<sup>r</sup> Bruce Aylward, Sous-Directeur général chargé de la Division Couverture sanitaire universelle/Parcours de vie au Siège de l'OMS, a donné des précisions sur le document relatif au quatorzième programme général de travail. Son exposé couvrait le processus d'élaboration du quatorzième programme général de travail, le calendrier, le but global, les objectifs stratégiques, la théorie du changement, l'élaboration du cadre de résultats et le financement.

97. Les États Membres se sont félicités du fait que l'exposé relatif au quatorzième programme général de travail leur a permis de mieux comprendre le processus d'élaboration dudit programme et ont exprimé leurs attentes quant à la tenue de nouvelles consultations. Ils ont en outre exhorté le Secrétariat à tenir compte, pour l'élaboration du quatorzième programme général de travail, de facteurs tels que :

- l'alignement du calendrier de mise en œuvre du treizième programme général de travail sur les objectifs de développement durable, dans le but de refléter l'engagement de l'OMS à l'égard des objectifs de développement mondiaux au sens large et de faire ressortir les contributions de l'OMS aux objectifs de développement durable ;
- la fixation de délais et d'objectifs réalistes (la période de quatre ans est trop courte) alignés sur la capacité de l'OMS à obtenir des résultats ;
- l'utilisation de données probantes, pour éclairer l'élaboration du quatorzième programme général de travail, y compris les enseignements tirés du treizième programme général de travail, les expériences en matière de riposte à la COVID-19, les évaluations liées à la santé et l'évaluation du treizième programme général de travail ;
- la fourniture d'éclaircissements sur les « 3 P » proposés (à savoir promouvoir la santé, fournir des services de santé, protéger la santé) et sur les cibles du triple milliard, ainsi qu'une explication de la manière dont les pays bénéficieront du quatorzième programme général de travail et un examen approfondi de chaque « P » (promouvoir, fournir, protéger) moyennant une consultation itérative commençant au niveau des bureaux de pays ;
- la prise en compte des spécificités régionales, telles que facilitées grâce à des consultations approfondies avec les États Membres sur l'émergence des maladies non transmissibles et des maladies tropicales négligées, de même que la prise en compte des questions comme la sécurité sanitaire, les poches de pauvreté, les effets du changement climatique, le manque de justice et d'équité dans l'accès aux possibilités de financement international, les besoins des petits États insulaires en développement, les déterminants de la santé, le personnel de santé et les dépenses de santé catastrophiques ;
- l'approche centrée sur le renforcement des capacités des pays, l'appui optimal à la mise en œuvre des plans de santé nationaux, l'élargissement de l'accès aux médicaments essentiels et le renforcement des capacités au niveau communautaire ;

- une plus grande allocation des ressources aux bureaux de pays fondée sur la formule 60:20:20 et l'alignement de l'allocation des ressources sur le produit intérieur brut des États Membres ;
- l'amélioration du cadre de résultats avec des bases de comparaison claires, un cadre de suivi et d'évaluation simplifié et solide et l'utilisation d'indicateurs faciles à comprendre ; et
- l'examen des recommandations du Groupe de travail des États Membres à fonctionnement souple, l'intégration des programmes, les approches inclusives et l'institution d'un mécanisme de suivi et de responsabilisation pour l'ensemble du processus.

98. Le Secrétariat a pris note des interventions des États Membres concernant l'alignement sur les objectifs de développement durable, des efforts en cours pour améliorer la qualité des interventions, de la nécessité d'une allocation équitable des ressources, de la prise en compte des spécificités relevant du contexte, de l'approche axée sur les pays, de la mise en œuvre des recommandations du Groupe de travail des États Membres à fonctionnement souple, de l'élaboration d'un cadre de suivi et d'évaluation solide accompagné d'indicateurs et de l'intégration des priorités des États Membres. En conclusion, le Secrétariat a souligné son intention de mettre à disposition, avant la fin du mois de septembre 2023, la deuxième version du document de consultation en vue de l'élaboration du quatorzième programme général de travail, comprenant : i) un cadre de résultats de haut niveau ; ii) des objectifs fonctionnels et gestionnaires transversaux de l'OMS ; et iii) des mesures essentielles pour chaque objectif stratégique.

### **Projet d'ordre du jour provisoire, lieu et dates de la soixante-quatorzième session du Comité régional (Document [AFR/RC73/13](#))**

99. Le président de la soixante-treizième session du Comité régional a déclaré qu'en application des dispositions de la résolution AFR/RC35/R10 dans laquelle le Comité régional a décidé que « les Comités régionaux se tiendront au moins une fois sur deux au Siège régional », il est proposé que la soixante-quatorzième session du Comité régional se tienne au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, à Brazzaville (République du Congo). Cette soixante-quatorzième session du Comité régional devrait se tenir du 26 au 30 août 2024. Le président de la soixante-treizième session du Comité régional a également fait observer que la soixante-quatorzième session du Comité régional le prochain Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique.

100. Le Comité régional a ensuite adopté le projet d'ordre du jour provisoire de sa soixante-quatorzième session, qui se tiendra à Brazzaville (République du Congo) du 26 au 30 août 2024.



## DOCUMENTS D'INFORMATION

### PILIER 1. UN MILLIARD DE PERSONNES SUPPLÉMENTAIRES BÉNÉFICIAIRE DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

#### Rapport de situation sur la mise en œuvre de la stratégie de recherche pour la santé dans la Région africaine (Document [AFR-RC73-INF-DOC-1](#))

101. Le deuxième rapport de situation sur la mise en œuvre de la stratégie de recherche pour la santé dans la Région africaine 2016-2025 couvre la période allant de 2019 à 2022. La stratégie a été adoptée par les États Membres au cours de la soixante-cinquième session du Comité régional. L'objectif de la stratégie est de favoriser l'édification de systèmes nationaux de recherche pour la santé fonctionnelle qui produisent des connaissances scientifiques permettant d'éclairer la prestation et l'exécution des services de santé par tous les États Membres. La stratégie préconise aussi le suivi régulier des progrès accomplis.

102. Dans l'ensemble, la performance des systèmes nationaux de recherche pour la santé dans la Région affiche des améliorations dans tous les indicateurs par rapport à 2014 et à 2018. On peut notamment évoquer une augmentation du score moyen du baromètre régional pour la gouvernance de la recherche pour la santé, qui est passé de 62 % en 2014 à 72 % en 2018 et à 73 % en 2022. Le score régional concernant l'amélioration des ressources allouées à la recherche pour la santé est passé de 40 % en 2014 à 61 % en 2018, puis à 65 % en 2022. Cependant, la proportion des États Membres dotés de mécanismes de coordination de la recherche-développement est passée de 85 % en 2018 à 69 % en 2022, et la proportion de ceux qui disposent d'une ligne budgétaire consacrée à la recherche pour la santé a stagné à 62 % en 2022. Le financement de la recherche nationale était faible par rapport au produit intérieur brut global des États Membres. Cette baisse des performances pourrait être imputée à la pandémie de COVID-19.

103. Le Comité régional a félicité le Secrétariat pour un rapport bien préparé et pour un suivi louable. Le Comité régional a invité le Secrétariat à poursuivre et à intensifier la fourniture de documents sur l'innovation et la transformation numérique afin de veiller à ce qu'il ne soit pas fait fi des enseignements tirés et des lacunes constatées. Les délégués ont également encouragé le Secrétariat à fournir un appui technique pour tirer parti de la technologie du secteur de l'intelligence artificielle, qui est en pleine expansion, en évaluant les avantages par rapport aux risques et en suivant de près les réflexions mondiales sur les possibilités qu'offre l'intelligence artificielle. Les États Membres ont été instamment invités à créer, à maintenir et à utiliser des plateformes d'application des connaissances, à accroître le financement national de la recherche et à renforcer les capacités de recherche en utilisant les enseignements tirés de la pandémie de COVID-19.

104. Le Comité régional a pris note avec satisfaction du Document AFR/RC73/INF.DOC/1, intitulé « Rapport de situation sur la mise en œuvre de la stratégie de recherche pour la santé dans la Région africaine » et a approuvé les mesures et recommandations proposées.

**Rapport de situation sur la mise en œuvre de la stratégie pour transposer à une plus grande échelle les innovations en santé dans la Région africaine de l'OMS**  
(Document [AFR-RC73-INF-DOC-2](#))

105. Le rapport de situation sur la mise en œuvre de la stratégie pour transposer à une plus grande échelle les innovations en santé dans la Région africaine de l'OMS est le premier établi depuis l'adoption de la stratégie par la soixante-dixième session du Comité régional de l'OMS en 2020. La stratégie vise à promouvoir l'engagement des États Membres à accélérer les améliorations en matière de santé en exploitant et en intensifiant les innovations qui constituent des déterminants essentiels pour parvenir à la couverture sanitaire universelle et atteindre les objectifs de développement durable liés à la santé.

106. Le Comité régional a noté que seulement 68 % des États Membres ont entrepris une forme ou une autre d'évaluation des besoins de leurs systèmes de santé, une proportion inférieure à la cible de 80 % fixée pour 2023. Jusqu'à 75 % des États Membres sont considérés comme ayant élaboré des cadres d'incitation, tandis que 13 % des États Membres ont mis au point des outils analytiques pour évaluer l'impact économique et social des innovations, et que 26 % des États Membres se sont dotés de plateformes d'innovation. Les progrès envisagés ont été entravés par la pandémie de COVID-19 et par d'autres facteurs tels que le caractère fragmenté des activités d'innovation ; la modicité des incitations pour les innovateurs ; le manque d'outils analytiques concis pour mesurer l'impact et le risque des innovations ; et le défaut de capacité dans les États Membres.

107. Le Comité régional a invité instamment les États Membres à continuer d'assurer le leadership, la gestion et le plaidoyer en faveur de la transposition à plus grande échelle des innovations. Il a aussi recommandé que le Secrétariat continue de fournir un appui technique aux États Membres : en améliorant la facilité d'utilisation de l'outil de mesure de l'écosystème de l'innovation pour la réalisation d'évaluations ; en intensifiant la conception et l'application de plateformes de gestion des innovations en santé pour l'adoption de technologies émergentes telles que l'intelligence artificielle et les sciences ouvertes ; et en soutenant les innovateurs locaux tout en associant les jeunes à la mise en œuvre de la stratégie.

108. Le Comité régional a pris note avec satisfaction du Document AFR/RC73/INF.DOC/2, intitulé « Rapport de situation sur la mise en œuvre de la stratégie pour transposer à une plus grande échelle les innovations en santé dans la Région africaine de l'OMS », et a approuvé les prochaines étapes et recommandations proposées.

**Rapport de situation sur l'exploitation des solutions en matière de cybersanté pour améliorer les systèmes nationaux de santé dans la Région africaine**  
(Document [AFR-RC73-INF-DOC-3](#))

109. Le rapport de situation sur l'exploitation des solutions en matière de cybersanté pour améliorer les systèmes nationaux de santé dans la Région africaine était le quatrième et dernier rapport de situation établi depuis l'adoption de la stratégie par le Comité régional en 2013. Le rapport fait l'économie des progrès accomplis, décrit les obstacles et propose les prochaines étapes à suivre.

110. Le Comité régional a relevé : que 33 États Membres (70 % du total régional) ont élaboré une stratégie pour la cybersanté fondée sur l'outil de stratégie nationale en matière de cybersanté mis au point par l'OMS et l'Union internationale des télécommunications ; que tous les États Membres (100 % du total régional) ont eu recours à des outils de santé numérique pendant la pandémie de COVID-19 ; et que 77 % des États Membres ont utilisé au moins un service de télémédecine. Des progrès louables ont aussi été accomplis dans l'élaboration d'une législation destinée à protéger les données personnelles (ce qui a été fait dans 72 % des États Membres de la Région). Le Comité a également relevé que 56 % des États Membres utilisent des outils d'intelligence artificielle dans le secteur privé ou dans le secteur public. Les délégués ont en outre évoqué des obstacles importants, qui comprennent la prolifération de systèmes de cybersanté cloisonnés, le financement insuffisant et l'inadéquation des infrastructures de technologies de l'information et de la communication, ainsi que la faiblesse des qualifications du personnel de santé en matière de cybersanté.

111. Le Comité régional a remercié le Secrétariat pour son rapport et l'a félicité pour la poursuite du déploiement de la plateforme de l'atlas sanitaire numérique, qui vise à renforcer l'inventaire de la santé numérique et à accroître la visibilité de la mise en place de la cybersanté au niveau des États Membres. Le Comité s'est par ailleurs réjoui de l'organisation d'ateliers de renforcement des capacités sur la télémédecine et l'intelligence artificielle et a invité le Secrétariat à maintenir son appui technique et la mobilisation de ressources pour la cybersanté.

112. Le Comité régional a pris note avec satisfaction du Document AFR/RC73/INF.DOC/3, intitulé « Rapport de situation sur l'exploitation des solutions en matière de cybersanté pour améliorer les systèmes nationaux de santé dans la Région africaine », et a approuvé les mesures et recommandations proposées.

**Rapport final sur la mise en œuvre de la stratégie de promotion de la santé pour la Région africaine (Document [AFR-RC73-INF-DOC-4](#))**

113. Le rapport final sur la mise en œuvre de la stratégie de promotion de la santé pour la Région africaine (résolution AFR/RC62/R4) a été présenté pour examen au Comité régional. La stratégie visait à faciliter les actions multisectorielles et le financement innovant afin de promouvoir et de protéger la santé dans la Région africaine. Le document de stratégie a fixé des cibles que tous les

États Membres devaient atteindre avant la fin de 2018, à savoir : a) avoir élaboré ou révisé leurs politiques ou plans d'action stratégiques de promotion de la santé ; b) avoir créé une association nationale ou un réseau national de praticiens de la promotion de la santé ; c) avoir engagé un dialogue multisectoriel en vue de la mise en place de dispositifs de financement innovant grâce à une taxe spéciale ; et d) avoir inclus la promotion de la santé dans leurs programmes d'enseignement.

114. Le Comité régional a pris note des réalisations enregistrées à l'aune des cibles fixées en 2012, par exemple le fait que 29 États Membres (61,7 % du total régional) ont élaboré ou révisé leurs politiques nationales de promotion de la santé et leurs plans stratégiques nationaux, et le fait que 26 États Membres (58 % du total régional) ont indiqué avoir créé une direction de la promotion de la santé au ministère de la santé. En outre, 25 États Membres (56 % du total régional) ont déclaré disposer de mécanismes de coordination multisectorielle. Cependant, seuls 18 États Membres (40 % du total régional) ont déclaré avoir mené des activités de recherche liées à la promotion de la santé, et les études réalisées portaient dans leur quasi-totalité sur la COVID-19. Le Comité régional a par ailleurs relevé les défis auxquels les États Membres ont dû répondre et qui comprennent : l'application limitée, au niveau national, de l'approche axée sur la culture de la santé ; le manque d'un cadre d'évaluation permettant de documenter les progrès accomplis sur les actions prioritaires de promotion de la santé ; et le manque d'un mécanisme central dédié à la gestion des connaissances et au partage des bonnes pratiques concernant les politiques, la recherche et les pratiques relatives à la promotion de la santé. En outre, l'insuffisance des ressources financières et humaines, la transformation incomplète des départements de promotion de la santé qui sont censés jouer un rôle moteur dans le domaine des politiques, et le manque de cadres de suivi et d'évaluation ont encore fait obstacle à l'atteinte des cibles.

115. Le Comité régional a pris note avec satisfaction du Document AFR/RC73/INF.DOC/4 intitulé « Rapport final sur la mise en œuvre de la stratégie de promotion de la santé pour la Région africaine » et a approuvé les prochaines étapes proposées.

**Rapport final sur la mise en œuvre des recommandations du Rapport de la Commission sur la Santé de la Femme dans la Région africaine visant à relever le défi en matière de santé de la femme en Afrique (Document [AFR-RC73-INF-DOC-5](#))**

116. Le troisième et dernier rapport de situation sur la mise en œuvre des recommandations du rapport de la Commission de la Santé de la Femme dans la Région africaine a été présenté pour examen au Comité régional. Il convient de rappeler que ladite Commission a été créée en 2009 en application de la résolution AFR/RC58/R1. Cette commission pluridisciplinaire a récolté des données factuelles sur les différents facteurs qui influent sur la santé de la femme et recommandé des mesures multisectorielles appropriées qui permettront d'améliorer rapidement et durablement la santé et le bien-être de la femme, en faisant particulièrement porter les efforts sur la réduction de la mortalité maternelle. Le rapport 2012 de la Commission, intitulé « Relever le défi de la santé de la femme en Afrique », a été approuvé par les États Membres dans la résolution AFR/RC63/R4.

117. Le Comité régional a noté que l'engagement politique en faveur de la santé et des droits de la femme s'est accru dans la Région depuis le rapport de situation établi en 2018, car 32 États Membres disposent de quotas légaux pour promouvoir la participation politique des femmes aux parlements, et quatre autres pays ont promulgué une législation destinée à favoriser la représentation politique des femmes. Le taux moyen de représentation des femmes dans les parlements nationaux a augmenté, passant de 24 % en 2018 à 26,5 % en 2022. Le Comité régional a également relevé que le taux de mortalité maternelle dans la Région a chuté de 33,1 % entre 2000 et 2020 et que la proportion de femmes en âge de procréer bénéficiant de méthodes de planification familiale et qui en sont satisfaites est passée de 52,8 % en 2015 à 56 % en 2020, même si ce taux reste le plus faible au monde. Le Comité régional a en outre noté avec satisfaction la diminution du nombre de mariages d'enfants et de mutilations sexuelles féminines, ainsi que l'engagement des États Membres à promulguer une législation, des politiques ou des stratégies visant à protéger le droit à l'éducation des étudiantes enceintes et des mères adolescentes.

118. Le Comité régional a relevé que les femmes continuent de faire face à des problèmes importants, surtout après la pandémie de COVID-19, et le Secrétariat a été invité instamment à veiller à ce que les questions liées à la santé de la femme restent prioritaires pour préserver les acquis et poursuivre les progrès.

119. Le Comité régional a pris note avec satisfaction du Document AFR/RC73/INF.DOC/5, intitulé « Rapport final sur la mise en œuvre des recommandations du Rapport de la Commission sur la Santé de la Femme dans la Région africaine visant à relever le défi en matière de santé de la femme en Afrique », et a approuvé les prochaines étapes proposées.

### **PILIER 3 UN MILLIARD DE PERSONNES SUPPLÉMENTAIRES BÉNÉFICIAIRE D'UN MEILLEUR ÉTAT DE SANTÉ ET D'UN PLUS GRAND BIEN-ÊTRE**

#### **Rapport de situation sur le cadre de mise en œuvre du Plan d'action mondial pour l'activité physique 2018-2030 dans la Région africaine de l'OMS (Document [AFR-RC73-INF-DOC-6](#))**

120. Le présent rapport de situation est le premier du genre depuis l'adoption, en 2020, du cadre de mise en œuvre du Plan d'action mondial pour l'activité physique 2018-2030 dans la Région africaine de l'OMS. L'une des cibles définies dans ledit cadre, d'ici à 2030, est de réduire de 15 % la prévalence du manque d'activité physique chez l'adulte comme chez l'adolescent. Les étapes intermédiaires énoncées dans le cadre et qui devaient être franchies avant la fin de 2002 s'articulaient comme suit : 80 % des États Membres ont élaboré un plan d'action national sur l'activité physique ; et 80 % des États Membres ont mené une campagne de communication axée sur le plaidoyer en faveur de l'activité physique.

121. Dans l'ensemble, les progrès accomplis ont été modestes, compte tenu des difficultés posées par la pandémie de COVID-19. À ce jour, 38 États Membres (80 % du total régional) disposent d'un plan d'action intégré de lutte contre les maladies non transmissibles qui tient compte de l'activité physique. Parmi ces pays, huit (soit 17 % du total régional) sont allés encore plus loin en formulant un plan national autonome pour la promotion de l'activité physique. Le rapport fait état de progrès plus lents dans les campagnes de communication, principalement du fait de la pandémie de COVID-19. Seuls 11 États Membres (23 % du total régional) ont mené des campagnes de communication destinées à promouvoir l'exercice physique dans la communauté au cours de la période visée par le rapport de situation. Le rapport souligne que le Bureau régional de l'Afrique a élaboré une note de sensibilisation à la promotion de l'activité physique, qui est disponible dans les trois langues officielles de la Région pour emploi par les responsables de l'élaboration des politiques, les agents de santé et les organisations qui s'attellent à encourager les populations à adopter des modes de vie plus sains.

122. Le Comité régional a félicité le Secrétariat pour un rapport bien présenté et pour un suivi louable. Les États Membres ont pris note des prochaines étapes et encouragé le Secrétariat à poursuivre le suivi de l'atteinte des cibles fixées.

123. Le Comité régional a pris note avec satisfaction du Document AFR/RC73/INF.DOC/6, intitulé « Rapport de situation sur le cadre de mise en œuvre du Plan d'action mondial pour l'activité physique 2018-2030 dans la Région africaine de l'OMS ». Il a également approuvé les mesures et recommandations proposées dans ce document.

### **Rapport de situation sur la mise en œuvre de la Décennie d'action pour la sécurité routière dans la Région africaine » (Document [AFR-RC73-INF-DOC-7](#))**

124. Ce document d'information est le deuxième rapport de situation sur la mise en œuvre de la Décennie d'action (2011-2020) dans la Région. Les statistiques mises à disposition sont tirées du Rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde 2018.

125. La cible fixée pour 2020, à savoir réduire de 50 % le nombre de décès dus aux accidents de la route, n'a pas été atteinte dans la Région africaine, ce qui est représentatif des faiblesses persistantes dans tous les cinq piliers nécessaires à la sécurité routière. Selon le rapport de 2018, en tout 41 États Membres de la Région africaine (soit 93 % du total) disposaient d'une agence nationale principale dédiée à la sécurité routière et 28 pays (64 % du total régional) avaient mis en place une stratégie nationale pour la sécurité routière. Or, le financement et la mise en œuvre de ces stratégies n'étaient pas optimales, ni d'ailleurs les mécanismes de collaboration et de coordination intersectorielles. Certaines mesures ont été proposées pour améliorer la performance au cours de la prochaine période à l'issue de laquelle un rapport sera établi.

126. Le Comité régional a félicité le Secrétariat pour un rapport bien préparé et pour un suivi louable. Les États Membres ont pris note des prochaines étapes et encouragé le Secrétariat à poursuivre le suivi des progrès réalisés vers l'atteinte des cibles fixées.

127. Le Comité régional a pris note avec satisfaction du Document AFR/RC73/INF.DOC/7, intitulé « Rapport de situation sur la mise en œuvre de la Décennie d’action pour la sécurité routière dans la Région africaine » (Document AFR/RC73/INF.DOC/7). Il a également approuvé les mesures et recommandations proposées dans ce document.

**Rapport de situation sur la mise en œuvre du plan stratégique pour réduire le double fardeau de la malnutrition dans la Région africaine 2019-2025**  
(Document [AFR-RC73-INF-DOC-8](#))

128. La stratégie énonce neuf cibles, dont certaines sont directement alignées sur les cibles mondiales relatives à la nutrition à l’horizon 2025. Elle propose 14 interventions prioritaires couvrant des domaines tels que les politiques, la législation et la réglementation, les partenariats et l’action multisectorielle, la prestation de services, l’innovation en matière de données et la recherche. Le rapport de situation adressé à la session du Comité régional de cette année est le premier établi depuis l’adoption de la stratégie en 2019.

129. Le rapport a fait état de la lenteur des progrès dans le domaine des politiques visant à promouvoir une alimentation sûre et saine. Il est relevé ensuite dans le rapport que le Secrétariat a mis au point un modèle de profil nutritionnel afin d’aider les États Membres à réglementer la commercialisation d’aliments nocifs pour la santé. Ce modèle a été adopté par l’Ouganda, le Kenya et la République-Unie de Tanzanie dans l’intention de réglementer les restrictions à la commercialisation, de même que l’étiquetage sur le devant des emballages, ce qui devrait aider les consommateurs à opérer des choix alimentaires respectueux de leur santé. Au cours de la période couverte par le rapport de situation, 24 États Membres sur les 47 ciblés à l’horizon 2025 ont adopté au moins une des sept actions politiques prioritaires énoncées pour une alimentation durable, saine et sûre. Des analyses récentes ont mis en évidence des tendances de plus en plus délétères en matière d’émaciation, de taux d’allaitement exclusif au sein et de surpoids chez l’enfant.

130. Le Comité régional a félicité le Secrétariat pour un rapport bien préparé et pour un suivi louable des activités réalisées. Les délégués ont pris note des prochaines étapes proposées dans le rapport afin de garantir des progrès au cours de la prochaine période au cours de laquelle un rapport de situation sera établi à l’intention du Comité régional.

131. Le Comité régional a pris note avec satisfaction du Document AFR/RC73/INF.DOC/8, intitulé « Rapport de situation sur la mise en œuvre du plan stratégique pour réduire le double fardeau de la malnutrition dans la Région africaine 2019-2025 ». Il a également approuvé les prochaines étapes et recommandations proposées.



## **PILIER 4. UNE OMS PLUS EFFICACE ET EFFICIENTE APPORTANT UN MEILLEUR SOUTIEN AUX PAYS**

### **Rapport sur le personnel de l'OMS dans la Région africaine (Document [AFR-RC73-INF-DOC-9](#))**

132. Conformément à la pratique établie chaque année, le rapport sur le personnel de l'OMS dans la Région africaine a été présenté au Comité régional. Le rapport fournit des informations concernant le personnel de l'OMS dans la Région africaine au 1<sup>er</sup> avril 2023. Le document décrit aussi de façon détaillée la composition générale des effectifs par type d'engagement, catégorie, classe, sexe, représentation géographique, nationalité et lieu d'affectation. Considérant que l'un des éléments essentiels du Programme de transformation est la gestion efficace des effectifs de l'Organisation, conformément à son objectif de transformer l'OMS en une organisation « centrée sur la personne », le Comité régional a pris note de l'engagement du Secrétariat de rationaliser les effectifs en fonction des besoins et des priorités des centres budgétaires, afin de renforcer l'appui fourni aux États Membres.

### **Questions à caractère régional découlant des rapports d'audit interne et externe de l'OMS (Document [AFR-RC73-INF-DOC-10](#))**

133. Le Comité régional a pris note du suivi mensuel par le Secrétariat des résultats obtenus par les centres budgétaires par rapport aux 17 indicateurs de performance clés relatifs à la gestion établis pour les fonctions d'appui. Les résultats mensuels et les rapports trimestriels sont produits pour aider au suivi des résultats à l'aide d'un outil de gestion des risques institutionnel. Les délégués ont en outre noté qu'au cours de l'exercice 2022, l'équipe chargée de l'assurance de la qualité procédait systématiquement aux contrôles de qualité initiaux, alors que trois rapports du vérificateur intérieur des comptes ont été publiés pour la vérification prévue des bureaux de l'OMS en Sierra Leone, au Cameroun et au Burkina Faso et qu'aucune vérification extérieure des comptes n'a été effectuée au cours de la même année. Sept des 16 vérifications intérieures des comptes étaient clôturées au 31 mars 2023. Le Comité régional a en outre noté que 76 % des recommandations issues des vérifications intérieures des comptes (soit 429 recommandations sur 567) ont été clôturées avec succès au cours de la période visée, et que des progrès ont été accomplis dans d'autres domaines, notamment l'amélioration des résultats en temps voulu des centres budgétaires, les actions menées par le Comité régional de gestion des risques et la mise en œuvre de systèmes de paiement numériques.

### **Adoption du rapport du Comité régional (Document [AFR/RC73/14](#))**

## CLÔTURE DE LA SOIXANTE-TREIZIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

### Motion de remerciements

134. La motion de remerciements a été présentée par la D<sup>re</sup> Filomena Gonçalves, Ministre caboverdienne de la santé. La D<sup>re</sup> Gonçalves a commencé sa motion en remerciant le Gouvernement et le peuple du Botswana, et particulièrement Son Excellence le D<sup>r</sup> Mokgweetsi Eric Masisi, Président de la République, pour la chaleureuse et gracieuse hospitalité offerte aux délégués, ainsi que pour son engagement au succès de la session du Comité régional. La D<sup>re</sup> Filomena Gonçalves a déclaré que le dévouement du Président Masisi à la santé en Afrique constitue une véritable source d'inspiration. La Ministre caboverdienne de la santé a aussi rendu hommage au D<sup>r</sup> Edwin Dikoloti, Ministre botswanais de la santé, pour son engagement indéfectible en faveur du succès de cette session du Comité régional. Pour terminer, la D<sup>re</sup> Gonçalves a félicité la D<sup>re</sup> Matshidiso Moeti, Directrice régionale, pour son leadership.

### Allocution de clôture de la Directrice régionale

135. Dans son allocution de clôture, la Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique a remercié le Président Mokgweetsi Masisi, du Botswana, qui a présidé la cérémonie d'ouverture et qui a participé à la manifestation organisée à l'occasion du 75<sup>e</sup> anniversaire de l'OMS, en dépit de son emploi du temps très chargé. La Directrice régionale a exprimé la gratitude de l'OMS au Président Masisi pour avoir accompagné la Première Dame du Botswana, Son Excellence Neo Jane Masisi, en tête de la manifestation « Walk the Talk » qui a eu lieu au début de la soixante-treizième session du Comité régional. La D<sup>re</sup> Moeti a également remercié l'Honorable Edwin Dikoloti, Ministre botswanais de la santé et du bien-être, d'avoir présidé avec doigté la soixante-treizième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Elle a ensuite adressé ses remerciements, par l'entremise du Ministre, au Comité national d'organisation qui a su prendre des dispositions excellentes en vue de la tenue de la session.

136. La D<sup>re</sup> Moeti a exprimé sa sincère gratitude aux Ministres de la santé et aux chefs de délégation pour leurs contributions précieuses, et particulièrement au président et aux vice-présidents du Comité régional, pour le doigté avec lequel ils ont conduit les travaux de la soixante-treizième session du Comité régional. La Directrice régionale a remercié les délégués qui ont assisté à la session en ligne d'être restés pendant toute la durée des travaux.

137. Elle a relevé l'attention portée à toutes les questions, singulièrement à la réflexion et aux négociations en cours concernant le traité sur les pandémies et le Règlement sanitaire international. La D<sup>re</sup> Moeti a remercié les délégués pour l'intérêt qu'ils ont porté à cette question d'importance et exprimé son intention d'organiser très prochainement une nouvelle séance d'information à l'intention des ministres sur ce sujet. Elle a exhorté les ministres à fournir à leurs chefs d'État respectifs des informations sur cette question. La Directrice régionale a fait remarquer qu'il restait des questions à examiner attentivement dans les deux processus, et que

les contributions des ministres à la prochaine réunion ministérielle seront cruciales pour adopter une position africaine commune et harmonisée.

138. La D<sup>re</sup> Moeti a souligné que le Secrétariat a pris bonne note des décisions très importantes prises par la soixante-treizième session du Comité régional, qui portent sur un éventail de questions, allant des maladies non transmissibles au changement climatique et aux maladies transmissibles.

139. Pour conclure son propos, la D<sup>re</sup> Moeti a adressé ses remerciements au Secrétariat de l’OMS et à tous ceux qui ont travaillé en coulisses pour garantir le bon déroulement des principales séances et des manifestations parallèles de la session.

### **Allocution de clôture du président du Comité régional**

140. Dans son mot de clôture, l’Honorable Edwin Dikoloti, président de la soixante-treizième session du Comité régional, par ailleurs Ministre botswanais de la santé et du bien-être, a félicité le Gouvernement du Botswana pour son rôle moteur comme pour son soutien. Le Ministre botswanais de la santé a relevé que la semaine des travaux avait été enrichissante, car consacrée à la recherche des voies et moyens susceptibles de préserver la santé des populations d’Afrique. Il a rappelé un certain nombre de décisions qui ont été prises et exprimé sa satisfaction quant au niveau d’engagement et de participation des délégués et à la grande qualité des exposés présentés lors des manifestations parallèles. Enfin, l’Honorable Edwin Dikoloti a exprimé sa satisfaction pour la participation record à la soixante-treizième session du Comité régional de l’OMS pour l’Afrique.

141. Le président du Comité régional a conclu son propos en exprimant ses remerciements à l’ensemble des participants avant de déclarer close la soixante-treizième session du Comité régional.

## PARTIE III

# MANIFESTATIONS SPÉCIALES ET MANIFESTATIONS PARALLÈLES ORGANISÉES LORS DE LA SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL



## MANIFESTATIONS SPÉCIALES

### Renforcer les actions multisectorielles pour résoudre la crise liée à la nutrition et à l'insécurité alimentaire dans la Région africaine

#### Introduction

142. Malgré les efforts déployés par les gouvernements et les partenaires de développement pour atteindre les cibles mondiales en matière de nutrition, la malnutrition est un problème persistant qui affecte des millions de vies et entrave la croissance et le développement dans la Région africaine. Au nombre des causes de ce phénomène figurent la mauvaise qualité des systèmes alimentaires, le changement climatique et les conflits. La manifestation parallèle a été organisée pour attirer l'attention des participants sur la détérioration de la sécurité alimentaire et de la situation nutritionnelle dans la Région africaine et mieux faire connaître les interventions disponibles dans les différents secteurs, tout comme la nécessité de renforcer la collaboration et les interventions multisectorielles.

143. La manifestation était animée par la D<sup>re</sup> Filomena Gonçalves, Ministre caboverdienne de la santé. Parmi les participants de haut niveau sélectionnés pour discuter de ces questions figuraient le D<sup>r</sup> Ader Macar Aciek, Sous-secrétaire au Ministère de la santé du Soudan du Sud ; le D<sup>r</sup> Ilesh Jani, Vice-Ministre mozambicain de la santé ; la D<sup>re</sup> Soltie Aminata, Directrice de Cabinet du Ministre ivoirien de la santé ; et des représentants de partenaires internationaux tels que le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, le Programme alimentaire mondial, le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés et le mouvement de renforcement de la nutrition (« Scaling Up Nutrition »).

#### Pleins feux sur les principales questions abordées

144. Sur la base d'exemples propres à chaque pays, les panélistes ont échangé sur la situation actuelle en matière de nutrition et d'insécurité alimentaire, ainsi que sur les interventions en cours, sur les défis et les possibilités, sans oublier la façon dont les différents départements gouvernementaux œuvrent de concert au niveau national pour faire face à la situation. Les partenaires internationaux ont présenté des stratégies et des solutions efficaces et fait part de leur disposition à collaborer avec les États Membres pour lutter contre la malnutrition et l'insécurité alimentaire.

145. Plusieurs États Membres ont pris la parole pour partager leurs expériences. On peut citer entre autres l'Angola, le Burkina Faso, la Gambie, le Kenya, la Namibie, le Nigéria et l'Ouganda. L'expertise et les idées partagées par les divers orateurs pour lutter contre la malnutrition et l'insécurité alimentaire dans leurs pays comprenaient :

- la création de conseils nationaux de nutrition contrôlés soit par la Présidence de la République, soit par les Services du Premier Ministre, qui rendent obligatoire la prise en compte des questions de nutrition et de sécurité alimentaire ;

- la collaboration avec les partenaires. Les personnes qui se sont exprimé ont mis en lumière les initiatives réussies dans lesquelles les gouvernements, les organisations sans but lucratif, les entreprises et les établissements universitaires ont collaboré pour mettre en pratique des solutions durables. Ces collaborations ont nécessité le partage des connaissances, des ressources et de l'expertise afin de relever les défis complexes associés à l'insécurité alimentaire ;
- le changement climatique. Reconnaisant les répercussions du changement climatique sur la production et la disponibilité des aliments, les divers intervenants ont évoqué l'importance des pratiques agricoles durables telles que l'agroforesterie, la diversification des cultures et les techniques de gestion de l'eau. Les stratégies d'adaptation – et particulièrement les variétés de cultures résilientes et les technologies qui préservent le climat – ont aussi été mises en exergue, car elles s'avèrent primordiales pour assurer la sécurité alimentaire face aux conditions climatiques qui ne cessent d'évoluer ;
- l'enrichissement des produits alimentaires. L'enrichissement des produits alimentaires est nécessaire pour remédier aux carences en micronutriments et améliorer la nutrition globale ;
- les systèmes agroalimentaires. L'importance de systèmes agroalimentaires durables qui favorisent la sécurité alimentaire, la croissance économique et la durabilité environnementale a été soulignée ;
- le jardinage à domicile. Cette activité est considérée comme un moyen efficace d'améliorer l'autosuffisance alimentaire, en particulier dans les centres urbains ;
- les ménages ciblés. Les intervenants ont souligné la nécessité d'accorder la priorité et de cibler les ménages vulnérables, y compris les enfants, les femmes enceintes et les personnes âgées, dans les interventions axées sur la sécurité des approvisionnements alimentaires ;
- la protection sociale. Les intervenants ont abordé l'importance des filets de sécurité, des transferts d'argent et des programmes d'assistance sociale pour soutenir les populations vulnérables. Ils ont souligné la nécessité d'adopter des approches globales qui répondent non seulement aux besoins alimentaires immédiats, mais également aux solutions à long terme pour briser le cycle de la pauvreté et de l'insécurité alimentaire ; et
- la nécessité de créer une ligne budgétaire nationale pour les interventions en matière de nutrition.

## Recommandations

146. Adopter une approche holistique et accélérer les efforts. La lutte contre la malnutrition et l'insécurité alimentaire nécessite une approche globale fondée sur une approche pangouvernementale susceptible d'accroître la cohérence, l'efficacité et l'impact, et reposant sur des piliers tels que : 1) des systèmes alimentaires durables et résilients pour une alimentation saine ; 2) des systèmes de santé harmonisés assurant une couverture universelle des mesures essentielles en matière de nutrition ; 3) la protection sociale et l'éducation à la nutrition ; 4) le commerce et des investissements en vue d'une meilleure nutrition ; 5) des environnements sûrs



et favorables à la nutrition à tous les âges ; 6) une gouvernance et une responsabilisation renforcées en matière de nutrition.

147. Accroître l'accessibilité des aliments à l'aide d'interventions sensibles à la nutrition telles que les transferts en espèces, les bons et les programmes d'alimentation scolaire, y compris l'achat et la fourniture d'une alimentation saine dans les écoles.

148. Accorder une plus grande place à la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant dans le système de santé, y compris en donnant plus d'importance à l'allaitement maternel dans les programmes et stratégies prioritaires nationaux.

149. Investir et appliquer des politiques et réglementations de transformation des systèmes alimentaires pour améliorer l'accès équitable à une alimentation sûre et durable, y compris au niveau des communautés, des réfugiés et des populations déplacées. Cette recommandation s'adresse aux gouvernements et aux partenaires.

150. Édifier des systèmes d'information courants solides en utilisant des données et des éléments factuels pour hiérarchiser l'allocation des ressources.

### Prochaines étapes

151. Créer/maintenir l'intersection entre les partenaires ou les secteurs impliqués, y compris la santé, l'agriculture, la protection sociale et l'éducation, afin de concevoir des cadres de résultats complets et collaboratifs pour lutter contre toutes les formes de malnutrition.

### Célébration du 75<sup>e</sup> anniversaire de l'OMS

152. Cette année, l'Organisation mondiale de la Santé célèbre son 75<sup>e</sup> anniversaire. Plusieurs activités visant à marquer d'une pierre blanche ce jalon important franchi par l'Organisation ont déjà été organisées au niveau mondial comme dans les pays. Une manifestation s'est tenue au cours de la soixante-troisième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique dans le cadre des activités marquant cet événement d'importance. Cette manifestation a fourni à l'Organisation l'occasion de rassembler les principales parties prenantes de longue date impliquées dans ses activités dans la Région africaine. L'événement a aussi permis de réfléchir à l'action que l'OMS mène dans la Région africaine, de passer en revue les principales réalisations et les enseignements tirés, et d'envisager les mesures prioritaires que l'Organisation pourra prendre pour les 75 prochaines années dans le contexte des délibérations en cours sur la réforme de l'architecture sanitaire mondiale et sur les défis inhérents aux conflits, au changement climatique et aux crises économiques.



153. La manifestation avait pour objet :

- de passer en revue les réalisations de l'OMS dans la Région africaine au cours des 75 dernières années ;
- de servir de cadre pour des échanges sur les enseignements importants tirés et sur la manière dont ces enseignements peuvent éclairer les priorités de l'OMS dans la Région africaine, dans le contexte de la réforme de l'OMS et dans le cadre de la réflexion élargie engagée sur la réforme de l'architecture sanitaire mondiale ; et
- de mettre en évidence les actions de santé publique futures sur lesquelles la Région devrait se concentrer pour accélérer les efforts collectifs visant à atteindre les objectifs et cibles nationaux et régionaux convenus en matière de santé.

154. L'éclat de la manifestation a été réhaussé par la distinguée présence de Son Excellence Mokgweetsi Masisi, Président de la République du Botswana, qui était accompagné par Son Excellence Festus Mogae, ancien Président de la République. Ont également pris part à la manifestation des Ministres de la santé, les autorités nationales de tous les 47 États Membres représentés à la session, des donateurs et la famille de l'OMS, y compris un ancien Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique. Au cours de la manifestation, 14 personnalités et institutions éminentes ont été distinguées et primées pour leur contribution exceptionnelle à la santé et au bien-être des populations de la Région.

## Recommandations

- La collaboration devrait être renforcée et commencer très tôt afin d'assurer une coordination harmonieuse et efficace avec les homologues nationaux lors des événements auxquelles participent des dignitaires d'État au plus haut niveau.
- Une équipe spécialisée dotée d'expertises diverses devrait être créée pour soutenir la préparation et superviser l'exécution réussie d'événements de haut niveau d'une telle ampleur.
- Alors que les activités marquant la célébration du 75<sup>e</sup> anniversaire de l'OMS se déroulent tout au long de l'année, les principaux enseignements tirés de cet événement, en particulier l'organisation, la coordination et l'exécution de diverses tâches, doivent être suivis de près et toute lacune éventuelle, en l'occurrence les détails pratiques de l'organisation de l'événement, doivent être répertoriés, anticipés et des solutions trouvées pour que rien ne soit laissé au hasard.

## Interrompre la transmission de tous les poliovirus dans la Région africaine

### Introduction

155. L'éradication de la poliomyélite est reconnue comme l'une des plus grandes initiatives collectives mondiales dans le domaine de la santé. Alors que la Région africaine avait triomphé du poliovirus sauvage autochtone, en février 2022, le Malawi et le Mozambique ont confirmé l'importation de poliovirus sauvages de type 1 (PVS1) et ont rapidement endigué la flambée. En

août 2023, en tout 187 cas confirmés d'infection par des variants de poliovirus circulants de types 1 et 2 avaient été notifiés au total dans 21 pays de la Région africaine. En collaboration avec l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP), l'Organisation mondiale de la Santé s'est engagée à interrompre définitivement toute transmission du poliovirus et de ses variants, comme cela est énoncé dans la Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022-2026.

156. La manifestation spéciale visait : à renforcer les efforts de sensibilisation pour donner la priorité à l'éradication de la poliomyélite et répondre efficacement aux flambées épidémiques dans la Région ; à évaluer et à examiner les progrès réalisés dans le cadre des efforts d'éradication de la poliomyélite ; et à envisager la viabilité à long terme des efforts d'éradication de la poliomyélite. Parmi les participants figuraient le D<sup>r</sup> Austin Demby, premier vice-président de la soixante-treizième session du Comité régional, Ministre sierra-léonais de la santé et de l'assainissement ; la D<sup>re</sup> Matshidiso Moeti, Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique ; le D<sup>r</sup> Chris Elias, Président du Conseil de surveillance de la poliomyélite de l'IMEP ; et le D<sup>r</sup> Jamal Ahmed, coordonnateur du Programme d'éradication de la poliomyélite pour l'OMS dans la Région africaine.

### Aperçu des principales questions abordées, y compris les défis et les opportunités

157. La plus grande difficulté dans la Région africaine concerne la circulation des variants de poliovirus circulants de types 1 et 2. La diminution des activités de vaccination supplémentaire et du vaccin antipoliomyélitique oral bivalent (VPOb) préventif, à cause des perturbations associées à la COVID-19, a accru le risque de circulation d'un variant de poliovirus de type 1 dans la Région. Ce variant est désormais le principal poliovirus de type 1 en Afrique, dépassant le poliovirus sauvage de type 1. Au cours des 12 derniers mois, cinq pays ont notifié des cas d'infection par le variant de poliovirus circulant de type 1 (PVDVc1). Vingt et un pays de la Région africaine ont notifié des cas d'infection par le variant de poliovirus de type 2 (PVDVc2).

158. À la suite de la flambée épidémique due au poliovirus sauvage de type 1 survenue en 2022, plusieurs campagnes de vaccination ont été menées par le Malawi, le Mozambique, la République-Unie de Tanzanie, la Zambie et le Zimbabwe, sur une période de 18 mois, et certaines campagnes conjointes ont permis de vacciner 45 millions d'enfants. Aucun nouveau cas de poliovirus sauvage n'a été signalé dans la Région depuis août 2022. Les pays où sévissent des flambées de variant de poliovirus circulant de type 2 ont déjà commencé à riposter en utilisant le nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 (VPOn2).

159. Les États Membres ont mis en évidence deux grands défis à relever pour parvenir à une riposte diligente et de qualité :

- l'utilisation continue de « poliovirus dérivés d'une souche vaccinale » pour décrire les flambées en cours qui se sont déclarées à la suite de la circulation durable de souches dérivées du vaccin antipoliomyélitique oral dans les populations non vaccinées et sous-vaccinées, ce qui représente un problème sur le plan technique comme en matière de communication sur la santé publique ; et

- les délais rallongés entre la collecte des échantillons et les résultats du séquençage final, qui se justifient par la capacité limitée des laboratoires nationaux à séquencer les poliovirus rapportée par plusieurs États Membres. Le vice-président du Comité régional a d'ailleurs indiqué qu'il s'agit là d'une question qui nécessite l'attention collective de l'OMS et des autres partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite.

### Recommandations

- Le Secrétariat devrait s'attaquer de façon holistique au problème de nomenclature dans la Région, en utilisant le terme « variant » en remplacement du terme « poliovirus dérivé d'une souche vaccinale » et en s'appuyant sur l'expérience de l'ajustement de la nomenclature pour les virus tels que celui responsable de la COVID-19 et le virus à l'origine de la variole simienne, entre autres.
- Les pays devraient garantir une meilleure immunité des populations en s'attachant notamment à atteindre les enfants « zéro dose », de même que les enfants sous-vaccinés et les zones difficiles d'accès ou touchées par des problèmes de sécurité.
- Les pays devraient entreprendre le plaidoyer en faveur de la création d'une ligne budgétaire pour soutenir les activités de surveillance de façon intégrée et pour contribuer financièrement aux campagnes de vaccination ciblant en priorité les zones à haut risque.
- Les pays devraient donner la priorité à l'accélération de la surveillance des paralysies flasques aiguës et de la surveillance environnementale, tout en renforçant les réseaux de laboratoires.
- Les pays devraient rationaliser la coordination, la communication et la collaboration transfrontalières en ce qui concerne les activités de lutte contre la poliomyélite, à partir de la planification jusqu'à la mise en œuvre en passant par le suivi et l'évaluation.
- Les pays devraient donner la priorité à la transition pour la poliomyélite afin de renforcer les systèmes nationaux de santé publique.

### Prochaines étapes

- Il faudra consolider l'engagement politique pour venir en appui aux stratégies nationales visant à renforcer la vaccination systématique, la surveillance des maladies à prévention vaccinale, y compris la surveillance de la poliomyélite, et les activités de vaccination supplémentaires.
- Il faudra aussi renforcer la tutelle des États Membres pour interrompre tous les types de transmission et de circulation du poliovirus afin de mettre fin aux flambées dans tous les pays de la Région.
- Il faudra par ailleurs améliorer la coordination et la collaboration entre les États Membres et les parties prenantes pour mener des actions destinées à éradiquer la poliomyélite.

## MANIFESTATIONS PARALLÈLES

### Organe intergouvernemental de négociation du traité sur les pandémies et processus d'amendement au RSI

#### Introduction

160. Cette manifestation parallèle de haut niveau organisée conjointement par les gouvernements du Kenya et de l'Afrique du Sud en partenariat avec le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a fourni aux participants des informations actualisées concernant l'organe intergouvernemental de négociation d'un traité sur la pandémie et le Groupe de travail sur les amendements au RSI. Les États Membres ont été encouragés à accroître leur participation à ces processus mondiaux. Le panel était constitué du D<sup>r</sup> Tedros Ghebreyesus, Directeur général de l'OMS ; de l'Honorable Susan Wafula, Ministre kényane de la santé ; de la D<sup>re</sup> Matshidiso Moeti, Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique ; de M<sup>me</sup> Precious Matsoso, coprésidente de l'organe intergouvernemental de négociation ; et du D<sup>r</sup> Sultani Matendecehro, Vice-Président du Groupe de travail sur les amendements au RSI. Des exposés et des contributions ont également été présentés par la D<sup>re</sup> Fifa Rahman, consultante principale chez Matahari Global Solutions et par les Ministres de la santé de la Namibie et de la République démocratique du Congo. La modération des tables rondes ministérielles a été assurée par la Ministre angolaise de la santé et par la D<sup>re</sup> Stella Chungong, Directrice du Département Sécurité sanitaire au Siège de l'OMS. Les Ministres de la santé de la Sierra Leone et de la République centrafricaine, ainsi que le D<sup>r</sup> Jean Kaseya, Directeur général du CDC-Afrique, ont apporté des contributions supplémentaires avant la clôture officielle de la manifestation par le D<sup>r</sup> Mathume Phaahla, Ministre sud-africain de la santé.

#### Faits marquants

- Les États Membres africains ont été invités à participer activement à la réflexion engagée dans le cadre de l'organe intergouvernemental de négociation et au Groupe de travail sur les amendements au RSI, et à plaider en faveur d'une position commune pour protéger comme il se doit les dispositions et les priorités qui sont bénéfiques pour l'Afrique, comme l'ont souligné l'Honorable Wafula, la D<sup>re</sup> Moeti et le D<sup>r</sup> Tedros.
- La D<sup>re</sup> Moeti a par ailleurs rappelé que les flambées épidémiques ne respectent pas les frontières, d'où la nécessité d'examiner attentivement la nature des amendements proposés au RSI. La Directrice régionale a par ailleurs noté une recrudescence de la désinformation et a exhorté les États Membres à se concentrer sur la diffusion des perspectives qui leur sont propres.
- M<sup>me</sup> Matsoso a présenté les progrès réalisés dans les négociations sur l'organe intergouvernemental de négociation, en particulier les articles et les sujets controversés qui requièrent une position africaine harmonisée. La coprésidente de l'organe intergouvernemental de négociation a réitéré la demande formulée par les États Membres, qui souhaitent disposer d'un instrument juridiquement contraignant fondé essentiellement sur l'équité. Elle s'est néanmoins dit préoccupée par le délai limité de neuf mois qui reste

avant qu'un nouvel instrument sur les pandémies ne soit présenté à la Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé pour adoption.

- Le D<sup>r</sup> Sultani Matendebero a présenté un exposé sur les progrès accomplis dans le processus du Groupe de travail sur les amendements au RSI, qui comprend plus de 300 amendements proposés. Les priorités sont axées sur l'équité dans l'accès aux mesures médicales de lutte, sur le fait de rendre les dispositions obligatoires, sur le partage des avantages, sur la création d'un cadre de financement clair et sur la garantie d'assurer la mise en œuvre et le respect des règles. Le D<sup>r</sup> Sultani Matendebero a fait valoir la nécessité d'une approbation de haut niveau de la position africaine commune et de l'utilisation de l'expertise continentale pour contribuer activement aux négociations.
- Le D<sup>r</sup> Tedros Adhanom Ghebreyesus a souligné la vitalité d'une riposte multilatérale mondiale aux flambées épidémiques à venir, dont le but est de parvenir à l'équité, à la solidarité et à la coopération internationale.
- La D<sup>re</sup> Fifi Rahman a présenté une analyse comparative de l'accord sur les pandémies et du processus en cours d'amendements au RSI. L'étude porte sur neuf domaines clés, au nombre desquels les *responsabilités communes mais différenciées*, la recherche-développement, l'accès aux agents pathogènes et le partage des avantages, et l'approche « Une seule santé ». L'étude évalue aussi les distinctions entre les traités et les règlements, et entre les traités conventionnels et les conventions-cadres.
- Le D<sup>r</sup> Salam Gueye, directeur de niveau régional pour les situations d'urgence au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, a évoqué la feuille de route du Bureau régional qui vise à accompagner les États Membres vers l'adoption de positions harmonisées au sujet de l'organe intergouvernemental de négociation et du Groupe de travail sur les ressources humaines pour la santé, ce qui passe notamment par la participation d'experts africains et par la tenue d'une conférence parlementaire africaine de haut niveau qui devrait avoir lieu à Accra (Ghana).
- Plusieurs ministres ont présenté l'expérience de leurs pays respectifs. On peut citer le Ministre de la santé de la République démocratique du Congo, qui a souligné les multiples situations d'urgence et les obstacles à l'accès aux vaccins et aux autres fournitures médicales, et le Vice-Ministre namibien de la santé, qui a expliqué en détail l'importance de l'accès et du partage des avantages pour une riposte sanitaire mondiale efficace et équitable. La Ministre angolaise de la santé a mis en relief le rôle de la résilience et de l'instauration de la sécurité sanitaire en tant qu'objectifs essentiels, appuyés par une approche régionale destinée à relever les défis.
- Les Ministres de la santé africains ont affirmé leur volonté d'engager activement des réflexions au niveau politique, afin de façonner un paysage de la santé mondiale plus équitable et mieux préparé qui donne la priorité aux besoins de la Région africaine. Le Ministre centrafricain de la santé a proposé une feuille de route structurée pour la diffusion entre les pays, soulignant la nécessité de l'engagement du CDC de l'Union africaine dans ces délibérations. Le Ministre sierra-léonais de la santé a souligné la nécessité de poursuivre les négociations concernant le Règlement sanitaire international et l'organe intergouvernemental de négociation afin d'édifier des systèmes durables au-delà des périodes de crise. Il a proposé d'utiliser l'examen universel de l'état de santé et de

préparation comme modèle permettant de relier la préparation aux situations d'urgence et les soins de santé primaires avant les crises.

### Recommandations

- Renforcer les engagements politiques et diplomatiques pour influencer la position africaine et la participation aux processus de l'organe intergouvernemental de négociation et du Groupe de travail intergouvernemental sur les amendements au RSI.
- Impliquer encore plus le capital dans ces processus, en particulier les points focaux nationaux RSI.
- Surveiller la désinformation et collaborer avec les médias pour y remédier.

### Prochaines étapes

- Organiser une réunion ministérielle de suivi sur l'organe intergouvernemental de négociation et le Groupe de travail sur les amendements au RSI en utilisant les plateformes de l'Union africaine.

### Le Botswana, modèle d'excellence en matière de soins de santé primaires

161. Lors de cette manifestation parallèle, les projecteurs étaient braqués sur les progrès exemplaires réalisés par le Botswana en matière de soins de santé primaires. Tous les orateurs ayant mis en lumière les avancées constantes du pays vers une prestation de soins de santé accessible et efficace. Classé parmi les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, le Botswana a exploité ses ressources pour étendre l'accès universel aux soins de santé à la plupart de ses 2,3 millions d'habitants, ce qui s'est traduit par des réductions notables des taux de mortalité infantile et maternelle.

162. Le cadre des soins de santé primaires du Botswana est fondé sur un vaste réseau d'établissements de soins de santé qui fonctionne selon une approche décentralisée. Le gouvernement exploite un nombre impressionnant de 98 % des établissements médicaux du pays, un réseau complexe d'hôpitaux, de cliniques, de postes de santé et d'unités mobiles couvrant ses 27 districts de santé. Le premier niveau de contact des personnes avec le système de soins de santé est aussi proche que possible du lieu de résidence de chaque personne. Cette approche intégrée assure la prestation de services préventifs, promotionnels, de réadaptation et curatifs, facilitant le traitement et les soins des questions de santé communes.

163. Le Vice-Président de la République du Botswana, Slumber Tsogwane, a souligné que les soins de santé primaires constituent le fondement du système de soins de santé du pays. Il a mis en exergue la définition des soins de santé primaires comme étant des méthodes abordables offertes aux communautés à leur porte, essentielles pour une gouvernance efficace des soins de santé. En présentant ses exemples de réussite, le Botswana entend encourager l'apprentissage collégial et renforcer la bonne gouvernance de l'action sanitaire. Le Vice-Président de la

République du Botswana a également ajouté que les soins de santé primaires nécessitent des investissements considérables et qu'il convient d'optimiser les ressources.

164. Cependant, l'accès aux soins de santé n'est pas une sinécure, tant s'en faut, car il constitue en réalité un obstacle commun à de nombreux pays d'Afrique subsaharienne. Le Vice-Président du Botswana a souligné l'importance de rester proche des communautés, conformément à l'accent que l'Organisation mondiale de la Santé met sur les soins de santé centrés sur la communauté. Les soins de santé primaires, qui portent essentiellement sur la participation communautaire, la disponibilité et l'accessibilité, servent de point d'ancrage essentiel pour les investissements dans les soins de santé.

165. Malgré ces progrès louables, le D<sup>r</sup> Gaboelwe Rammekwa, Directeur de la santé au Département de la santé publique du Botswana, a reconnu les défis qui restent à relever. Il a expliqué que des soins de santé primaires efficaces doivent être acceptables, accessibles, disponibles, communautaires et d'un prix abordable. Au fil des ans, le Botswana a très soigneusement élargi son réseau de soins de santé primaires, renforçant les liens avec les communautés et acceptant les contributions des praticiens de santé à la prestation des services de santé.

166. Le D<sup>r</sup> Billy Tsimba, Doyen de la recherche par intérim à l'Université du Botswana, a pris note de l'évolution du paysage des soins de santé. Il a souligné que le risque de s'éloigner des soins de santé axés sur la communauté augmente à mesure que la technologie progresse. Le D<sup>r</sup> Tsimba a ensuite souligné l'importance de la participation communautaire, de la recherche et des pratiques s'appuyant sur des bases factuelles pour s'assurer que les soins de santé primaires restent pertinents au niveau local.

167. Le D<sup>r</sup> Edwin Dikoloti, Ministre botswanais de la santé et du bien-être, a proposé une vision pour redynamiser les soins de santé primaires. Il a souligné l'importance de la prévention dans la lutte contre les maladies non transmissibles et la nécessité de disposer d'un personnel de santé bien formé. Le Ministre a souligné la nécessité de renforcer les partenariats, d'intégrer les services de santé et de fournir des ressources numériques pour améliorer encore la prestation de soins de santé avec efficacité et équité. Le Ministre botswanais de la santé a aussi évoqué les défis soulevés par le grand public en ce qui concerne la migration des personnels de santé, les obstacles culturels à l'adoption des services de santé et l'importance d'un soutien multisectoriel pour obtenir des résultats sanitaires.

168. La D<sup>re</sup> Matshidiso Moeti, Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique, s'est appuyée sur son expérience lorsqu'elle était un agent de santé communautaire. Elle a salué l'importance de la participation communautaire et le rôle que le personnel de santé joue pour combler les lacunes en matière de soins. Malgré les difficultés posées par la pandémie de COVID-19, la Directrice régionale a souligné l'importance de maintenir la proximité avec les communautés et de favoriser l'autonomisation des citoyens. Le Ministre botswanais de la santé a souligné l'importance d'optimiser les gains dans l'utilisation des ressources en faisant plus avec moins.



169. En conclusion, le parcours du Botswana vers l'excellence en matière de soins de santé primaires se caractérise par l'accessibilité des infrastructures, la participation communautaire et le recours à des partenariats novateurs. L'engagement du pays à adapter continuellement son approche tout en maintenant les communautés à l'avant-garde est une recette de succès dont les autres pays peuvent tirer des enseignements. Alors que la réflexion se poursuit sur le meilleur moyen de dispenser des soins de santé primaires, l'exemple du Botswana constitue un modèle inspirant dont les pays pourraient s'inspirer pour façonner des systèmes de soins de santé efficaces et centrés sur la communauté dans le monde entier.

## Débloquer les financements pour la lutte contre les maladies tropicales négligées en Afrique

### Introduction

170. Le manque d'un financement prévisible et durable à long terme, aggravé par la pandémie de COVID-19 et par les conflits régionaux, a constitué un obstacle important à la lutte, à l'élimination et à l'éradication des maladies tropicales négligées, entravant les efforts que les pays font pour éliminer ces maladies et contribuer à l'atteinte de la cible des objectifs de développement durable qui est de réduire de 90 % le nombre de personnes ayant besoin d'une intervention contre les maladies tropicales négligées d'ici à 2030. Cette crise du financement de la lutte contre les maladies tropicales négligées menace de remettre en cause les nombreux progrès réalisés depuis plusieurs décennies, laissant plus d'un milliard de personnes parmi les plus pauvres exposées à une pauvreté abjecte, à la morbidité et même à la mort. Alors que nous nous rapprochons de l'échéance fixée pour les objectifs de développement durable en 2030, il est urgent d'accélérer les avancées vers l'atteinte des cibles ambitieuses convenues par les dirigeants mondiaux. La manifestation parallèle visait à évaluer les progrès accomplis dans la mise en œuvre des programmes de lutte et d'élimination des maladies tropicales négligées dans la Région, et à recenser les défis et les lacunes, en mettant un accent particulier sur la mobilisation des ressources. Les participants ont exploré les mécanismes et possibilités de financement multilatéraux, bilatéraux et novateurs auxquels l'on peut recourir plus facilement pour financer des programmes nationaux durables de lutte contre les maladies tropicales négligées. Ils ont aussi partagé leurs expériences en matière d'accès au financement.

171. Parmi les participants à cet événement figuraient des Ministres de la santé de nombreux États Membres, de hauts responsables publics, ainsi que des acteurs non étatiques et des donateurs majeurs. La D<sup>re</sup> Loub Yakouti Zaidou, Ministre de la santé, de la solidarité, de la protection sociale et de la promotion du genre de l'Union des Comores, a prononcé le mot d'ouverture, alors que la D<sup>re</sup> Matshidiso Moeti, Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique, a prononcé l'allocution d'orientation en insistant sur l'importance de lever des fonds supplémentaires pour accélérer l'élimination des maladies tropicales négligées dans la Région africaine de l'OMS. Cette allocution d'orientation a été suivie par une discussion de groupe qui a été ponctuée par des interventions de la haute administration du Pandemic Action Network, du Fonds mondial, du Mécanisme de financement mondial de la Banque mondiale et du Groupe Potomac. Parmi les autres orateurs importants figuraient le D<sup>r</sup> Socé-Fall, Directeur du Programme

mondial de lutte contre les maladies tropicales négligées, et M<sup>me</sup> Thoko Elphick-Pooley, de Uniting to Combat NTDs.

### Faits marquants

172. La manifestation parallèle a mis en lumière les morbidités inacceptables causées par les maladies tropicales négligées et le besoin urgent de débloquer des fonds pour soulager les souffrances du milliard de personnes le plus pauvre du monde. Un tel financement devrait être catalytique, additionnel et durable, et s'inscrire dans le sillage des mécanismes prévus par l'OMS dans la feuille de route sur les maladies tropicales négligées 2021-2030, et tirer parti du concours fourni par le Projet spécial élargi pour l'élimination des maladies tropicales négligées (ESPEN) dans la coordination de l'appui technique aux États Membres. Environ 484 millions de dollars É.-U. par an s'avèrent nécessaires, ce qui nécessite de nouvelles sources de financement, de même qu'une hausse du financement du secteur privé et du financement national.

173. Les sondages d'opinion réalisés pendant la manifestation parallèle ont montré que très peu de pays avaient ouvert une ligne budgétaire consacrée au financement de la lutte contre les maladies tropicales négligées et que la proportion des budgets alloués à la lutte contre les maladies tropicales négligées dans le financement national était très faible, représentant généralement moins de 50 % du budget nécessaire. Cependant, de nombreux pays sont restés optimistes quant au potentiel d'accroissement du financement national. Les défis mis en exergue comprennent les priorités concurrentes au niveau des pays et l'incapacité à plaider avec force en faveur de l'allocation des budgets consacrés à la lutte contre les maladies tropicales négligées. En outre, il a été noté que les principaux donateurs tendent à se regrouper autour de questions de santé spécifiques. Les panélistes ont souligné les possibilités de financement des maladies tropicales négligées dans leurs mécanismes de financement, soit par un soutien direct à la lutte contre les maladies tropicales négligées, soit par des interventions de renforcement des systèmes de santé.

### Recommandations

174. Les Ministres de la santé sont encouragés à investir dans les programmes de lutte contre les maladies tropicales négligées, à mobiliser plus de ressources nationales au profit de la lutte contre les maladies tropicales négligées, à tirer parti des ressources existantes pour mettre en œuvre les interventions de lutte contre les maladies tropicales négligées et à veiller à ce que les pays s'approprient le processus de lutte et d'élimination de ces maladies.

### Prochaines étapes

175. Les participants participeront au forum « Reaching the Last Mile » à la COP28, qui doit se tenir le 3 décembre, Jour de la santé, et saisiront cette occasion pour réaffirmer leur engagement politique à éliminer les maladies tropicales négligées et annoncer leurs engagements financiers envers la feuille de route OMS sur les maladies tropicales négligées. Dans un deuxième temps, il a été proposé de créer un groupe de travail des Ministres de la santé chargé de diriger les efforts coordonnés d'élimination des maladies tropicales négligées et la mobilisation des ressources dans la Région africaine de l'OMS.

## Réunion des Ministres de la santé des petits États insulaires en développement sur les achats groupés

### Introduction

176. La réunion des Ministres de la santé des petits États insulaires en développement (PEID) de la Région africaine sur la thématique des achats groupés s'est tenue dans le cadre du suivi de leur dernière concertation qui a eu lieu en août 2022 à Lomé (Togo) lors de la soixante-douzième session du Comité régional. Au cours de la réunion, des progrès d'importance ont été accomplis et des décisions ont été prises en vue de la mise en œuvre d'un Programme d'achat groupé de médicaments essentiels et de produits connexes en faveur des petits États insulaires en développement. Les objectifs de la réunion étaient de porter à l'attention des ministres les progrès réalisés dans l'exécution du Programme, de décider du pays qui accueillera le secrétariat du Programme d'achat groupé de médicaments essentiels et de produits connexes en faveur des petits États insulaires en développement et d'examiner divers aspects de l'avenir de ce Programme. Parmi les participants de haut niveau figuraient des Ministres de la santé et des représentants des petits États insulaires en développement.

### Aperçu des principales questions abordées, y compris les défis et les opportunités

177. Au cours de la réunion, plusieurs questions essentielles ont été soulignées. Ces problématiques sont analysées ci-après.

### Le point sur les progrès accomplis concernant les achats groupés dans les petits États insulaires en développement

- Le premier appel d'offres groupé a été publié en juillet 2022 sur le Portail mondial pour les fournisseurs des organismes des Nations Unies (UNGM) en utilisant les procédures de l'OMS, avec l'accompagnement du Bureau régional de l'Afrique.
- L'appel d'offres a marqué la première instance de concrétisation d'un achat groupé dans la Région, avec un engagement ferme de la part des petits États insulaires en développement, de la direction du Bureau régional de l'Afrique et des Représentants de l'OMS.
- L'initiative a démontré son potentiel pour améliorer à la fois la disponibilité de médicaments d'un coût abordable et de qualité et les résultats sanitaires.
- L'idée d'étendre l'accompagnement à d'autres regroupements de pays tels que la Communauté de développement de l'Afrique australe, la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest et la Communauté d'Afrique de l'Est a été étudiée et débattue.
- La possibilité de collaborer avec des partenaires tels que la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique pour des initiatives continentales d'achat groupé a aussi été envisagée.

## Premiers résultats des appels d'offres et le point sur les achats

- Le premier appel d'offres visait à établir des accords à long terme avec les soumissionnaires retenus pour une durée de deux ans, renouvelable.
- Cet appel d'offres couvrait quatre catégories, 47 dénominations et 67 formulations.
- Le processus a suivi les règles, réglementations et procédures de l'OMS.
- Six fabricants et grossistes de cinq pays différents ont été retenus, pour une transaction totale de 13,16 millions de dollars É.-U.
- Maurice et Madagascar ont représenté en tout 10,2 millions de dollars É.-U. sur les commandes effectuées, soit 79 % du montant total de la transaction.
- Les résultats ont notamment permis de réaliser des économies importantes relativement aux formulations achetées dans le passé.

## Évaluation des candidats à l'accueil du secrétariat

- L'OMS a hébergé temporairement le secrétariat du Programme d'achat groupé en faveur des petits États insulaires en développement, mais il a été souligné que le Programme devrait être entièrement pris en charge par ses États Membres.
- Cabo Verde et Maurice ont été évalués sur la base de critères comprenant les espaces de bureau, les installations de télécommunication et les infrastructures de santé.
- Les deux candidats ont obtenu des résultats comparables, avec des variations mineures sur certains critères tels que les infrastructures de télécommunications.
- L'équipe d'évaluation a constaté que les deux candidats étaient en mesure d'accueillir le secrétariat.

## Recommandations

178. Les États Membres se sont déclarés satisfaits du résultat de l'appel d'offres et des avancées enregistrées par le Programme. Cependant, aucune décision n'a été prise quant au choix du pays hôte du secrétariat. Il a été proposé de maintenir les échanges sur la question à la prochaine réunion des petits États insulaires en développement prévue en novembre 2023. Les États Membres ont été invités à poursuivre les négociations jusqu'à la prochaine réunion.

## Prochaines étapes

179. Les prochaines étapes consistent à poursuivre les négociations et la réflexion, en particulier en ce qui concerne le pays hôte du secrétariat du Programme d'achat groupé de médicaments essentiels et de produits connexes en faveur des petits États insulaires en développement. D'autres échanges auront lieu lors de la prochaine réunion des petits États insulaires en développement prévue en novembre 2023.

180. Les pays peuvent avoir besoin d'un appui spécifique pour conclure des accords à long terme qui serviront à conclure des contrats d'approvisionnement.

181. En conclusion, la réunion des Ministres de la santé des petits États insulaires en développement sur les achats groupés a examiné les progrès accomplis, discuté des orientations futures et évalué les candidats pour accueillir le secrétariat du Programme. La réunion a reflété l'engagement des petits États insulaires en développement à élargir l'accès aux soins de santé et leur accessibilité économique grâce à des efforts concertés en matière d'achats.

## **Session à huis clos avec des Ministres de la santé sur les flambées dues au poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale**

### **Introduction**

182. En marge des travaux de la soixante-treizième session du Comité régional, la D<sup>re</sup> Matshidiso Moeti, Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique, et le D<sup>r</sup> Chris Elias, Président du Conseil de surveillance de la poliomyélite au sein de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP), ont organisé une réunion à laquelle étaient conviés les Ministres de la santé de cinq pays touchés par des flambées dues aux variants du poliovirus (PVDVc), à savoir l'Algérie, le Bénin, la République centrafricaine, la République démocratique du Congo et le Tchad. Les interventions des ministres ont porté essentiellement sur les difficultés rencontrées et sur les enseignements tirés des cycles de riposte répétés.

### **Aperçu des principales questions abordées, y compris les défis et les opportunités**

183. Malgré les efforts importants déployés aussi bien par les pays que par les partenaires, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite n'est pas sur la bonne voie pour interrompre les variants du poliovirus en 2023. Dix principaux thèmes ont émergé au cours des échanges. Premièrement, la demande de vaccins est tributaire d'une communication claire et convaincante, en particulier à la suite de manifestations indésirables. Le terme « dérivé d'une souche vaccinale » est souvent associé à « causé par le vaccin » ou traduit ainsi, à tort. Pour la deuxième session du Comité régional consécutive, les ministres ont demandé qu'un terme plus approprié soit utilisé pour désigner cette notion et ils ont convenu d'employer systématiquement le terme « variant du poliovirus » ou « polio » dans la communication publique au lieu de « PVDVc ». Tirant des enseignements de la COVID-19 et d'autres situations d'urgence sanitaire mondiales récentes, les ministres ont demandé une révision de la terminologie. Deuxièmement, la désinformation associée au vaccin anti-COVID-19, en particulier dans les médias sociaux, a fait reculer tous les programmes de vaccination, y compris la vaccination contre la poliomyélite. Cette situation explique pourquoi la République démocratique du Congo a la population la moins vaccinée contre la COVID-19. En troisième lieu, la question de l'insécurité internationale a suscité de vives préoccupations au sujet des pays limitrophes où l'insécurité et les conflits ont eu des répercussions sur les systèmes de santé. Ces zones présentent un risque d'exportation du virus vers les zones voisines, tout comme un risque de transmission de la poliomyélite sans détection.

184. Le quatrième thème concernait l'insécurité à l'intérieur de certains pays. Les zones de conflit présentent des difficultés particulières pour la livraison des vaccins comme pour la détection des virus. Une approche multisectorielle tenant compte des besoins de la population devrait être adoptée. Si l'on ne met pas en route un programme holistique, il y a un risque de perdre l'appui des communautés dans les zones difficiles à atteindre. Le cinquième thème portait sur les populations mobiles, dont les mouvements s'expliquent par une myriade de facteurs, au nombre desquels les possibilités économiques saisonnières (telles que la pêche, l'agriculture et la récolte), ainsi que l'insécurité. Des efforts accrus devraient être consentis pour atteindre les populations aussi bien dans les zones de départ que dans les zones de destination, et pas forcément là où des cas sont signalés. En République démocratique du Congo, les enfants devraient être atteints dans les camps de pêche saisonnière. Dans le même ordre d'idée, au Tchad, les enfants « zéro dose » en provenance du Soudan du Sud devraient être vaccinés à l'arrivée. Le sixième thème portait sur les relais communautaires. En vue de garantir le bon fonctionnement des systèmes de soins de santé primaires, certains pays ont déployé une stratégie de relais au niveau de la santé communautaire. Dans certains pays, les relais sont employés par le gouvernement alors qu'ils sont bénévoles dans d'autres. L'emploi a été considéré comme une approche plus efficace. Le septième thème était la vaccination systématique. Il est de notoriété publique que le système de vaccination systématique est fragile, et que les zones à haut risque et difficiles d'accès sont chroniquement laissées pour compte. Tous les participants ont considéré l'amélioration de la vaccination systématique comme une priorité, y compris son intégration dans les réseaux de soins de santé primaires.

185. Le huitième thème, souvent répété, était l'intégration, pour laquelle la République centrafricaine a plaidé passionnément. On a estimé que les programmes verticaux étaient plus axés sur les donateurs que sur les bénéficiaires, et des appels ont été lancés pour un engagement accru auprès des ministères et des communautés au sujet de la stratégie. Le thème suivant porte sur la transposition à une plus grande échelle des actions. Le renforcement du système de vaccination systématique était une priorité, mais le simple fait de dépendre uniquement de ce système ne permettra pas d'enrayer les flambées épidémiques. Il a été convenu qu'il ne s'agissait pas d'un scénario du type « l'un ou l'autre » et que les pays devraient continuer à organiser des ripostes rapides et de grande qualité, tout en renforçant la vaccination systématique en tant que fondement de l'éradication. Enfin, la manifestation s'est penchée sur la nécessité d'obtenir des résultats, car le succès engendre le succès. La fin des flambées épidémiques donne l'occasion à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite de plaider en faveur de l'allocation de ressources additionnelles qui permettraient d'atteindre l'objectif de l'éradication collective.

### Recommandations/prochaines étapes

186. Il faudrait utiliser systématiquement le terme poliovirus « variants » dans la communication publique lorsqu'il est fait référence à ce que l'on a souvent appelé des poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale.

187. Il faudra examiner plus avant la nomenclature des PVDVc afin de tenir compte des observations faites par les ministres et par les délégués.

188. Une réunion de suivi devrait être organisée pour réfléchir à l'intégration, en tenant compte des fortes incidences en termes de ressources nationales et internationales.

## **Renforcer les capacités de réglementation de l'Afrique pour parvenir à « l'Afrique que nous voulons » par la création et la mise en route de l'Agence africaine des médicaments**

### **Introduction**

189. L'objectif principal de cette manifestation parallèle était de présenter les progrès réalisés vers l'opérationnalisation de l'Agence africaine des médicaments, de même que l'importance cruciale pour tous les partenaires d'accompagner l'Union africaine dans l'achèvement du processus déjà enclenché. La manifestation a aussi servi de plateforme de plaidoyer pour obtenir des États Membres de l'Union africaine qu'ils s'engagent à signer et à ratifier le Traité de l'Agence africaine des médicaments, afin de s'assurer que le plus grand nombre possible d'États Membres du continent en bénéficient.

190. Cette réunion a rassemblé des participants de l'OMS – avec en tête de liste la Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique –, ainsi que la Commissaire de l'Union africaine, le représentant de l'Agence de développement de l'Union africaine-NEPAD et les Ministres de la santé du Rwanda, du Ghana et de l'Égypte. Le Directeur exécutif de l'Agence européenne des médicaments a également été invité en tant que participant à la table ronde organisée à l'occasion de la manifestation parallèle. Un modérateur expérimenté et passionné a piloté les échanges, reprenant les points les plus saillants qui ressortaient des interventions pour approfondir la réflexion sur le sujet et replacer le curseur sur les questions pertinentes.

### **Pleins feux sur les principales questions abordées**

191. L'Agence africaine des médicaments a besoin d'un appui politique et technique solide au niveau national pour pouvoir fonctionner avec le mandat qui lui sera conféré. Des structures de direction efficaces et fonctionnelles s'avèrent nécessaires pour encadrer clairement la mission de l'Agence africaine des médicaments et faire en sorte que les représentants des États Membres puissent canaliser les défis nationaux en vue de les intégrer dans des approches continentales. Le renforcement des capacités restera la pierre angulaire de l'Agence africaine des médicaments lorsqu'elle commencera ses opérations. Ce renforcement des capacités concernera certes les ressources humaines, mais passera aussi par la formulation des protocoles opérationnels qui devront être mis en place au moment où l'Agence commencera à apporter la preuve de sa crédibilité. En outre, un renforcement des capacités sera important pour mobiliser des ressources financières grâce auxquelles l'Agence africaine des médicaments pourra mener à bien et étendre ses opérations au cours des premières années et au-delà.



192. Le renforcement des autorités nationales de réglementation est essentiel pour parvenir à une compréhension et à une approche commune au niveau continental grâce à l'Agence africaine des médicaments. À titre d'exemple, l'Agence européenne des médicaments (EMA) travaille en étroite collaboration avec l'ensemble de ses autorités nationales de réglementation. Leurs capacités et leurs atouts se reflètent dans les capacités propres de l'Agence européenne des médicaments, d'où l'impérieuse nécessité, dans le contexte africain, d'édifier et de consolider ces autorités nationales de réglementation qui, à leur tour, accroîtront la capacité de l'Agence africaine des médicaments en matière de prise de décision. Il importe par ailleurs d'édifier des partenariats durables et respectueux sur le continent comme au-delà. L'Agence africaine des médicaments doit élargir les initiatives actuelles d'harmonisation de la réglementation des médicaments en Afrique et forger des partenariats concrets, durables et mutuellement respectueux avec d'autres institutions spécialisées de l'Union africaine et avec des institutions techniques internationales. Pour y parvenir, les parties prenantes concernées devront appliquer une stratégie claire susceptible de permettre à l'Agence africaine des médicaments de tirer le meilleur parti de chaque collaboration et d'étendre ses propres capacités.

### Recommandations

- Les structures de direction de l'Agence africaine des médicaments devraient être rendues pleinement opérationnelles. De même, tous les États Parties devraient être représentés et participer activement aux délibérations visant à façonner les premières mesures que prendra l'Agence africaine des médicaments.
- Le plaidoyer devrait être poursuivi auprès des pays afin d'accélérer la signature et la ratification de l'Agence africaine des médicaments, de consolider sa base de décision et d'élargir son engagement auprès des autorités nationales de réglementation en Afrique.
- Les partenaires devraient œuvrer de concert pour fournir un appui à l'Agence africaine des médicaments, selon les décisions prises par les structures dirigeantes.

### Prochaines étapes

193. Le plaidoyer se poursuivra dans les États Membres restants de l'Union africaine qui n'ont pas encore signé ou ratifié le Traité de l'Agence africaine des médicaments. Dans le même ordre d'idée, l'OMS et les partenaires continueront d'accompagner l'Union africaine dans ses efforts visant à rendre l'Agence africaine des médicaments opérationnelle et lui fourniront l'appui technique nécessaire à cette fin.

## Célébrer une année de mise en œuvre de l'engagement de l'Afrique en faveur de la sécurité sanitaire

### Introduction

194. Lors de la soixante-douzième session du Comité régional, les États Membres ont approuvé la stratégie régionale pour la sécurité sanitaire 2022-2030. En seulement un an, l'Afrique a accompli des progrès remarquables vers l'opérationnalisation de cette stratégie. Trois projets phares axés sur une meilleure préparation, sur une détection améliorée et sur une riposte plus diligente sont en cours d'exécution dans la Région. Un entrepôt régional a été mis en place à Nairobi, ce qui a accru l'efficacité de la riposte. Un corps d'élite de premiers intervenants est en cours de recrutement et de formation pour pouvoir gérer les flambées épidémiques en un temps record. Tous ces efforts attestent de l'engagement commun des États Membres et des partenaires à faire en sorte que l'Afrique puisse faire face aux menaces de demain. En marge des délibérations de la soixante-treizième session du Comité régional, l'OMS a organisé un dîner ministériel pour célébrer le premier anniversaire de ce jalon d'importance. Ce dîner était organisé pour que soient présentés les premiers succès, les expériences des pays et les plans qui permettront à ces pays d'atteindre les cibles fixées dans les années à venir. Le dîner ministériel, qui s'est tenu dans une atmosphère empreinte de cordialité, a servi de plateforme pour inciter les États Membres à affecter en priorité les ressources destinées à la préparation et à la riposte aux situations d'urgence.

### Aperçu des principales questions abordées, y compris les défis et les opportunités

195. La Région africaine fait face à plus de 100 flambées de maladies chaque année. Plus de la moitié des crises de santé publique que la Région a connues au cours des deux dernières décennies sont directement liées au changement climatique. En outre, les conflits sur le continent ont fait qu'un tiers des populations déplacées dans le monde sont basées en Afrique, ce qui appelle à repenser la façon dont nous assurons la couverture sanitaire universelle.

196. Alors que les catastrophes climatiques, les conflits et la propagation rapide des maladies menacent la sécurité sanitaire de l'Afrique, on ne saurait trop insister sur l'importance de l'unité et de la collaboration. L'Afrique est depuis toujours la dernière Région à avoir accès aux produits de santé, aux outils de diagnostic, aux traitements ou aux vaccins. Au fil des ans, les investissements limités dans la santé ont placé les pays africains dans une situation de dépendance, avec pour corollaire un accès inéquitable aux produits et services de santé. Au moment où le monde se relève de la COVID-19, l'Afrique doit se préparer à devenir autonome et à façonner son propre avenir en matière de santé. Une voie à suivre consiste à encourager la coopération régionale, à améliorer le pouvoir d'achat du continent et à tirer parti efficacement des systèmes de secours d'urgence transfrontaliers sur le continent. Si les pays africains se mettent ensemble et s'engagent à adopter une approche unifiée, nous pourrions inverser la tendance à la fragmentation qui entrave depuis longtemps les progrès globaux sur le continent et dans le monde.

197. Les catastrophes sanitaires et climatiques et les conflits géopolitiques vont au-delà des frontières nationales et provoquent des effets d'entraînement sur toute la Région. Aujourd'hui plus que jamais, la porosité des frontières en Afrique nous impose d'ancrer notre interconnexion dans l'unité, la collaboration et la force. Au regard du nombre sans cesse croissant de personnes qui résident dans des zones de conflit et de catastrophe, l'instauration de la couverture sanitaire universelle suppose d'améliorer la préparation et la riposte aux situations d'urgence au sein des systèmes de soins de santé.

### Recommandations

198. La stratégie 7-1-7 a été recommandée en tant que cible pour la détection et la notification des flambées épidémiques, ainsi que pour l'organisation d'une riposte précoce, chaque flambée présumée étant détectée dans les sept jours qui suivent son apparition et notifiée aux autorités de santé publique dans la journée suivant sa détection, alors que les mesures de riposte précoce sont mises en œuvre dans un délai de sept jours. Cette stratégie 7-1-7 favorise la transparence, la sensibilisation des établissements de santé et la responsabilisation. La stratégie contribue aussi à une amélioration rapide de la détection précoce des épidémies et de la riposte, car de nombreux goulots d'étranglement relevés jusqu'à présent par la cible 7-1-7 se sont avérés faciles et peu chers à corriger. Les problèmes de plus grande ampleur sont traités plus rapidement grâce à des données claires permettant de déterminer comment les activités et les fonds devraient être classés selon un ordre de priorité.

### Prochaines étapes

199. Il faudra poursuivre le déploiement des trois programmes phares de préparation et de riposte aux situations d'urgence de concert avec le CDC-Afrique et les partenaires et suivre la mise en œuvre effective de la cible 7-1-7 dans chaque pays.

## Session à huis clos avec des Ministres de la santé sur le poliovirus de type 1

### Introduction

200. En marge des travaux de la soixante-treizième session du Comité régional, la D<sup>re</sup> Matshidiso Moeti, Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique, et le D<sup>r</sup> Chris Elias, Président du Conseil de surveillance de la poliomyélite au sein de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP), ont organisé une réunion à laquelle étaient conviés les Ministres de la santé de pays de la Région africaine de l'OMS qui mettent en place une riposte aux flambées épidémiques de poliovirus sauvage de type 1 (PVS1), en l'occurrence le Malawi, le Mozambique, la République-Unie de Tanzanie, la Zambie et le Zimbabwe. La réunion a été l'occasion de célébrer 12 mois écoulés sans notifier un seul cas d'infection par le poliovirus sauvage de type 1, de saluer les efforts importants déployés pour atteindre ce jalon, puis de rappeler que le risque lié au PVS1 et au variant du poliovirus reste présent et que nous devons pérenniser ces acquis si nous voulons éradiquer la poliomyélite et mener une lutte à plus grande échelle contre cette maladie.

## Aperçu des principales questions abordées, y compris les défis et les opportunités

201. Tous les cinq pays concernés ont manifesté un engagement politique de haut niveau en faveur de la riposte au PVS1 et ont noté les améliorations apportées ces 12 derniers mois en ce qui concerne la qualité et la célérité de la riposte. Dix thématiques majeures se sont dégagées au cours des échanges. La première thématique portait sur les voies et moyens de résorber le déficit immunitaire. De nombreuses communautés vivent et travaillent dans plusieurs pays et traversent régulièrement les frontières, ce qui complique les efforts de vaccination. Si le renforcement de la collaboration transfrontalière, en termes de campagnes synchronisées et de partage des données, s'est révélé bénéfique, force est de constater que beaucoup reste à faire, car des lacunes subsistent et des populations peuvent échapper aussi bien aux activités de vaccination supplémentaires qu'à la vaccination systématique. La deuxième thématique abordée portait sur l'élargissement de la couverture de la surveillance. Les zones frontalières s'avèrent en outre difficiles à surveiller, car on peut identifier des cas loin des zones où les personnes touchées ont pu contracter l'infection. Il a été suggéré que des efforts supplémentaires soient déployés pour atteindre les enfants qui vivent dans les zones difficiles d'accès et étendre la surveillance aux districts dont on n'a aucune nouvelle afin d'améliorer la situation. La troisième thématique concernait l'emploi à bon escient des acquis de la lutte contre la poliomyélite. Les pays ont donné la priorité à la lutte contre la flambée de poliomyélite dans un contexte marqué par 18 mois très difficiles au cours desquels ils ont enregistré des situations d'urgence comme le cyclone Freddie, le choléra, la rougeole et d'autres maladies. L'utilisation des moyens de riposte à la poliomyélite et de surveillance pour les flambées concomitantes a été considérée comme un point très positif. Beaucoup doit encore être fait pour exploiter ces atouts en faveur du renforcement de la vaccination, des soins de santé primaires et des systèmes de santé.

202. La riposte en cas d'importation de poliovirus était la quatrième thématique abordée. Parmi les pays touchés par le poliovirus sauvage de type 1, nombreux sont ceux qui n'avaient pas notifié un seul cas d'infection par ce type de poliovirus depuis 30 ans. S'il est vrai que l'ampleur des premières activités de vaccination supplémentaires a été limitée, une nette amélioration a été constatée depuis lors, à tel point que la sous-région est devenue un modèle pour la riposte à une flambée après une longue période sans poliomyélite. La cinquième thématique était axée sur la participation communautaire. Plusieurs pays ont réfléchi aux avantages de faire participer les responsables traditionnels et de confessions religieuses. Une préoccupation a été soulevée au sujet de la lassitude à l'égard des vaccins et de la nécessité d'éduquer les communautés pour renforcer la vaccination systématique et établir une demande saine de vaccins au-delà des campagnes de riposte. La sixième thématique portait sur la fin des flambées épidémiques et il a été révélé qu'une mission d'évaluation de la riposte aux flambées était prévue en novembre 2023. Les pays se sont déclarés ouverts à l'idée de recevoir cette mission d'évaluation et, éventuellement, de mettre fin à la flambée épidémique due au poliovirus sauvage dans la sous-région. Ils ont réitéré la nécessité de maintenir une surveillance de qualité et de renforcer la riposte aux variants du poliovirus (PVDVc).

203. La septième thématique portait sur la question des tendances démographiques. La fenêtre permettant d'interrompre la transmission est désormais ouverte, surtout si l'on considère les itinéraires migratoires bien établis en provenance de pays d'endémie du poliovirus sauvage (tels que le Pakistan) et la croissance démographique rapide prévue, qui est par exemple estimée à un million de personnes par an dans le cas du Mozambique. La huitième thématique concernait l'amélioration de la vaccination systématique. Un large consensus s'est dégagé autour de la nécessité d'organiser une riposte en cas de flambée, mais la riposte n'est pas encore suffisante pour obtenir une immunité durable de la population. La vaccination systématique doit être renforcée et les districts à faible couverture peuvent avoir besoin d'interventions ciblées à la fois pour les activités de vaccination supplémentaire et pour les campagnes de vaccination systématique. La neuvième thématique était axée sur la détection du virus, et demandait de réduire le délai d'obtention des résultats et de porter à l'échelle voulue le séquençage génétique. La dernière thématique a porté sur l'engagement et sur la coordination. Tous les Ministres de la santé des pays concernés se sont engagés à apporter des réponses rapides et de qualité, à œuvrer au renforcement de la surveillance et à améliorer la vaccination systématique. Ils ont également convenu d'intensifier la collaboration de haut niveau entre les pays au moyen de conférences et d'appels interpay.

#### **Recommandations/prochaines étapes**

204. Une réunion sous-régionale de suivi devrait être organisée pour qu'une réflexion soit menée sur les variants du poliovirus, sachant que ceux-ci constituent désormais un défi majeur à relever.

205. Les enseignements tirés des ripostes simultanées contre la poliomyélite et le choléra devraient être documentés et des campagnes intégrées menées par plusieurs pays.

206. La communauté internationale devrait être invitée à réduire les délais de détection et à renforcer les capacités des laboratoires au niveau des pays (y compris en élargissant le séquençage et la détection directe).

207. La mobilisation des pays qui exportent des virus vers la sous-région (tels que la République démocratique du Congo) devrait se poursuivre.

### **Priorités stratégiques pour la collaboration de l'Afrique avec les initiatives mondiales en faveur de la santé**

#### **Introduction**

208. La manifestation a été organisée conjointement par le Ministre de la santé d'Eswatini, par le Bureau de la circonscription africaine (BCA), par le Fonds mondial et par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. Parmi les participants figuraient : la D<sup>re</sup> Matshidiso Moeti, Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique ; le Ministre malawite de la santé et d'autres Ministres de la santé ; M<sup>me</sup> Bjorg Sandkjaer, Secrétaire d'État norvégienne chargée du développement

international ; le D<sup>r</sup> Jean-Jacques Mbugani, Président du Bureau de la circonscription africaine, et d'autres membres du Conseil ; des membres du Comité directeur de Future of Global Health Initiatives ; M<sup>me</sup> Linda Mafu, Cheffe du Département Plaidoyer politique et société civile au Fonds mondial ; et le D<sup>r</sup> Richard Mihigo, Directeur du Département Prestation de services, coordination et intégration des vaccins anti-COVID-19 chez Gavi, l'Alliance du vaccin.

209. L'objectif principal de la manifestation parallèle était de servir de catalyseur à l'intervention collective des ministres africains et des parties prenantes, en tirant efficacement parti du Fonds mondial et d'autres investissements des initiatives mondiales en faveur de la santé pour accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle en Afrique. De façon plus précise, la plateforme visait à établir un forum pour l'échange de connaissances et le partage d'expériences entre les Ministres de la santé et les autres parties prenantes, en mettant l'accent sur la capitalisation des investissements du Fonds mondial et des initiatives mondiales en faveur de la santé en vue du renforcement des systèmes de santé. La plateforme était aussi destinée à recenser et à traiter les questions politiques essentielles au sein du Fonds mondial et des initiatives mondiales en faveur de la santé pour accélérer ou limiter les progrès vers la couverture sanitaire universelle en Afrique.

#### **Aperçu des principales questions abordées, y compris les défis et les opportunités**

210. Les États Membres ont reconnu l'importance des investissements que les initiatives mondiales en faveur de la santé ont consentis dans les programmes nationaux, et particulièrement dans la lutte contre l'infection à VIH, la tuberculose, le paludisme, les maladies à prévention vaccinale et dans le renforcement des systèmes de santé, sans oublier l'impact de ces investissements dans l'amélioration des résultats sanitaires. De façon particulière, le Fonds mondial et Gavi, l'Alliance du vaccin ont souligné les principes de la prise en main par les pays et de leur rôle moteur, qui font partie intégrante du modèle économique de ces deux institutions, lesquelles ont d'ailleurs souligné l'importance d'un esprit de collaboration avec les pays africains et de leadership. Parallèlement, la nécessité de garantir la flexibilité et l'adaptabilité des initiatives mondiales en faveur de la santé en réponse à l'évolution des priorités au niveau des pays a été soulignée.

211. En vue d'optimiser les investissements des initiatives mondiales en faveur de la santé dans la Région, la voix de l'Afrique doit encore plus se faire entendre au moment où les priorités de ces initiatives sont définies. Parmi les principaux défis qui restent à relever, on peut citer la compréhension limitée des priorités de l'Afrique, la faiblesse des capacités des systèmes de soins de santé primaires, les répercussions négatives de l'instabilité et de l'insécurité gouvernementales dans de nombreux pays couplées aux difficultés à s'attaquer aux priorités sanitaires dans de telles conditions, la faiblesse des systèmes de santé et les lacunes des infrastructures sanitaires, y compris les laboratoires et les systèmes de gestion de la chaîne d'approvisionnement, le manque de financement national de la santé et les conséquences du changement climatique.

212. Dans les pays de la Région africaine, les zones rurales continuent d'enregistrer des résultats sanitaires moins probants que les centres urbains. Des mesures intensifiées doivent être prises pour que nul ne soit laissé de côté. L'importance de systèmes de gestion de données solides et de la digitalisation des systèmes de données pour renforcer la prise de décisions reposant sur des bases factuelles a été soulignée. Ont aussi été mis en évidence des défis à relever tels que la fragmentation due à l'action des initiatives mondiales en faveur de la santé, tout comme la nécessité d'accroître l'efficacité, de s'appuyer sur les priorités nationales, de remédier au manque d'encadrement et de prise en main de la santé à l'échelle nationale et l'impératif de renforcer les capacités de gestion technique et financière requises dans les pays de façon à faciliter le transfert de la gestion des subventions des initiatives mondiales en faveur de la santé des organisations non gouvernementales internationales vers les pays. Les investissements dans les initiatives mondiales en faveur de la santé offrent aux États Membres une excellente occasion de parvenir à la couverture sanitaire universelle et d'atteindre l'objectif 3 de développement durable. En s'appuyant sur les mécanismes existants comme le Bureau de la circonscription africaine et tirant parti de leur expérience avec le Fonds mondial, les pays peuvent faire résonner la voix de l'Afrique plus fortement dans les instances dirigeantes des initiatives mondiales en faveur de la santé.

### Recommandations

En vue de maximaliser les investissements dans les initiatives mondiales en faveur de la santé :

- ces initiatives devraient accroître la flexibilité, innover, apprendre et s'adapter en fonction de ce qui fonctionne bien ;
- les plans et priorités unifiés conçus pour les pays devraient éclairer les investissements des initiatives mondiales en faveur de la santé dans les pays ;
- la mobilisation des ressources nationales est également requise ;
- les pays devraient bénéficier d'un appui pour mettre sur pied une unité de coordination nationale unique chargée de gérer les fonds des initiatives mondiales pour la santé, afin de mieux tirer parti des économies d'échelle ;
- une meilleure coordination s'avère nécessaire, autant qu'un meilleur alignement des investissements des initiatives mondiales en faveur de la santé dans les pays ;
- les sessions annuelles du Comité régional peuvent fournir une plateforme pour formuler une position commune et définir le programme d'action ; et
- il est nécessaire d'intensifier le dialogue entre les initiatives mondiales en faveur de la santé et les gouvernements afin de pouvoir relever les défis rencontrés. À cet égard, une journée entière devrait être consacrée à la réflexion sur les résultats de la manifestation.



## Prochaines étapes

Sur la base de l'ensemble des priorités réalisables convenues, les prochaines étapes ci-après ont été retenues :

- le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique continuera de prêter son assistance technique aux pays pour que ceux-ci puissent passer en revue les programmes et les demandes adressées aux initiatives mondiales en faveur de la santé, ainsi que leur mise en œuvre ;
- en collaboration avec le Bureau de la circonscription africaine et le Fonds mondial, le Bureau régional de l'Afrique organisera un dialogue avec les Ministres de la santé et les initiatives mondiales en faveur de la santé pour convenir d'un cadre d'actions destinées à améliorer l'alignement des investissements des initiatives mondiales en faveur de la santé ; et
- la session du Comité régional sera l'occasion de définir le programme d'action, d'adopter une position africaine commune et de passer périodiquement en revue les progrès accomplis.

## Poser les jalons pour une Afrique exempte de cancer du col de l'utérus : réaffirmer les engagements pour éliminer le cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique dans la Région africaine

### Introduction

213. La manifestation parallèle a été organisée sous la forme d'une table ronde. Cette manifestation visait à mettre en évidence la charge disproportionnée due au cancer du col de l'utérus dans la Région et les inégalités dans l'accès à la prévention, au traitement et aux soins pour les jeunes filles et pour les femmes. Cinq ans après l'appel à l'action lancé par le Directeur général de l'OMS en faveur de l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique, et sept années avant l'échéance fixée pour 2030, toutes les parties prenantes doivent agir de toute urgence et de façon concertée.

214. La manifestation parallèle a réuni un échantillon représentatif d'États Membres, d'institutions multilatérales et d'institutions du système des Nations Unies, notamment Gavi, l'Alliance du vaccin, la Banque mondiale, la Facilité internationale d'achat de médicaments et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, ainsi que des donateurs tels que la Fondation Bill et Melinda Gates et des organisations de la société civile comme le Graça Machel Trust et Tealsisters Zambia, qui représentent le groupe régional de survivantes du cancer du col de l'utérus « Uniting for Cervical Cancer Elimination » et ont fait porter les efforts sur l'élimination du cancer du col de l'utérus dans les trois piliers de la stratégie. Cette manifestation a souligné le besoin immédiat de combler les lacunes en matière de vaccination contre le papillomavirus humain. Les participants ont également évoqué la nécessité d'adopter des approches de prestation de services intégrés et centrés sur la personne, reposant sur les infrastructures de soins de santé primaires. Ils ont évoqué aussi l'urgence d'accroître les investissements en faveur de l'élimination du cancer du col de l'utérus et de la vaccination contre le papillomavirus humain dans l'écosystème des partenaires financiers opérant dans la Région africaine.

## Aperçu des principales questions abordées, y compris les défis et les opportunités

215. Les participants ont réaffirmé leur engagement à mettre en œuvre la Stratégie mondiale visant à accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique. Il a été souligné que la Région n'est pas sur la bonne voie pour atteindre les cibles 90-70-90 d'ici à 2030, ni même celles fixées dans le cadre régional adopté en 2021, ce qui souligne la nécessité pour toutes les parties prenantes de se réunir pour accélérer les progrès dans la Région africaine. Le cancer du col de l'utérus, une maladie évitable, reflète les inégalités en matière de santé dans le monde. En effet, la Région africaine enregistre 21 % de la mortalité mondiale due au cancer du col de l'utérus, et compte 19 des 20 pays où la charge de ce cancer est la plus élevée. Parallèlement, plus de 50 % des cas notifiés dans la Région africaine concernent des femmes vivant avec le VIH. La nécessité d'accélérer la couverture vaccinale contre le papillomavirus humain est devenue un élément central pour faire avancer le programme et, malgré les difficultés, il y a un regain d'espoir suscité par plusieurs évolutions récentes, particulièrement l'approbation par l'OMS d'un calendrier de vaccination en une dose, le soutien de donateurs comme Gavi, l'Alliance du vaccin, qui vise à atteindre la somme de 86 millions d'adolescentes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire d'ici à 2025, et l'assouplissement des contraintes en matière d'approvisionnement grâce au recours à de nouveaux fournisseurs de vaccins à moindre coût, qui seront essentiels pour accélérer l'introduction et l'accessibilité du vaccin contre le papillomavirus humain, toutes choses qui marqueront une avancée dans la lutte contre le cancer du col de l'utérus dans la Région.

216. Les États Membres ont partagé leurs expériences, leurs réalisations et leurs défis, en particulier les obstacles et les catalyseurs au moment où ils cherchent à élargir les trois piliers de la Stratégie mondiale, à savoir la vaccination, les services de dépistage et le traitement, y compris les soins palliatifs, tout en élaborant et en mettant en œuvre leurs plans stratégiques nationaux de lutte contre le cancer. Les délégués ont relevé que l'ampleur du problème exige une réponse préventive régionale et concertée.

217. Les institutions multilatérales et les donateurs qui se sont de nouveau engagés en faveur de la Stratégie mondiale ont exprimé leur détermination à soutenir les États Membres tout en soulignant le fait qu'il existe déjà des connaissances et des outils appropriés, dont certains ont au demeurant été utilisés avec succès pour prévenir et combattre le cancer du col de l'utérus. Il a également été souligné que la duplication de tels exemples de réussite était un objectif réalisable. Tout en reconnaissant que les ressources ne sont peut-être pas suffisantes, les délégués ont insisté sur la nécessité d'en faire usage de façon plus créative et synergique, en renforçant les partenariats et la collaboration multisectorielle et en améliorant la transparence.

218. Enfin, les participants ont reconnu les survivantes du cancer du col de l'utérus, qui depuis longtemps ne disposent pas d'une voix politique, notamment les filles et les femmes de la Région qui ont du mal à accéder aux services de santé dont elles ont besoin, ainsi que la nécessité de mettre fin à la stigmatisation et de considérer le cancer du col de l'utérus comme une question de droits humains qui nécessite une attention urgente.

## Recommandations

219. L'élimination du cancer du col de l'utérus se caractérise par une intersectionnalité complexe (dans des domaines tels que la santé de la femme, la santé de l'adolescent, l'infection à VIH, la santé sexuelle et reproductive, l'éducation, l'égalité des genres, la protection sociale, entre autres) qui appelle à une riposte tout aussi globale, moyennant une collaboration et des partenariats renforcés et une approche multisectorielle.

220. Les donateurs ont été invités à aborder la question du cancer du col de l'utérus différemment, selon une approche globale et en tant que question urgente exigeant d'être hiérarchisée et non en tant qu'aspect secondaire d'autres programmes tels que le programme de lutte contre le VIH.

221. Une approche intégrative de toutes les parties du système de santé s'avère nécessaire. Les programmes de vaccination contre le papillomavirus humain doivent être accélérés et transposés à une plus grande échelle, tandis que le passage à un schéma monodose devrait être encouragé. Il convient d'accorder la priorité aux lacunes dans les services de dépistage et de traitement, y compris les soins palliatifs.

222. Les donateurs et les partenaires chargés de la mise en œuvre devraient élaborer le programme de connaissances, en veillant à ce que tous les partenaires soient en mesure d'accéder aux informations sur les ressources disponibles et de les partager.

## Prochaines étapes

223. En vue d'accélérer les progrès dans la Région africaine et au-delà, les partenaires ont été encouragés à créer un espace de collaboration où les parties prenantes des organismes donateurs, des institutions multilatérales et régionales, des États Membres et des partenaires opérationnels pourraient constituer des réseaux et approfondir les enseignements tirés de l'application du cadre régional dans les pays, et poursuivre la conversation après la manifestation.

## Partenariat pour le développement sanitaire de l'Afrique et des Caraïbes (HeDPAC)

### Introduction

224. Avec le soutien de l'OMS, les Gouvernements du Rwanda, de la Barbade et du Guyana ont établi un mécanisme de coopération Sud-Sud dénommé Partenariat pour le développement sanitaire de l'Afrique et des Caraïbes (ci-après désigné le « HeDPAC » ou le « Partenariat »). Le Partenariat vise à tirer parti des similitudes historiques, culturelles et en matière de développement que l'on observe entre les deux Régions afin d'aborder conjointement les défis qu'elles doivent relever sur le plan du développement de la santé publique, des défis qui concernent notamment les ressources humaines pour la santé, les effets du changement climatique sur la santé, la lutte contre les maladies non transmissibles, la résistance aux antimicrobiens et la santé sexuelle et reproductive. Parmi les autres domaines, on peut citer la

fabrication de médicaments essentiels, de produits médicaux, de vaccins et de produits de santé reproductive. La manifestation parallèle a été organisée pour familiariser les États Membres avec le HeDPAC, et pour solliciter leur contribution et leur appui.

### Aperçu des principales questions abordées, y compris les défis et les opportunités

225. Dans son allocution d'ouverture, le D<sup>r</sup> Nsanzimana, Ministre rwandais de la santé, a déclaré que le Partenariat s'aligne sur les plans et structures de développement régionaux et nationaux qui existent déjà en Afrique et dans les Caraïbes pour répondre aux défis de développement sanitaire communs aux deux Régions. Le Ministre de la santé a exprimé l'espoir que le Partenariat puisse être mis à profit pour l'édification de systèmes de santé résilients et équitables outillés pour converger vers la couverture sanitaire universelle. Le D<sup>r</sup> Walcott, Ministre barbadien de la santé, a remercié tous les participants à la manifestation et expliqué que le partage d'expériences entre l'Afrique et les Caraïbes pendant la pandémie de COVID-19 a servi de catalyseur à la création du Partenariat. Le Ministre barbadien de la santé a réaffirmé que le Partenariat s'appuierait sur les possibilités et sur les structures institutionnelles qui existent entre les deux Régions, avant de faire le point sur les progrès accomplis jusqu'à présent, notamment les accords bilatéraux relatifs à la création d'une nouvelle industrie pharmaceutique pour promouvoir la fabrication locale de médicaments et de produits médicaux essentiels.

226. Dans son mot de circonstance, la D<sup>re</sup> Moeti, Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique, a félicité les Gouvernements du Rwanda, de la Barbade et du Guyana pour leurs efforts visant à établir le Partenariat qui, a-t-elle indiqué, sera bénéfique pour les deux Régions. Elle a mis en exergue les initiatives en cours sur le continent africain, telles que le partenariat entre le Ghana et la Barbade pour l'échange d'agents de santé, et l'achat groupé de médicaments essentiels et de produits médicaux par les petits États insulaires en développement d'Afrique, dont le HeDPAC pourrait tirer des enseignements. La Directrice régionale a suggéré des axes majeurs qui pourraient être inclus dans le Partenariat, à savoir la création d'un pool d'agents de santé, la standardisation des programmes de formation, la reconnaissance réciproque des qualifications des agents de santé, l'achat groupé et stratégique de produits médicaux, la pharmacovigilance, le renforcement de la capacité de réglementation des produits médicaux et la lutte contre la résistance aux antimicrobiens. La D<sup>re</sup> Moeti a conclu son propos en appelant les pays participants à étudier la possibilité d'élargir le Partenariat, et particulièrement sa portée et sa couverture géographique, et les a exhortés à utiliser ce Partenariat comme une occasion d'harmoniser leurs positions sur des questions mondiales d'importance telles que le changement climatique, la prévention, la préparation et la riposte aux pandémies, ce qui les aidera à parler d'une seule voix. La Directrice régionale a assuré à tous les participants que l'OMS apporte à la Région africaine un accompagnement dans des domaines tels que la planification, la mise en œuvre, la supervision, le suivi, l'évaluation et l'établissement de rapports sur les actions menées au titre des partenariats.

227. Tout en présentant les détails du Partenariat, le D<sup>r</sup> Haileyesus Getahun, son coordonnateur qui dirige par ailleurs les actions de l'OMS au niveau mondial en matière de lutte contre la résistance aux antimicrobiens, a souligné que le Partenariat mettra l'accent sur les ressources

humaines pour la santé, sur les systèmes de santé résilients et sur la fabrication locale de médicaments et de produits médicaux essentiels. Il a élaboré les principes directeurs du HeDPAC, qui comprennent l’alignement sur les structures et les plans nationaux et régionaux existants, la synergie et la cohérence interrégionales, le fait de placer la santé au centre du développement économique et l’utilisation des modèles de partenariat public-privé et public-société civile.

228. Les participants à la manifestation ont appelé à plus d’échanges entre les deux Régions dans le domaine de l’enseignement de la médecine, à l’inclusion de la recherche et à l’échange d’informations en santé publique, et à la participation des syndicats du secteur de la santé des deux Régions à l’élaboration d’éventuels accords bilatéraux sur les personnels de santé dans le Partenariat. Les participants ont également partagé leurs expériences d’initiatives analogues, telles que la collaboration Sud-Sud entre le Gouvernement du Brésil et l’Union africaine, et ils ont appelé à l’implication de ces initiatives dans les délibérations du HeDPAC. Dans sa réponse aux questions soulevées, le D<sup>r</sup> Getahun a remercié les participants pour leurs suggestions et leur a assuré que leurs points de vue seraient pris en compte lorsque la forme définitive du Partenariat sera arrêtée. Il a réitéré que le Partenariat ne ferait pas double emploi avec les efforts et initiatives existants, mais qu’il s’appuierait sur ce qui est déjà en place.

### Recommandations et étapes suivantes

Le Secrétariat du HeDPAC devrait :

- examiner et intégrer les contributions recueillies lors de la manifestation parallèle dans la note de synthèse de la Conférence sur la santé en Afrique et partager ladite note de synthèse avec la Région africaine et les États Membres ; et
- organiser une séance d’information du HeDPAC à l’intention de l’équipe de direction du Bureau régional de l’Afrique.

### Financement de la lutte contre le paludisme – Comblent le déficit de financement afin de parvenir à zéro cas de paludisme

229. **Introduction.** La manifestation intitulée « Financement de la lutte contre le paludisme – Comblent le déficit de financement pour parvenir à zéro cas de paludisme » a été organisée dans le but principal de renforcer l’engagement des États Membres en faveur d’une mobilisation innovante de ressources pour éliminer le paludisme dans la Région africaine de l’OMS. Des participants de haut niveau comprenant des représentants d’organisations intergouvernementales, d’institutions des Nations Unies et d’organisations multilatérales et des Ministres de la santé, ainsi que de hauts responsables gouvernementaux et des donateurs, se sont réunis pour aborder les défis pressants qui consistent notamment à lever un financement conséquent pour lutter contre le paludisme. L’objectif de la manifestation était de faire le point sur les progrès accomplis dans la lutte contre le paludisme, d’examiner les déficits de financement et d’étudier les possibilités d’accroître les ressources nationales et celles des donateurs pour parvenir à l’élimination du paludisme.

230. **Aperçu des principales questions, défis et opportunités.** La manifestation parallèle portait notamment sur des questions essentielles concernant la lutte contre le paludisme et son élimination en Afrique. Malgré ces réalisations, les progrès ont été sensiblement insuffisants, le monde accusant un retard de 48 % par rapport aux cibles fixées dans la Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme. Parmi les défis figurent la résistance aux insecticides et aux antipaludiques, les vecteurs invasifs et les déficits de financement. En effet, seule la moitié environ des 7,3 milliards de dollars É.-U. nécessaires chaque année à titre de financement a été investie en 2021. Ce sous-financement s'est produit dans un contexte marqué par des difficultés telles que la pandémie de COVID-19, les crises humanitaires et l'inflation mondiale.

231. Qu'à cela ne tienne, des possibilités de résorber le déficit de financement se sont présentées. Les fonds « visant à mettre fin au paludisme » ont apporté la preuve de leur efficacité en matière de sensibilisation et de redevabilité, ce qui s'est traduit par un engagement politique accru et par une augmentation des allocations budgétaires à la santé. Un exemple probant se trouve être la Zambie, un pays où l'allocation budgétaire à la santé est passée de 8 % à 12 % en cinq ans. En outre, l'établissement stratégique des priorités budgétaires, comme on a pu l'observer dans le cas du Botswana, a induit une hausse du financement de la lutte contre le paludisme. Le concours financier de la Banque mondiale a renforcé le développement du capital humain, la réduction de la pauvreté et l'emploi rationnel des ressources. Les contributions de la Fondation Gates ont été décisives dans la mise au point des outils porteurs de transformation utilisés pour la lutte antivectorielle, le diagnostic, le traitement et la gestion des données, toutes choses qui ont accéléré les efforts d'élimination du paludisme.

232. **Recommandations.** Les parties prenantes ont formulé des recommandations majeures pour les interventions futures. Les partenariats doivent être redynamisés pour faciliter des interventions novatrices et intégrées contre le paludisme, au niveau régional comme à l'échelle nationale. La collaboration entre les ministères des finances, le secteur privé et le secteur de la santé est primordiale pour adopter des outils porteurs de transformation, prévoir les schémas de transmission et garantir une utilisation optimale des ressources. De plus, la coordination entre les programmes de lutte antipaludique et d'autres secteurs tels que celui de la survie de l'enfant, celui de la préparation aux pandémies et le secteur de la lutte contre le changement climatique devrait être érigée au rang de priorité afin d'exploiter les ressources et de transposer à une plus grande échelle les actions. Ces approches de collaboration peuvent améliorer l'efficacité des efforts de lutte contre le paludisme.

233. **Prochaines étapes.** La manifestation s'est terminée par la définition des prochaines étapes essentielles pour les États Membres comme pour les parties prenantes. La création de conseils/fonds pour mettre fin au paludisme a été soulignée comme une initiative fondamentale pour mobiliser efficacement des ressources. Une collaboration active avec divers secteurs et communautés est essentielle pour assurer un engagement et une mobilisation durables des ressources en vue de l'élimination du paludisme. En s'efforçant de devenir exempt de paludisme, le continent peut donner la priorité aux activités de développement, en tirant parti du potentiel de croissance et de prospérité globale.

234. En conclusion, la manifestation intitulée « Financement du paludisme – Comblant le déficit de financement pour parvenir à zéro cas de paludisme » a servi de plateforme que les participants de haut niveau ont utilisée pour relever le défi crucial de l'obtention d'un financement suffisant en faveur de l'élimination du paludisme. Les échanges ont souligné la nécessité de disposer de stratégies innovantes, de faire des efforts de collaboration et d'allouer efficacement les ressources pour surmonter les difficultés et accélérer les progrès vers une Région africaine exempte de paludisme. Grâce à des engagements renouvelés, à des partenariats et à des interventions ciblées, les parties prenantes visent à transformer la lutte contre le paludisme et à ouvrir la voie à de meilleurs résultats sanitaires et au développement durable.



# PARTIE IV

## ANNEXES



## ANNEXE 1

### Procédures spéciales régissant la conduite des séances hybrides de la soixante-treizième session du Comité régional de 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.<sup>7</sup>

#### 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 physiquement ou par un accès sécurisé à la vidéoconférence ou encore par tout moyen électronique permettant aux représentants d'entendre les autres participants et de prendre la parole à distance.

3. Pour éviter toute ambiguïté, il convient de souligner que la présence physique et/ou en ligne des représentants des États Membres et des Membres associés est prise en compte pour déterminer le quorum.

#### Interventions au comité régional

4. 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 des autres organisations internationales et ceux des communautés économiques possédant avec l'Organisation mondiale de la Santé des intérêts communs, ainsi que des représentants d'organisations non gouvernementales, à l'invitation du président du

---

<sup>7</sup> Cette décision affectera notamment les dispositions pertinentes ci-après du Règlement intérieur du Comité régional de l'Afrique :

- Article 3 (Pouvoirs) ;
- 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.

Comité régional. Les déclarations seront limitées à trois minutes pour les États Membres et les Membres associés, à deux minutes pour les comités des Nations Unies et les institutions spécialisées et les autres organisations internationales régionales et communautés économiques, et à une minute pour les organisations non gouvernementales. Tout représentant souhaitant prendre la parole devra le signaler en levant sa plaque nominative en cas de participation en présentiel ou en utilisant les outils mis à disposition par la plateforme en cas de participation en ligne.

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 minutes avant l'ouverture de la session, si possible avant le lundi 21 août 2023. Ces déclarations vidéo seront diffusées lors de la séance hybride en lieu et place d'une intervention en direct. 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 aussi invités à fournir, s'ils le souhaitent et avant l'ouverture des travaux du Comité régional, des déclarations écrites ne dépassant pas 600 mots, préparées dans l'une des langues officielles de l'OMS dans la Région africaine. Ces déclarations seront postées sur le site Web du Comité régional.

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.

### Inscription et pouvoirs

7. L'inscription en ligne est requise pour tous les participants, qu'ils soient en présentiel ou en ligne.

8. Conformément à l'article 3, les pouvoirs des représentants, y compris tous les suppléants, les conseillers et les secrétaires, sont communiqués par voie électronique à la Directrice régionale si possible avant le 13 août 2023. Les pouvoirs doivent être établis par le chef de l'État, le Ministre des affaires étrangères, le Ministre de la santé ou par toute autre autorité appropriée. Tous les pouvoirs et les listes de représentants, y compris tous les suppléants, les conseillers et les secrétaires doivent être soumis sous forme électronique. Un membre de la délégation de chaque État Membre est invité à charger une copie des pouvoirs établis en faveur des délégués de l'État Membre sur la plateforme d'inscription.

9. Conformément à l'article 3(c), une commission de vérification des pouvoirs comprenant des représentants physiquement présents de sept États Membres est désignée au début de la session du Comité régional, sur proposition du président du Comité régional. Compte tenu de la nature hybride de la session, les pouvoirs soumis par voie électronique seront considérés comme des pouvoirs officiels.

## SÉANCES

10. Toutes les séances du Comité régional sont publiques. Les séances hybrides de la session seront diffusées sur le site Web du Comité régional.

### Prise de décisions

11. Dans la mesure du possible, toutes les décisions que le Comité régional prend dans le cadre de sa session hybride devraient être le fruit d'un consensus. En tout état de cause, aucune décision n'est prise par vote, que celui-ci se déroule à main levée ou au scrutin secret.

### Langues

12. Pour éviter toute ambiguïté, l'article 23, en vertu duquel les discours prononcés dans l'une des langues officielles sont interprétés dans les autres langues officielles, reste d'application.

### Rapport final

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 [GoverningBodiesAfro@who.int](mailto:GoverningBodiesAfro@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 des rapporteurs et 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 DES ÉTATS MEMBRES

##### ALGÉRIE

M. Eltayeb Bouslimani  
Chargé d'affaires par intérim, Ambassade  
d'Algérie à Gaborone  
**Chef de délégation**

D<sup>r</sup> 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

M. Ouali Amar  
Directeur de la population  
Ministère de la santé, de la population et de  
la réforme hospitalière

##### ANGOLA

Dra Silvia Paula Valentim Lutucuta  
Ministra da Saúde  
Ministério da Saúde  
**Head of delegation**

Sra. Beatriz Antónia Morais  
Embaixadora da República de Angola na  
República do Botswana  
Ministério da Saúde

Sra. Helga Freitas  
Directora Nacional de Saúde Pública  
Ministério da Saúde

Sra. Joana Morais Afonso  
Directora do Instituto Nacional de  
Investigação em Saúde  
Ministério da Saúde

Sr. Júlio Fernandes de Carvalho  
Director do Gabinete de Intercâmbio  
Ministério da Saúde

Sra. Katiz Mangueira  
Diretor da Agência Reguladora de  
Medicamentos  
Ministério da Saúde

Sra. Constância Olim  
Chefe do Departamento de Agências  
Especializadas da ONU, Divisão de Assuntos  
Multilaterais. Ministério das Relações  
Exteriores  
Ministério da Saúde

Sra. Maura Gota Cabiaca  
Secretária de Sua Excelência Ministra da  
Saúde  
Ministério da Saúde

Sr. Victor Jose Francisco  
Chefe de Protocolo  
Ministério da Saúde

##### 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<sup>me</sup> Françoise Sybille Assavedo  
Directrice adjointe du Cabinet du Ministre  
de la santé  
Ministère de la santé

M. Rodrigue Kodjo Kohoun  
Conseiller technique du Ministre de la santé  
pour les questions liées aux soins de santé  
primaires  
Ministère de la santé

M. Sourakatou Salifou  
Directeur national de la santé publique  
Ministère de la santé

## **BOTSWANA**

Dr Edwin G. Dikoloti  
Minister of Health and Wellness  
Ministry of Health and Wellness  
**Head of delegation**

Dr Lelatisitswe Sethomo  
Assitant Minister of Health  
Ministry of Health and Wellness

Ms Grace Muzila  
Permanent Secretary  
Ministry of Health and Wellness

Ambassador Clifford S. Maribe  
Ag. Permanent Secretary  
Ministry of Foreign Affairs

Dr. Athaliah Lesiba Molokomme  
Ambassador and Permanent Representative  
of Botswana to the United Nations and  
other International Organizations in Geneva

Mr. Ontiretse Letlhare  
National Coordinator  
National AIDS & Health Promotion Agency

Ms. Nancy Chengeta  
Permanent Secretary  
Ministry of Agriculture

Ms. Tlotlego Daphne Makepe  
Deputy Permanent Secretary  
Office of the President

Mr. Moses Kagiso Keetile  
Deputy Permanent Secretary-Health Policy,  
Research & Development  
Ministry of Health and Wellness

Dr. Onalenna Seitio-Kgokgwe  
Deputy Permanent Secretary, Health  
Services Monitoring, Evaluation &  
Quality Assurance  
Ministry of Health and Wellness

Dr. Tshepo Machacha  
Deputy Permanent Secretary- Health  
Services Management Health  
Ministry of Health and Wellness

Ms. Ofentse Tiriinyana Boitshepo  
Deputy Permanent Secretary- Corporate  
Service  
Ministry of Health and Wellness

Ms. Tebogo Bagopi  
Deputy Permanent Secretary  
Ministry of Local Government and Rural  
Development

Hon. Palelo K. Motausane  
Chairperson  
Health Committee Parliament

Mr. Zenene Sinombe  
Director, Multilateral Affairs  
Ministry of Foreign Affairs



Dr. Pamela Lawrence  
Director of Health Services  
Ministry of Health and Wellness

Mr Samuel Kolane  
Director, Public Health  
Ministry of Health and Wellness

Mr Mpaphi Mbulawa  
Director - National Health Lab (NHL)  
Ministry of Health and Wellness

Ms Judith Nawa  
Director, Health Services Monitoring &  
Evaluation  
Ministry of Health and Wellness

Ms Sebege Khwae  
Director, PHC  
Ministry of Local Government and Rural  
Development

Mr. Onthusitse Fane  
Acting Commissioning Manager  
Sir Ketumile Masire Teaching Hospital

Dr. Seima Dijeng  
Acting Chief Executive Officer  
Botswana Medicines Regulatory Authority  
(BOMRA)

Dr. Lebapotswe Tlale  
Ag. Executive Director  
Botswana Public Health Institute (BPHI)

Dr. Boitumelo Mingie Tau  
Health Attaché  
Botswana Permanent Mission to the United  
Nations in Geneva

Prof. Billy Tsimba  
Associate Professor,  
Faculty of Medicine University of Botswana

Khumoetsile Modisaeman  
Director, Nursing & Midwifery Services  
Ministry of Health and Wellness

Ms. Gosego Pilane  
Head, Legal Services Health  
Ministry of Health and Wellness

Dr. Karabo Thokwane  
Director, Clinical Services  
Ministry of Health

Dr. Motlalepula Pone  
Coordinator-Greater Lobatse DHMT  
Ministry of Health and Wellness

Ms. Kelebeletse Mokobela  
Coordinator-North East DHMT  
Ministry of Health and Wellness

Prof. Oathokwa Nkomazana  
Dean- Medical School  
University of Botswana

Dr. Gloria Somolekae  
Executive Director  
Botswana Institute for Development Policy  
Analysis

Mr Maipelo Olga Phale  
Executive Director  
Botswana Council of Non Governmental  
Organisations  
(BOCONGO)

Prof. Mogomotsi Matshaba  
Executive Director  
Botswana-Baylor Children's Clinical Centre  
of Excellence

Dr. Tuelo Ntwaagae  
Health Sector Chair  
Business Botswana



Mr. Kutlwano Mukokomani  
Secretary General  
Botswana Red Cross Society

Prof Shedden Masupe  
Chief Executive Officer  
Botswana Institute for Technology Research  
and Innovatoin (BITRI)

Prof. Otlogetswe Totolo  
Vice Chancellor  
Botswana International University of  
Science & Technology (BIUST)

Dr. Tiro Mampane  
President  
Boitekanelo College

Mr Phenyo Sebonego  
Chief Health Officer  
Ministry of Health and Wellness

Mr Onalenna Ntshebe  
Chief Health Officer  
Ministry of Health and Wellness

Mr Thato Sengwaketse  
Chief Health Officer  
Ministry of Health and Wellness

Ms Marinah Seobakeng  
Chief Health Officer  
Ministry of Health and Wellness

Mr Patrick Zibochwa  
Chief Health Officer  
Ministry of Health and Wellness

Mr Molly Kereng Rammipi  
Chief Health Officer  
Ministry of Health and Wellness

Ms Faith Mafa  
Chief Health Officer  
Ministry of Health and Wellness

Mr Davies Ntebela  
Chief Health Officer  
Ministry of Health and Wellness

Dr. Tuduetsi Molefi  
Chief Medical Officer  
Ministry of Health and Wellness

Dr. Gontse Tshisimogo  
Chief Medical Officer  
Ministry of Health and Wellness

Dr. Oratile Mfokeng-Selei  
Public Health Specialist  
Ministry of Health and Wellness

Dr. Changi Baikai  
Director, Clinical Support Services  
Ministry of Health and Wellness

Dr Dinah Ramaabya  
Chief Health Officer  
Ministry of Health and Wellness

Dr. Lyn Tjivare  
Public Health Specialist  
Ministry of Health and Wellness

Dr. Celda Tiroyakgosi  
Chief Pharmacist  
Ministry of Health and Wellness

Dr. Vivian Sebako  
Chief Pharmacist  
Ministry of Health and Wellness

Mr. Setso  
Director- Health Inspectorate  
Ministry of Health and Wellness

Mr. Dennis Mmolai  
Member, BDP Communicatoins Sub-  
Committee

Dr. Corrado Cancedda  
Country Director  
Botswana University of Pennsylvania  
Partnership

Dr. Patrick Masokwane  
Deputy Director -Health Services  
Ministry of Health and Wellness

Mr. Tony Chibane  
Chief Health Officer  
Ministry of Health and Wellness

Mr. Rampa Mosweu  
Deputy Director  
Ministry of Health and Wellness

Dr. Malebogo Keabonye-Tsie  
Clinical Care Manager  
BOMAID

Dr. Ndwapi  
Chief Executive Officer  
BUHMMI

Dr. Andrew Madeswi  
Chief Executive Officer  
Botswana Vaccine Institute (BVI)

Mr Rodrick Gaolape Mogotsi  
Private Secretary to Minister of Health  
Ministry of Health and Wellness

Ms Lillian Thanke  
Private Secretary to Assistant Minister of  
Health  
Ministry of Health and Wellness

Dr. Refeletswe Lebelonyane  
Programme Director Rutgers/Botswana

Prof Tiny Masupe  
Lecturer  
School of Medicine  
University of Botswana

Ms. Grace O. Ajayi  
Deputy PEPFAR Country Coordinator  
PEPFAR Coordination Office- Botswana

Mr Lillian Benjamin, MPH, MAIS  
Health Officer Director  
USAID/Botswana

Mr Abimbola O. Kola-Jebutu  
Health Systems & Finance Advisor  
USAID/Botswana

Dr Sandra Maripe  
DHMT Coordinator — Maun  
Ministry of Health and Wellness

Prof. Ketlhatlogile Mosepele  
Vice Chancellor  
Botswana University of Agriculture and  
Natural

Mr Zenene Sinombe  
Director Multilateral Affairs  
Ministry of Foreign Affairs

Dr Wame Dikobe  
Country Representative  
FHI 360

Mr Tony Chebani  
Advisor  
Ministry of Health and Wellness

Mr Saurabh Rungta  
Exto India

Mr Rule Jimmy Opelo  
Permanent Secretary  
Ministry of Labour

Mr Rhee Hetanang  
Senior Private Secretary to President Mogae  
Ministry for State President

Dr Morrison Sinvula  
Senior Consultant, Maternal Health  
Ministry of Health and Wellness

Dr Ivan Kgetse  
Hospital Superintendent  
Nyangabgwe Referral Hospital  
Ministry of Health and Wellness

Dr Monkogoi Goepamang  
Clinical Manager – Princess Marina Hospital  
Ministry of Health and Wellness

Ms Lesedi Thatayamodimo  
Reporter  
Daily News

Dr Lebogang Mokotedi  
Hospital Superintendent  
Letsholathebe II Memorial Hospital

Dr Joseph Shama  
Sabrana Psychiatric Hospital  
Ministry of Health and Wellness

Dr Dyna Palai  
Hospital Superintendent  
Selibe Phikwe General Hospital  
Ministry of Health and Wellness

Dr John Chambo  
Hospital Superintendent Scottish  
Livingstone Hospital  
Ministry of Health and Wellness

Dr Kagiso Tshegetsang  
Hospital Superintendent – Mahalapye  
District Hospital  
Ministry of Health and Wellness

Dr Gaone Moloise  
Hospital Superintendent – Sekgoma  
Memorial Hospital  
Ministry of Health and Wellness

Dr Lebogang Mokotedi  
Hospital Superintendent Letsholathebe II  
Memorial Hospital  
Ministry of Health and Wellness

Dr Malebogo Rauwe  
Hospital Superintendent – Athlone Hospital  
Ministry of Health and Wellness

Dr Bobby Kgosiemang  
Hospital Superintendent – Deborah Retief  
Memorial Hospital  
Ministry of Health and Wellness

Ms Gasebotho Kedikilwe  
Coordinator DHMT  
Ministry of Health and Wellness

Ms Gaboelwe Rammekwa  
Coordinator District Health Management  
Kgalagadi South DHMT  
Ministry of Health and Wellness

Dr Boago Didimalang  
Hospital Superintendent  
Prince Marina Hospital  
Ministry of Health and Wellness

Dr Patrick Soon-Shiong  
Advisor  
NantWorks Botswana

Mr Amit Tyagi  
Advisor  
Exto India Botswana

Mr Gad Wilson Mutaganzwa  
Advisor  
Exto India Botswana

Dr Skeekanth Davu  
Psychiatrist Sabrana Psychiatric Hospital  
Ministry of Health and Wellness

Dr Bokwena Moali  
Coordinator District Health Management  
Okavango DHMT  
Ministry of Health and Wellness

Dr Boipelo Lecoge  
Coordinator District Health Management  
Kgatleng DHMT  
Ministry of Health and Wellness

Dr Kebabshabile Mosheti  
Coordinator District Health Management  
Ghanzi DHMT  
Ministry of Health and Wellness

Ms Rose Munyere  
Coordinator District Health Management  
Chobe DHMT  
Ministry of Health and Wellness

## **BURKINA FASO**

D<sup>r</sup> Robert Lucien Jean-Claude Kargougou  
Ministre de la santé et de l'hygiène  
publique  
Ministère de la santé et de l'hygiène  
publique  
**Chef de délégation**

D<sup>r</sup> Patrice Ali Combarry  
Conseiller technique du Ministre  
Ministère de la santé et de l'hygiène  
publique

Prof. Marthe Sandrine Sanon Lompo  
Conseillère santé du Premier Ministre, Chef  
du Gouvernement  
Ministère de la santé et de l'hygiène  
publique

D<sup>r</sup> Brice Wilfried Bicaba  
Directeur général de la santé et de l'hygiène  
publique  
Ministère de la santé et de l'hygiène  
publique

D<sup>r</sup> Zakaria Yabre  
Directeur général de l'accès aux produits de  
santé  
Ministère de la santé et de l'hygiène  
publique

D<sup>r</sup> Hervé Hien  
Directeur général de l'Institut national de  
santé publique  
Ministère de la santé et de l'hygiène  
publique

D<sup>r</sup> Issa Ouedraogo  
Directeur de la prévention par les  
vaccinations  
Ministère de la santé et de l'hygiène  
publique

D<sup>r</sup> Moussa Sana  
Directeur régional de la santé et de  
l'hygiène publique du Centre-Ouest  
Ministère de la santé et de l'hygiène  
publique

M<sup>me</sup> Tey Gwladys Bonzi Sanou  
Attachée  
Mission permanente du Burkina Faso à  
Genève

D<sup>re</sup> Annick Raissa Ouelhore Sidibe  
Conseillère en matière de vaccination  
Ministre de la santé et de l'hygiène  
publique

#### **BURUNDI**

D<sup>r</sup> Oscar Ntihakose  
Directeur général de l'office des soins, de la  
médecine moderne et traditionnelle, de  
l'alimentation et des accréditations  
Ministère de la santé publique et de la lutte  
contre le sida  
**Chef de délégation**

D<sup>r</sup> Cléophile Akindayi  
Directeur général des services de santé et  
de la lutte contre le sida  
Ministère de la santé publique et de la lutte  
contre le sida

M. Pamphile Bukuru  
Chef de la Cellule Information, éducation et  
communication (IEC)  
Ministère de la santé publique et de la lutte  
contre le sida

#### **CABO VERDE**

Dra Filomena Gonçalves  
Ministra da Saude Pública  
Ministério da Saude Pública  
**Cheffe de délégation**

Dr Bruno Santos  
Director do Gabinete dos Assuntos  
Farmacêuticos  
Ministério da Saude Pública

Dr. Dionisio Semedo  
Diretor Clínico do Hospital São Francisco de  
Assis  
Ministério da Saude Pública

#### **RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE**

D<sup>r</sup> Pierre Somse  
Ministre de la santé et de la population  
Ministère de la santé et de la population  
**Chef de délégation**

D<sup>r</sup> Marcel Mbeko Simaleko  
Chargé de Mission en matières du suivi de  
la politique des stratégies et de la  
Coopération  
Ministère de la santé et de la population

D<sup>r</sup> Oliver Djimbele  
Ingénieur du génie sanitaire, Point focal  
pour les questions liées à la qualité des  
eaux, à la santé, à l'environnement et aux  
changements climatiques  
Ministère de la santé et de la population

M<sup>me</sup> Safiatou Simpore Diaz  
Point focal de la Mission permanente de la  
République centrafricaine  
Ministère de la santé et de la population

#### **TCHAD**

M. Dabsou Guidaoussou  
Secrétaire général  
Ministère de la santé publique et de la  
prévention  
**Chef de délégation**

Prof. Choua Ouchemi  
Conseiller santé du Chef de l'État  
Présidence de la République

M. Oulech Salim Taha  
Conseiller du Ministre de la santé publique  
et de la prévention  
Ministère de la santé publique et de la  
prévention

Prof. Abderrazzack A. Fouda  
Coordonnateur du Programme sectoriel de  
lutte contre le sida  
Ministère de la santé publique et de la  
prévention

### **COMORES**

M<sup>me</sup> Loub-Yakouti Attoumane  
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**

D<sup>r</sup> Saindou Ben Ali M'baé  
Directeur général de la santé  
Ministère de la santé, de la solidarité, de la  
protection sociale et de la promotion du  
genre

M. Nadjime-dine Youssouf Mbèchezi  
Conseiller technique de la Ministre  
Ministère de la santé, de la solidarité, de la  
protection sociale et de la promotion du  
genre

D<sup>r</sup> Mohamed Anssoufoudine  
Directeur régional de la santé d'Anjouan  
Ministère de la santé, de la solidarité, de la  
protection sociale et de la promotion du  
genre

D<sup>r</sup> Sitti Mohamed Dhakoine  
Directrice régionale de la santé de Mohéli  
Ministère de la santé, de la solidarité, de la  
protection sociale et de la promotion du  
genre

M. Said Ali Ahmed  
Directeur de la promotion de la santé  
Ministère de la santé, de la solidarité, de la  
protection sociale et de la promotion du  
genre

D<sup>r</sup> Said Anli Aboubacar  
Secrétaire général  
Ministère de la santé, de la solidarité, de la  
protection sociale et de la promotion du  
genre

M<sup>me</sup> Sitti Foutoum Sagaf  
Directrice régionale de la santé de Ngazidja  
Ministère de la santé, de la solidarité, de la  
protection sociale et de la promotion du  
genre

M<sup>me</sup> Yahaia Djamadar Malika  
Directrice technique  
Ocopharma

### **CONGO**

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

M. Jean Claude Mobousse  
Conseiller à la santé du Ministre de la santé  
et de la population  
Ministère de la santé et de la population

M. Henri Germain Monabeka  
Directeur général des soins et services de santé  
Ministère de la santé et de la population

M. Paul Oyere Moke  
Directeur général de la population  
Ministère de la santé et de la population

M. Jules César Botokou Eboko  
Conseiller près la Mission permanente du Congo en Suisse  
Mission permanente du Congo à Genève

M. Franck Bokino Katali  
Attaché du Ministre de la santé et de la population  
Ministère de la santé et de la population

## **CÔTE D'IVOIRE**

M. Pierre Dimba  
Ministre de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle  
Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle  
**Chef de délégation**

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

D<sup>re</sup> Edith Clarisse Kouassy  
Conseillère technique du Ministre de la santé  
Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle

D<sup>re</sup> Doh épouse Eugénie Gagne Bongnih  
Directrice de l'hygiène publique et de la santé environnementale  
Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle

M. Bi Zah Patrice Gohi  
Conseiller à la Mission permanente de la République de Côte d'Ivoire auprès de l'Office des Nations Unies, de l'OMC et des autres organisations internationales à Genève

D<sup>r</sup> Gorgoh Soro  
Chargé d'études à la Direction générale de la santé  
Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle

M<sup>me</sup> Yoboue Patricia Ngoran-Theeckly  
Point focal SUN, Conseillère à Présidence de la République  
Présidence de la République

M<sup>me</sup> Soltié Aminata Kone  
Directrice de Cabinet  
Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle

## **RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO**

M. Samuel Roger Kamba Mulunda  
Ministre de la santé publique, de l'hygiène et de la prévention  
**Chef de délégation**

M<sup>me</sup> Francine Elela Kamba Ekila  
Présidente du Conseil d'administration de l'Autorité de régulation pharmaceutique  
Ministère de la santé publique, de l'hygiène et de la prévention

M. Jean Thierry Kalombo Tshibuabua  
Directeur national à l'Agence de l'ingénierie clinique et numérique de la santé  
Ministère de la santé publique, de l'hygiène et de la prévention



M. Richard Lumbala  
Conseiller médical au Cabinet du Ministre  
de la santé  
Ministère de la santé publique, de l'hygiène  
et de la prévention

M. Jean Marcel Bokingo Lomanga  
Directeur général par intérim de la  
Direction générale de l'organisation et  
gestion des services de santé  
Ministère de la santé publique, de l'hygiène  
et de la prévention

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

M<sup>me</sup> Anne Marie Tumba Benabiabu  
Directrice du Programme national de santé  
de la reproduction  
Ministère de la santé publique, de l'hygiène  
et de la prévention

M. Bruno Bindamba Senge  
Directeur du Programme national de  
nutrition  
Ministère de la santé publique, de l'hygiène  
et de la prévention

M. Narcisse Bintu Mulumba  
Chargé des missions du Ministre de la santé  
Ministère de la santé publique, de l'hygiène  
et de la prévention

D<sup>re</sup> Aziza Mulongo  
Experte à la Présidence de la République  
Présidence de la République

## ÉRYTHRÉE

Dr Berhane Debru Beyin  
ADG of Policy, Planning and Human  
Resources Development Department  
Ministry of Health

## ESWATINI

Senator Lizzie F. Nkosi  
Minister of Health and Social Welfare  
Ministry of Health and Social Welfare  
**Head of delegation**

Dr Velephi J. Okello  
Director Health Services-Clinical  
Ministry of Health and Social Welfare

Mrs Rejoice Nkambule  
Deputy Chief Nursing Officer  
Ministry of Health and Social Welfare

## ÉTHIOPIE

Dr Dereje Duguma Gemedo  
State Minister of Health  
Ministry of Health  
**Head of delegation**

Mr Ebrahim Temam  
Head, Southwest Ethiopia, Regional Health  
Bureau  
Ministry of Health

Dr Mesay Hailu Dangisso  
Director General, Ethiopian Public Health  
Institute  
Ministry of Health

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

Mr Naod Wendrad Abera  
Strategic Affairs executive Officer  
Ministry of Health

Dr Meseret Zelalem Tadesse  
Maternal, Child and Adolescent Health  
Service Lead Executive Officer  
Ministry of Health

Dr Hiwot Solomon Taffese  
Disease Prevention and Control Lead  
Executive Officer  
Ministry of Health

Dr Abas Hassen Yesuf  
Health System Innovation and Quality Lead  
Executive Officer  
Ministry of Health

Mrs Hiwot darsene Dimd  
Nutrition Coordination Office, Lead  
Executive Officer  
Ministry of Health

Dr Tegene Regassa Luba  
Director, Public relation and communication  
Directorate,  
Ministry of Health

Dr Alegnta Gebreyesus Guntie  
Health Diplomat  
Permanent Mission of Ethiopia in Geneva

## **GAMBIE**

Dr Ahmadou Lamin Samateh  
Minister of Health and Social Welfare  
Ministry of Health and Social Welfare  
**Head of delegation**

Mr Muhamadou Lamin Jaiteh  
Permanent Secretary  
Ministry of Health and Social Welfare

Dr Mustapha Bittaye  
Director of Health Services  
Ministry of Health and Social Welfare

## **GHANA**

Mr Emmanuel Kwame Asiedu Antwi  
Ambassador and Permanent Representative  
Permanent Mission of Ghana to the United  
Nations in Geneva  
**Head of Delegation**

Dr Patrick Kuma-Aboagye  
Director General  
Ghana Health Service

Dr Baffour Awuah  
Director, Technical Coordination  
Ministry of Health

Dr Franklin Asiedu-Bekoe  
Director Public Health  
Ghana Health Service

Dr Eric Nsiah-Boateng  
Head, Monitoring and Evaluation  
Ghana Health Service

Dr Cardinal Newton  
Medical Director  
Bono Regional Hospital

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

Ms Rahilu Haruna  
WHO Dest Officer  
Ministry of Health

Mr William Okaikoe  
Minister, Health Issues  
Permanent Mission of Ghana to the United  
Nations in Geneva

Mr Samuel Amponsah  
Minister Counsellor  
Ghana High Commission in Namibia

## **GUINÉE**

D<sup>r</sup> Mohamed Lamine Yansane  
Secrétaire général  
Ministère de la santé et de l'hygiène  
publique  
**Chef de délégation**

D<sup>r</sup> Pépé Bilivogui  
Inspecteur régional de N'Zérékoré  
Ministère de la santé et de l'hygiène  
publique

D<sup>r</sup> Aboubacar Conté  
Inspecteur régional de la santé de Boké  
Ministère de la santé et de l'hygiène  
publique

## **GUINÉE-BISSAU**

D<sup>r</sup> Aladje Baldé  
Président de l'INASA  
Ministère de la santé publique  
**Chef de délégation**

## **GUINÉE ÉQUATORIALE**

Señor Dr. Justino Obama Nve  
Ministro Delegado de Sanidad y Bienestar  
Social

Ministerio Delegado de Sanidad y Bienestar  
Social

Dr. Valero Ondo Nguema  
Director General de Estudios, Planificación  
SIS  
Ministro Delegado de Sanidad y Bienestar  
Social

D. Gregorio Gori Momolu  
Técnico del Ministerio  
Ministro Delegado de Sanidad y Bienestar  
Social

## **KENYA**

Dr Patrick Amoth  
Ag. Director General for Health  
Ministry of Public Health  
**Head of delegation**

Dr Sultani Matendebero  
Ag. Deputy Director General for Health  
Ministry of Public Health

Dr Grace Ikahu  
Deputy Director of Medical Services-WHO  
Focal Officer  
Ministry of Public Health

Dr Hezron Omondi Omollo  
Head, Division of Professional Standards  
Ministry of Public Health

Dr Peace Mutuma  
Health Attaché  
Permanent Mission of Kenya to the United  
Nations in Geneva

Dr Bashir Issak  
Ag. Director, Directorate of Family Health  
Ministry of Public Health

Dr Caroline Asin  
Assistant Chief Pharmacist  
Ministry of Public Health

## **LESOTHO**

Mr S. Nathnael Mochoboroane  
Minister of Health  
Ministry of Health  
**Head of delegation**

Mrs Maneo Moliehi Ntene  
Principal Secretary  
Ministry of Health

Dr Nyane Letsie  
Director General of Health  
Ministry of Health

Ms Mpoetsi Makau  
Director Nursing Services  
Ministry of Health

## **LIBÉRIA**

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

**Dr Kateh Francis**  
Deputy Minister for Health Services  
Chief Medical Officer  
Ministry of Health and Social Welfare

Mr Gorbee Logan  
Assistant Minister for curative service  
Ministry of Health and Social Welfare

## **MADAGASCAR**

Prof. Fidiniaina Mamy Randriatsarafara  
Directeur général de la médecine  
préventive  
Ministère de la santé publique  
**Chef de délégation**

D<sup>r</sup> Sahondranirina Pâquerette Hanitriniala  
Directeur général de l'Institut national de la  
santé publique et communautaire  
Ministère de la santé publique

M<sup>me</sup> Tatiana Eddie Razafindravao  
Chargée d'affaires par intérim  
Mission permanente de Madagascar auprès  
de l'Office des Nations Unies à Genève

M. Dominique Rabeherifara  
Conseiller  
Mission permanente de Madagascar auprès  
de l'Office des Nations Unies à Genève

## **MALAWI**

Ms Khumbize Kandodo Chiponda  
Minister of Health and Population  
Ministry of Health and Population  
**Head of delegation**

Dr Samson Mndolo  
Secretary for Health  
Ministry of Health and Population

Mrs Kate Langwe  
Director of Planning and Policy  
Development  
Ministry of Health and Population

Lucy Nkutumula  
Director of Nursing and Midwifery Services  
Ministry of Health and Population

## **MALI**

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

M. Hamadoun Ali Dicko  
Conseiller technique  
Ministère de la santé et du développement  
social

D<sup>r</sup> Abdelaye Keita  
Conseiller technique  
Ministère de la santé et du développement  
social

D<sup>r</sup> Moussa Kamissoko  
Directeur de CPS-SS-DS-PF  
Ministère de la santé et du développement  
social

D<sup>r</sup> Cheick Amadou Tidiane Traoré  
Directeur général de la santé et de l'hygiène  
publique  
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

D<sup>r</sup> Sidi Mohamed Ben Moulaye Idriss  
Directeur général de l'Office national de la  
santé de la reproduction  
Ministère de la santé et du développement  
social

Prof. Fanta Sangho  
Directrice de la pharmacie et du  
médicament  
Ministère de la santé et du développement  
social

M. Mory Coulibaly  
Deuxième Conseiller  
Mission permanente du Mali à Genève

## **MAURITANIE**

D<sup>r</sup> Mohamed Lamine Mohamed El Hadj  
Secrétaire général  
Ministère de la santé  
**Chef de délégation**

Prof. Cheikh Baye Mkheitiratt  
Chargé de Mission au Cabinet du Ministre  
de la santé  
Ministère de la santé

## **MAURICE**

Mr Dhanraj Conhye  
Permanent Secretary  
Ministry of Health and Wellness  
**Head of delegation**

Dr Prithviraj Ramputty  
Director Health Services  
Ministry of Health and Wellness

Dr Shabnam Burahee  
Regional Public Health Superintendent  
Ministry of Health and Wellness

## **MOZAMBIQUE**

D<sup>r</sup> Ilesh Vinodrai Jani  
Vice-Ministre de la santé  
Ministère de la santé  
**Chef de délégation**

M<sup>me</sup> Rosa Marlene Manjate Cuco  
Conseillère pour les questions de santé  
Mission permanente du Mozambique  
auprès des Nations Unies à Genève

M. Quihas Fernandes  
Directeur national de la santé publique  
Ministère de la santé

M<sup>me</sup> Sheila Evelina Baptista  
Assistante du Vice-Ministre de la santé  
Ministère de la santé

## **NAMIBIE**

Dr Esther Utjiua muinjangué  
Deputy Minister of Health and Social  
Services  
Ministry of Health and Social Services

Ms Petronella H. Masabane  
Deputy Executive Director, Health and  
Social Welfare Policy  
Ministry of Health and Social Services

Dr Theo-Ben Kandetu  
Acting Deputy Executive Director, Office of  
the Executive Director  
Ministry of Health and Social Services

Ms Naemi Shoopala  
Director: Primary Health Care Services  
Ministry of Health and Social Services

Dr Jonah Garoeb  
Chief Medical Officer: Omaheke Regional  
Health Directorate  
Ministry of Health and Social Services

## **NIGÉRIA**

Ms Kachollom Shangti Daju  
Permanent Secretary  
Federal Ministry of Health  
**Head of delegation**

Mr Christopher Isokpunwu  
Director, Health Planning, Research and  
Statistics  
Federal Ministry of Health

Dr Godwin Ntadom  
Chief Epidemiologist of Nigeria  
Federal Ministry of Health

Dr Abdullahi Garba  
Director, Planning, Research and Statistics  
Federal Ministry of Health

Ms Josephine Utake  
Personal Assistant to Permanent Secretary  
Federal Ministry of Health

Mr Abayomi Okanlawon  
Deputy Director, National Agency for Food,  
Drug Administration and Control  
Federal Ministry of Health

Dr Jimoh Salaudeen  
Director, Hospital Services  
Federal Ministry of Health

Ms Onyekachi Nwite-Eze  
Health Officer  
Federal Ministry of Health

Prof. Mohammed Nasir Sambo  
Director General, National Health Insurance  
Authority  
Federal Ministry of Health

Ms Subedetu Rose Ahmed  
Health Education Officer  
Federal Ministry of Health

Ms Patricia Deworitshe  
Director  
Federal Ministry of Health

Ms O.S. Aribeara  
Director Food and Drug Services  
Federal Ministry of Health

Mr Okwudili Okechukwu  
Head, Health System Strengthening  
Federal Ministry of Health

Mr Okon Umanah  
Camera man  
Federal Ministry of Health

Mr Nureni Oje  
Director ICT  
Federal Ministry of Health

Prof. M.C. Adeyeye  
Director General  
Federal Ministry of Health

Dr John Oladejo  
Director  
Federal Ministry of Health

Dr Ifedayo Adetifa  
Director General  
Federal Ministry of Health

Ms Folashade Oje  
Head International Cooperation  
Federal Ministry of Health

Ms Evangeline Ofoekii  
Chief Administrative Officer  
Federal Ministry of Health

Dr Charles Nzelu  
Director Special Projects  
Federal Ministry of Health

Mr C.E. Chukwu  
Chief Scientific Officer UN-Multilateral  
Federal Ministry of Health

Dr Angus Ikpe  
Head, Strategic Planning, Department of  
Health Planning and Statistics  
Federal Ministry of Health

Ms Adaeze Ada Okonkwo  
Policy Team Lead  
Federal Ministry of Health

Dr A. Baba  
Technical Assistant to Permanent Secretary  
Federal Ministry of Health

## **RWANDA**

Dr Sabin Nsanzimana  
Minister of Health  
Ministry of Health  
**Head of delegation**

Dr Theophile Dushime  
Chief Technical Advisor  
Ministry of Health

Mr Vianney Karangwa  
Diplomat  
Rwanda Embassy in Zimbabwe

Mr Gad Wilson Mutaganzwa  
Chief Executive Officer  
ExtoAfrica



Mr David Kamanda Managing Director  
Research Institute against Digestive Cancer  
(IRCAD Africa)

Mr Edmond Tubanambazi  
First Counsellor  
Permanent Mission of Rwanda in Geneva

### **SAO TOMÉ-ET-PRINCIPE**

Feliciana da Costa Sousa Pontes  
Ministère de la santé  
**Cheffe de delegation**

M<sup>me</sup> Cintia Lima  
Coordinator  
Ministère de la santé

### **SÉNÉGAL**

D<sup>re</sup> Marie Kemesse Ngom Ndiaye  
Ministre de la santé et de l'action sociale  
Ministère de la santé et de l'action sociale  
**Cheffe de délégation**

D<sup>r</sup> Mamadou Sarr  
Conseiller technique n° 1  
Ministère de la santé et de l'action sociale

M. François Michel Moundor Diene  
Premier Conseiller  
Mission permanente du Sénégal auprès de  
l'Office des Nations Unies à Genève

D<sup>r</sup> Barnabé Gning  
Directeur général de la santé  
Ministère de la santé et de l'action sociale

D<sup>r</sup> Babacar Guèye  
Directeur de la planification, de la  
recherche et des statistiques  
Ministère de la santé et de l'action sociale

Prof. Amadou Moctar Dieye  
Directeur des laboratoires  
Ministère de la santé et de l'action sociale

D<sup>re</sup> Siga Diop  
Coordinatrice de la Cellule d'appui et de  
suivi du plan national de développement  
sanitaire et social  
Ministère de la santé et de l'action sociale

D<sup>r</sup> Cheikh Sadibou Senghor  
Directeur regional de la santé de Louga  
Ministère de la santé et de l'action sociale

D<sup>r</sup> Malick Anne  
Chef de la Division de lutte contre les  
maladies non transmissibles  
Ministère de la santé et de l'action sociale

D<sup>r</sup> Diambougne Ndour  
Chef de l'Unité de la planification du Centre  
des opérations d'urgence sanitaire  
Ministère de la santé et de l'action sociale

M. Issa Ba  
Superviseur des soins de santé à la  
Direction régionale de la santé de Saint-  
Louis  
Ministère de la santé et de l'action sociale

M<sup>me</sup> Ndeye Coura Seck  
Coordinatrice de la Cellule de  
communication  
Ministère de la santé et de l'action sociale

M<sup>me</sup> Ndeye M.N. Gacko  
Cheffe de Cabinet du Ministre de la santé  
Ministère de la santé et de l'action sociale

## **SEYCHELLES**

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

Dr Andre Bernard Valentin  
Principal Secretary  
Ministry of Health

Dr Susan Fock-Tave  
Chief Medical Officer  
Ministry of Health

Dr Emelyn Shroff  
Director of Research  
Ministry of Health

## **SIERRA LEONE**

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

Prof. Charles Edward Senessie  
Deputy Minister of Health – 1  
Ministry of Health and Sanitation

Dr. Sartie Kenneh  
Chief Medical Officer  
Ministry of Health and Sanitation

Dr. Santigie Sesay  
Director, Non-Communicable Disease  
and Mental Health  
Ministry of Health and Sanitation

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

Lorenzo Hampton  
Executive Assistant to the  
Minister of Health  
Ministry of Health and Sanitation

## **AFRIQUE DU SUD**

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

Ms Brenda M. Ledwaba  
Personal Assistant to Minister  
Ministry of Health

Mr Ramphelane W. Morewane  
Acting Deputy Director-General: HIV/AIDS,  
TB & MCWH  
Ministry of Health

Dr Nicholas Crisp  
Deputy Director-General: NHI  
Ministry of Health

Dr M. Aquina Thulare  
Technical Advisor: NHI  
Ministry of Health

Ms Lebogang Lebeso  
Minister: Health  
Permanent Mission of South Africa in  
Geneva

Ms Milani Wolmarans  
Chief Director: National Health  
Insurance/Information systems  
Ministry of Health

Dr Manala Makua  
Chief Director: Women's, Maternal and  
Reproductive Health  
Ministry of Health

Mr Khaya Sishuba  
Chief Director: International Health  
Development and Support  
Ministry of Health

Ms Grissel Mnisi  
Director  
Ministry of Health

Dr Moeketsi Modisenyane  
Director: Africa Relations  
Ministry of Health

Ms Nelly Malefetse  
Director: Development Cooperation  
Ministry of Health

Dr Tshilidzi Muthivhi  
Director: Health Research  
Ministry of Health

Ms Yvonne-Gail Mandulane  
Deputy-Director: South-South Relations  
Ministry of Health

Mr Gareth Rees  
Deputy Director: Global Health  
Ministry of Health

Mr Tumelo Tshisevhe  
Assistant Director: Global Health  
Ministry of Health

Ms Pakiso Netshidzivhani  
Chief Director  
Ministry of Health

## **SUDAN DU SUD**

Dr Ader Macar Aciek  
Undersecretary  
Ministry of Health  
**Head of delegation**

Dr John Pasquale Rumunu Karlino  
Director General for Preventive Health RSS  
Ministry of Health

Dr Kediende Mauor Akec Chong  
Director General for Policy, Planning,  
Budget, Research and M&E  
Ministry of Health

Mr Khamis Bol Ajak Aguar  
Office Manager in the Office of the  
Undersecretary  
Ministry of Health

## **TOGO**

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**

D<sup>r</sup> Kokou Wotobe  
Secrétaire général  
Ministère de la santé, de l'hygiène publique  
et de l'accès universel aux soins

D<sup>re</sup> Yawa D. Apetsianyi  
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

D<sup>r</sup> Doguensaga Borgatia Atta  
Directeur de l'École nationale des aides  
sanitaires de Sokodé  
Ministère de la santé, de l'hygiène publique  
et de l'accès universel aux soins

## **UGANDA**

Dr Jane Ruth Aceng  
Minister of Health  
Ministry of Health  
**Head of delegation**

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

Dr Daniel Japheth Kyabayinze  
Director Health Services  
Ministry of Health

Dr Timothy Musila  
Assistant Commissioner Health Services,  
Private Sector Coordinator  
Ministry of Health

Mr Ronald Basiimwa  
Second Secretary  
Permanent Mission of Uganda to the United  
Nations in Geneva

## **RÉPUBLIQUE-UNIE DE TANZANIE**

Ms Umyy Ally Mwalimu  
Minister of Health  
Ministry of Health  
**Head of delegation**

Dr Grace Elias Magembe  
Deputy Permanent Secretary  
Ministry of Health

Ms Christina Christopher Mnzava  
Parliamentary Standing Committee on  
Health and HIV Affairs  
Ministry of Health

Dr Ahmad Mohamed Makuwani  
Director of Reproductive and Child Health  
Ministry of Health

Mr Rahibu Abdulrahman Mashombo  
Director of Legal Services  
Ministry of Health

Dr Vida Makundi Mmbaga  
Assistant Director Epidemiology and  
Disease Control Section  
Ministry of Health

Dr James Charle Kilogwe  
Health Attaché  
Permanent Mission of Tanzania to the  
United Nations in Geneva

Mr Martin Elias  
Assistant to the Minister  
Ministry of Health

## **ZAMBIE**

Ms Sylvia T. Masebo  
Minister of Health  
Ministry of Health  
**Head of delegation**

Dr George Sinyangwe  
Permanent Secretary-DC  
Ministry of Health

Dr Namasiku Siyumbwa  
Manager non-Communicable Diseases  
(NCDs)  
Ministry of Health

Dr Kalangwa  
Assistant Director Health Promotion  
Ministry of Health

Prof. Patricia Katowa-Mukwato  
Board Chairperson  
Nursing and Midwife Council of Zambia

Mr Lucas Zulu  
Assistant Director-Policy and Planning  
Ministry of Health

Ms Eveline Chinda Goma  
Principal Bio Medical Officer  
Ministry of Health

Dr Patricia Mupeta Bobo  
Counsellor Health  
Permanent Mission of Zambia to the United  
Nations in Geneva

Ms Serah Masonde  
Ag. Head Communication  
Ministry of Health

Dr Mazyanga Lucy Liwewe-Mazaba  
Director Public Health Policy Diplomacy and  
Communication  
Zambia National Public Health Institute

## **ZIMBABWE**

Mr Batiraishe Henry Mukonoweshuro  
Ambassador of Zimbabwe in Botswana  
Zimbabwe Embassy to Botswana  
Head of delegation

Mr Stuart Comberbach  
Ambassador and Permanent Representative  
Permanent Mission of Zimbabwe to the  
United Nations in Geneva

Dr Munyaradzi Dobbie  
Chief Director, Public Health  
Ministry of Health and Child Care

Dr Simon Nyadundu  
Chief Director, Human Resources  
Ministry of Health and Child Care

Mr N. Samasuwo  
Deputy Permanent Representative  
Permanent Mission of Zimbabwe to the  
United Nations in Geneva

Mr K. Mazenenga  
Counselor and Health Focal Person  
Permanent Mission of Zimbabwe to the  
United Nations in Geneva

Dr Rugare Abigail Kangwende  
Director Monitoring and Evaluation  
Ministry of Health

Mr Witness Ngwenya  
Counsellor  
Zimbabwe Embassy to Botswana

Mr Francis Chimina  
Counsellor  
Zimbabwe Embassy to Botswana

Ms Margaret Chikawa  
Desk Officer  
Ministry of Foreign Affairs and International  
Trade

Dr C. Dhege  
Provincial Medical Director  
Ministry of Health and Child Care

Dr R. Chikodzore  
Director Epidemiology and Disease Control  
Ministry of Health and Child Care

Mr Victor Kutsirayi Nyamandi  
Director Environmental Health Service  
Ministry of Health and Child Care

## 2. ÉTATS MEMBRES D'AUTRES RÉGIONS

### BRÉSIL

Mr Augusto Paulo Da Silva  
Coordenador Fiocruz África  
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

### ITALIE

M<sup>me</sup> Monica Treu  
Assistante administrative  
Ministère des affaires étrangères et de la  
coopération internationale

### NORVÈGE

Mr Bjørg Sandkjær  
State Secretary  
Ministry of Foreign Affairs  
Head of Delegation

MR Eriksen Gunnhild  
Senior Advisor  
Ministry of Foreign Affairs

Mr Hildegunn Tobiassen  
Councillor  
Royal Norwegian Embassy

Ms Marita Sørheim-Rensvik  
Deputy Director  
Ministry of Foreign Affairs

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

Ms Katie Whitehouse  
Global Health Security Adviser  
Foreign, Commonwealth and Development  
Office

Mr Robert Stansfield  
African Human Development Group Head  
Foreign, Commonwealth and Development  
Office

### ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

Mr Howard Van Vranken  
Ambassador  
United States Embassy in Botswana  
Head of Delegation

Ms Anne Purfield  
Associate Director for Laboratory Science  
US Center for Disease Control and  
Prevention

Ms Mbagwu-Mahlik  
Senior Public Health Analyst  
U.S. Department of Health and Human  
Services

Ms Mai Hijaxi  
Director-Office of Health Systems  
USAID

Mr Ratanang Ngwako Balisi  
Project Development Specialist  
USAID

Ms Lisa Esapa  
Deputy Director  
HHS/CDC

Ms Abimbola Kola-Jebutu  
Health Systems and Finance Advisor  
USAID

Dr Elana Clarke  
Director Africa and the Middle East  
United States Department of Health and  
Human Services

Ms Sophia Siddiqui  
Health Attache  
US Mission in South Africa

Dr Stacie Greby  
Associate Director for Science  
U.S. Centers for Disease Control and  
Prevention

### **3. INSTITUTIONS DU SYSTÈME DES NATIONS UNIES ET AUTRES ORGANISATIONS INTERGOUVERNEMENTALES**

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

Mr Jean Kaseya  
Director-General

Dr Ngashi Ngongo  
Chief of Staff

Mr Noah Tegene  
Principal Policy and Health Diplomacy  
Officer

#### **AFRICAN CONSTITUENCY BUREAU FOR THE GLOBAL FUND**

Mr Fassika Alemayehu Daniel  
Advocacy and partnership lead

Mr Charles Mwasambi  
Global Fund Alternate Board Member- East  
and Southern Africa

Ms Susan Nyamoita Mochahce  
Global Fund Board Member -ESA

Mr Josephat Kakoma  
Chair of ACB and Global Fund

Mr Pascal Niamba  
Board Member

Mr Aaron Mulaki  
Head of Strategic Partnerships and  
Engagement

#### **ALLIANCE DES DIRIGEANTS AFRICAINS CONTRE LE PALUDISME**

Ms Joy Phumaphi  
Executive Secretary

Ms Monique Murindahabi  
Senior Malaria Program Officer

Ms Thandile Nxumalo  
End Malaria Fund Chairperson

Ms Sheila Tlou  
Special Ambassador

Ms Melanie Renshaw  
Chief Technical Advisor

Mr Katikiti  
Senior Programme Officer

Mr Stephen Rooke  
End Malaria& NTD Council Advisor

#### **EAST, CENTRAL AND SOUTHERN AFRICA HEALTH COMMUNITY**

Prof. Y.M Dambisya  
Director General

#### **COMMUNAUTÉ ÉCONOMIQUE DES ÉTATS D'AFRIQUE DE L'OUEST**

Ms Mariama Allahoury  
Health Economist



M. Mamadu Serifo Jaquite  
Commissaire au Département du  
développement humain

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

Mr Thomas Nyirenda  
Strategic Partnerships and Capacity  
Development Manager

**GAVI, L'ALLIANCE DU VACCIN**

Dr Richard Mihigo  
Director

Ms Chioma Nwachukwu  
Head, Public Policy Engagement, Regional &  
Countries

**AGENCE INTERNATIONALE DE L'ÉNERGIE  
ATOMIQUE (AIEA)**

Ms Geraldine Arias de Goebel  
Head of the Cancer Control Review and  
Planning Section  
IAEA

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

Dr Luca Saraceno  
Public Health in Emergency Coordinator

Dr Danielle Domersant  
Health Delegate

Ms Hanna Tiezazu  
Immunization/community health  
coordinator

Ms Naledi Mokgethi  
Project Coordinator  
Botswana Red Cross Society

**ROLL BACK MALARIA PARTNERSHIP (RBM)**

Mr Michael Charles  
RBM Partnership CEO

Rayana Nehme  
CRSPC Senior Officer

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

Mr Elias M Magosi  
Executive Secretariat

Mr John Chimumbwa  
Executive Director

Mr Duduzile Simelane  
Director Social and Human Development –  
SADC Secretariat

Mr Willy Amisi  
Senior Programme Officer Health

Ms Kelejang Moichubedi  
Executive Assistant  
Southern African Development Community  
(SADC)

Mr Innocent Mbvundula  
Communication and Relations Officer

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

Ms Linda Mafu  
Head of Department  
Geneva

Ms Khumo Modisaeman  
Director  
Gaborone

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

Mr Mpho Mmelesi  
Strategic Information Advisor

**PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR  
LE DÉVELOPPEMENT (PNUD)**

Mr Balazs Horvath  
Resident Representative

**DÉPARTEMENT DE LA SÛRETÉ ET DE LA  
SÉCURITÉ DES NATIONS UNIES (UNDSS)**

Mr Thabo Medupe  
FSA  
Department of Safety and Security  
Gaborone

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

Mr Tlangelani Shilubane-Pietersen  
Head of Office  
UNFPA Botswana

Dr Asmani Chilanga  
Family Planning Programme and Policy  
Advisor,

Dr Nseluke Hambayi Mutinta  
Chief and Head of Nutrition Sensitive Unit

**HAUT-COMMISSARIAT DES NATIONS  
UNIES POUR LES RÉFUGIÉS (HCR)**

Mr Lakruwan Dassanayake  
Senior Regional Public Health Officer

Dr Divulla Dassanayakalage Manoj  
Senior Regional Public Health Officer

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

Ms Joan Matji  
Country Representative

Mr Resego Mzwinila  
Senior Executive Associate

Mr Landry Dongmo Tsague  
Senior Health Adviser

Mr Thato Masire  
Communications Officer

Ms Christiane Rudert  
Nutrition Advisor

**BUREAU DU COORDONNATEUR RÉSIDENT  
DES NATIONS UNIES (UNRCO)**

Mr Zia Choudhury  
Resident Coordinator  
Botswana

Ms Helen Andreasson  
Head of UNRCO Office

**GROUPE DE LA BANQUE MONDIALE**

Mr Ernest Massiah  
Practice Manager Health East Africa

Ms Tshepho Babatshi Gasha  
Economist  
Gaborone

**PROGRAMME ALIMENTAIRE MONDIAL  
(PAM)**

Ms Roselie Asis  
Programme Policy Officer-Nutrition

**ORGANISATION OUEST-AFRICAINE DE LA  
SANTÉ**

M.A.J.C Aissi  
Director General  
Head of Delegation

Mr Virgil Lokoussou  
Executive Director

Mr Sani Ali  
Director Planning and Health Information

Mr Namoudou Keita  
Director, Department of Healthcare  
Services

Mr Issiaka Sombie  
Acting Director Department of Public Health  
and Research

Mr Aruna Fallah  
Acting Director for Administration and  
Finance

**4. ACTEURS NON ÉTATIQUES QUI NE  
SONT PAS EN RELATIONS OFFICIELLES  
AVEC L'OMS ET QUI ONT ÉTÉ  
ACCRÉDITÉS POUR PARTICIPER À LA  
SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE  
L'OMS POUR L'AFRIQUE**

**AFRICAN COMPREHENSIVE HIV/AIDS  
PARTNERSHIPS (ACHAP)**

Dr. Khumo Seipone  
Chief Executive Officer  
ACHAp

Ms Thato Pelaelo  
Director Operations  
Gaborone

**ASSOCIATION AFRICAINE DES CENTRALES  
D'ACHATS DE MÉDICAMENTS ESSENTIELS**

Mr Jean Claude Deka Lundu  
Chairman

Mr Aser Minoungou  
Executive Director

Ms Anne Maryse K'habore  
Head of Board

**AFRICA FORUM FOR PRIMARY HEALTH  
CARE**

Ms Mercy Wanjala  
Executive Coordinator

Dr Lewis Arthurton  
Policy and Communications Manager

**AFRICAN INSTITUTE FOR HEALTH AND  
DEVELOPMENT**

Ms Mary K. Amuynzu Nyamongo  
Founder and Director

**AMREF Health Africa**

Leonora Mbithi  
Country Engagement Specialist

Mercy Mwangangi  
Health Systems Strengthening Director

Joleen Rispah Walumbe  
Senior Health Policy Advisor

**FONDATION BILL ET MELINDA GATES**

Mr Christopher Elias  
President- Global Development  
Head of Delegation

Mr Andrew Stein  
Deputy Director

Sandra Fried  
Senior Program Officer

**DRUGS FOR NEGLECTED DISEASES  
INITIATIVE**

Ms Monique Wasunna  
DNDi Africa Ambassador

Ms Judy Ogunyemi  
Advocacy and Outreach Consultant

**FÉDÉRATION AFRICAINE DES  
ASSOCIATIONS D'ÉTUDIANTS EN  
MÉDECINE**

Mr Banturaki Davis  
President

Mr Abdulhammed Babatunde  
Vice President

Ms Monicah Kitonga  
Member

Mr Theo Sowa  
Interim CEO

**ALLIANCE INTERNATIONALE DES  
ORGANISATIONS DE PATIENTS**

Mr Ellos Lodzeni  
Vice-Chairman

**FÉDÉRATION INTERNATIONALE DES  
ASSOCIATIONS D'ÉTUDIANTS EN  
MÉDECINE**

Ms Laura Maisvoreva  
Delegate

Mr Samuel Nathan  
Member

Mr Korteh Yayha  
Regional Director for Africa

**FÉDÉRATION INTERNATIONALE DES  
ÉTUDIANTS EN PHARMACIE**

Mr Mfafofo Yaw Asamoah  
Chairperson

Mr David Do Ceu Fiagan  
Chairperson of the African Regional Office

**FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE  
L'INDUSTRIE DU MÉDICAMENT**

Mr Karim Bendhaou  
Head of Africa Bureau

Ms Cynthia Genolet  
Associate Director, Africa Engagement

Mr Greg Perry  
Assistant Director General

**INTERNATIONAL SOCIETY OF PHYSICAL  
AND REHABILITATION MEDICINE**

**MÉDECINS SANS FRONTIÈRES  
INTERNATIONAL**

Ms Candice Sehoma  
Advocacy Advisor

## **MEDICINES FOR MALARIA VENTURE**

Dr Abena Poku-Awuku  
Associate Director, Advocacy

## **MOVENDI INTERNATIONAL**

Mr Labram Massawudu Musah  
International Board Member

Ms Juliet Namukasa  
Board Member

Mr Dunnbier Maik  
Director of Strategy and Advocacy

## **NCD Alliance**

Mr Henry Ndhlovu  
Secretariat Member

Mr George Msengi  
Medical Doctor

Ms Linda Senk Markova  
Senior Capacity Development Officer

## **NUTRITION INTERNATIONAL**

Dr Ndiaye Banda  
Director of Strategy and Advocacy

## **PANDEMIC ACTION NETWORK**

Mr Aggrey Aluso  
Director -African Region

## **PUBLIC SERVICES INTERNATIONAL (PSI)**

Mr Babatunde Adebola Aiyelabola  
Health and Social Services Policy Officer

Mr Perpetual Ofori-Ampofo  
President of Ghana Registered Nurses and  
Midwives Association (GRNMA)

Ms Ritta Msibi  
Vice President

## **ROTARY INTERNATIONAL**

Ms Gisela Bettencourt  
Polio Chair

Dr Pandak Carol  
PolioPlus Director

## **SOUTHERN AFRICA ALCOHOL POLICY ALLIANCE (SAAPA)**

Ms Prisca Mokgadi  
Chairperson SAAPA

Ms Aadielah Maker-Diedericks  
Secretary General

## **THE END FUND**

Ms Caroline Karutu  
Vice President Programs

## **THE ROYAL COMMONWEALTH SOCIETY FOR THE BLIND (Sightsavers)**

Dr Nazaradden Ibrahim  
Global Technical Lead-Eye Health (West  
Africa)  
Nigeria

Ms Lawless Fiona  
Policy Advisor

Ms Sarah Collinson  
Policy Advisor

**FONDATION DES NATIONS UNIES**

Ms Lori Sloate  
Sr Director, Global Health

**UNION INTERNATIONALE CONTRE LE  
CANCER (UICC)**

Ms Brenda Chitindi  
Member

Mr Ferdinand Sonyuy  
President/CEO

Ms Elize Joubert  
CANCA CEO

**UNITING TO COMBAT NEGLECTED  
TROPICAL DISEASES**

Ms Opeyemi Alabi Hundeyin  
Partnerships Officer

Ms Thoko Elphick-Pooley  
Executive Director

Ms Louisa Tribe  
Director of Communications

**WELL-BEING FOUNDATION AFRICA**

Ms Zaria Bukhari  
Global Health Advocate

H.E Saraki Oluwatoyin  
Founder-President

**WEST AFRICAN ALCOHOL POLICY ALLIANCE**

Mr. Issah Ali  
Head of Secretariat

Mr Habib Taigore Kamara  
Chairman  
Head of delegation

Dr Franklin Umenze  
Chair

**CONSEIL ŒCUMÉNIQUE DES ÉGLISES**

Mr Mwai Makoka  
Program Executive for Health and Healing

**WORLDWIDE HOSPICE PALLIATIVE CARE  
ALLIANCE**

Mr Babe Gaolebale  
Board Member

**FÉDÉRATION MONDIALE DES SOCIÉTÉS  
D'ANESTHÉSIOLOGISTES**

Dr Mavoungou Philippe  
Chairperson

**FÉDÉRATION MONDIALE DU CŒUR**

Dr Lilian Mbau  
Chief Executive Officer

**FÉDÉRATION MONDIALE CONTRE  
L'OBÉSITÉ**

Ms Grace Safoa Arthur  
Research and Science team member

Mr Bright Agyei Amoama  
Communication team member

Mr Samuel Kwame Kodua  
Research and Science team member

## **ORGANISATION MONDIALE DES MÉDECINS DE FAMILLE (WONCA)**

Dr Dania Abubakar Momodu  
President Africa Region

Mr Innocent Besigye  
Observer

### **5. INVITÉS**

Son Excellence Festus Mogae  
Ancien Président du Botswana

D<sup>r</sup> Luis Gomes Sambo  
Ancien Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique

D<sup>r</sup> Asamoah-Bah  
Directeur général adjoint émérite de l'OMS

Prof. Francine Ntombi  
Chercheur  
Congo

D<sup>r</sup> Euvaldo Ndong  
Retraité de l'OMS

Sœur Blanche Kambire  
Congrégation des Sœurs ministres des malades de Saint-Camille

M. Elias M Magosi

D<sup>r</sup> David Parirenyatwa  
Président, AIDS Society in Africa

D<sup>r</sup> Edward Maganu  
Retraité de l'OMS (ancien Représentant de l'OMS)

D<sup>r</sup> Bah Keita  
Retraité de l'OMS (ancien Représentant de l'OMS)

D<sup>re</sup> Marie-Andrée Romish Diouf  
Comité consultatif indépendant établi par la Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique

D<sup>r</sup> Francis Omaswa  
Comité consultatif indépendant établi par la Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique

D<sup>r</sup> Richard Nchabi Kamwi  
Comité consultatif indépendant établi par la Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique

M. César Touloum  
Retraité de l'OMS

D<sup>r</sup> Kalula Kalambay  
Retraité de l'OMS (ancien Représentant de l'OMS)



## ANNEXE 3

### ORDRE DU JOUR

1. Ouverture de la session
2. Adoption des procédures spéciales régissant la conduite des séances hybrides de la soixante-treizième session du Comité régional de l’Afrique et élection du président, des vice-présidents et des rapporteurs (Document AFR/RC73/Decision 1)
3. Adoption de l’ordre du jour provisoire et du programme de travail provisoire (Document AFR/RC73/1 et Document AFR/RC73/1 Add.1)
4. Nomination des membres de la Commission de vérification des pouvoirs
5. Intervention de la présidente du Sous-Comité du Programme (Document AFR/RC73/2)
6. Activités de l’OMS dans la Région africaine : rapport annuel de la Directrice régionale (Document AFR/RC73/3)
7. Quatorzième programme général de travail, 2025-2028 (Document AFR/RC73/15 et Document AFR/RC73/16)

#### **Pilier 1. Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle**

8. Cadre pour la mise en œuvre des Orientations stratégiques mondiales pour les soins infirmiers et obstétricaux (2021-2025) dans la Région africaine de l’OMS (Document AFR/RC73/4)
9. Cadre pour le maintien de systèmes de santé résilients en vue de parvenir à la couverture sanitaire universelle et de promouvoir la sécurité sanitaire (2023-2030) dans la Région africaine de l’OMS (Document AFR/RC73/5)
10. Stratégie régionale pour accélérer la mise en œuvre et le suivi des plans d’action nationaux pour combattre la résistance aux antimicrobiens (2023-2030) dans la Région africaine de l’OMS (Document AFR/RC73/6 et résolution AFR/RC73/WP1)
11. Stratégie régionale (2023-2032) sur les services et systèmes de diagnostic et de laboratoire destinés à la Région africaine de l’OMS (Document AFR/RC73/7 et Document AFR/RC73/WP2)

### **Pilier 3. Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être**

12. Cadre pour la mise en œuvre du Plan d'action mondial contre l'alcool (2022-2030) dans la Région africaine de l'OMS (Document AFR/RC73/8)
13. Renforcement de la protection et de la résilience des communautés : stratégie régionale pour la participation communautaire (2023-2030) dans la Région africaine de l'OMS (Document AFR/RC73/9 et Document AFR/RC73/WP3)
14. Stratégie régionale multisectorielle pour la promotion de la santé et du bien-être (2023-2030) dans la Région africaine de l'OMS (Document AFR/RC73/10 et Document AFR/RC73/WP4)

### **Pilier 4. Une OMS plus efficace et efficiente apportant un meilleur soutien aux pays**

15. Huitième rapport de situation sur la mise en œuvre du Programme de transformation du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine (Document AFR/RC73/11)
16. Le point sur le budget programme 2024-2025 : de l'adoption à l'exécution (Document AFR/RC73/12)
17. Projet d'ordre du jour provisoire, lieu et dates de la soixante-quatorzième session du Comité régional (Document AFR/RC73/13)

### **18. Documents d'information**

### **Pilier 1. Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle**

- 18.1 Rapport de situation sur la mise en œuvre de la stratégie de recherche pour la santé dans la Région africaine (Document AFR/RC73/INF.DOC/1)
- 18.2 Rapport de situation sur la mise en œuvre de la stratégie pour transposer à une plus grande échelle les innovations en santé dans la Région africaine de l'OMS (Document AFR/RC73/INF.DOC/2)
- 18.3 Rapport de situation sur l'exploitation des solutions en matière de cybersanté pour améliorer les systèmes nationaux de santé dans la Région africaine (Document AFR/RC73/INF.DOC/3)
- 18.4 Rapport final sur la mise en œuvre de la Stratégie de promotion de la santé pour la Région africaine (Document AFR/RC73/INF.DOC/4)
- 18.5 Rapport final sur la mise en œuvre des recommandations du Rapport de la Commission sur la Santé de la Femme dans la Région africaine visant à relever le défi en matière de santé de la femme en Afrique (Document AFR/RC73/INF.DOC/5)

### **Pilier 3. Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être**

- 18.6 Rapport de situation sur le cadre de mise en œuvre du Plan d'action mondial pour l'activité physique 2018-2030 dans la Région africaine de l'OMS (Document AFR/RC73/INF.DOC/6)
- 18.7 Rapport de situation sur la mise en œuvre de la Décennie d'action pour la sécurité routière dans la Région africaine (Document AFR/RC73/INF.DOC/7)
- 18.8 Rapport de situation sur la mise en œuvre du plan stratégique pour réduire le double fardeau de la malnutrition dans la Région africaine 2019-2025 (Document AFR/RC73/INF.DOC/8)

### **Pilier 4. Une OMS plus efficace et efficiente apportant un meilleur soutien aux pays**

- 18.9 Rapport sur le personnel de l'OMS dans la Région africaine (Document AFR/RC73/INF.DOC/9)
- 18.10 Questions à caractère régional découlant des rapports d'audit interne et externe de l'OMS (Document AFR/RC73/INF.DOC/10)
- 19. Adoption du rapport du Comité régional (Document AFR/RC73/14)
- 20. Clôture de la soixantième-treizième session du Comité régional

## ANNEXE 4

### PROGRAMME DE TRAVAIL

(Heure : GMT/UTC+2)

Dimanche 27 août 2023

07 h 30-10 h 00 *Walk the Talk*

1<sup>ER</sup> JOUR : lundi 28 août 2023

08 h 30-11 h 00	<b>Point 1 de l'ordre du jour</b>	Ouverture de la session
12 h 00-14 h 00	<i>Pause-déjeuner</i>	
12 h 30-13 h 45	<b>Manifestation parallèle n° 1</b>	<i>Organe intergouvernemental de négociation du traité sur les pandémies et processus d'amendement au RSI</i>
14 h 00-14 h 30	<b>Point 2 de l'ordre du jour</b>	Adoption des procédures spéciales régissant la conduite des séances hybrides de la soixante-treizième session du Comité régional de l'Afrique et élection du président, des vice-présidents et des rapporteurs (Document AFR/RC73/Decision 1)
	<b>Point 3 de l'ordre du jour</b>	Adoption de l'ordre du jour provisoire et du programme de travail provisoire (Document AFR/RC73/1 et Document AFR/RC73/1 Add.1)
	<b>Point 4 de l'ordre du jour</b>	Nomination des membres de la commission de vérification des pouvoirs
14 h 30-15 h 00	<b>Point 5 de l'ordre du jour</b>	Intervention de la présidente du Sous-Comité du Programme au Comité régional au Comité régional (Document AFR/RC73/2)

- 15 h 00-16 h 30 **Point 6 de l'ordre du jour** Activités de l'OMS dans la Région africaine : rapport annuel de la Directrice régionale (Document AFR/RC73/3)
- 16 h 30-17 h 00 *Pause-santé* **(Réunion de la commission de vérification des pouvoirs)**

#### **Pilier 4. Une OMS plus efficace et efficiente apportant un meilleur soutien aux pays**

- 17 h 00-18 h 15 **Point 15 de l'ordre du jour** Huitième rapport de situation sur la mise en œuvre du Programme de transformation du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine (Document AFR/RC73/11)

18 h 15 **Fin des travaux**

18 h 45 **Réception offerte par le Gouvernement du Botswana et par la Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique**

#### **2<sup>E</sup> JOUR : mardi 29 août 2023**

- 07 h 15-08 h 30 *Petit déjeuner de travail* *Financement de la lutte contre le paludisme*
- 08 h 45-09 h 00 **Point 4 de l'ordre du jour (suite)** Rapport de la commission de vérification des pouvoirs

#### **Pilier 1. Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle**

- 09 h 00-10 h 30 **Point 10 de l'ordre du jour** Stratégie régionale pour accélérer la mise en œuvre et le suivi des plans d'action nationaux pour combattre la résistance aux antimicrobiens (2023-2030) dans la Région africaine de l'OMS (Document AFR/RC73/6 et Document AFR/RC73/WP1)
- 10 h 30-11 h 00 *Pause-santé*

11 h 00-12 h 15	<b>Point 8 de l'ordre du jour</b>	Cadre pour la mise en œuvre des Orientations stratégiques mondiales pour les soins infirmiers et obstétricaux (2021-2025) dans la Région africaine de l'OMS (Document AFR/RC73/4)
12 h 15-14 h 30	<b><i>Pause-déjeuner</i></b>	
12 h 45-14 h 15	<b><i>Manifestation parallèle n° 2</i></b>	<i>Le Botswana, modèle d'excellence en matière de soins de santé primaires</i>
14 h 30-16 h 00	<b>Manifestation spéciale</b>	Renforcer les actions multisectorielles pour résoudre la crise liée à la nutrition et à l'insécurité alimentaire dans la Région africaine
16 h 00-16 h 30	<b><i>Pause-santé</i></b>	
16 h 30-18 h 30	<b>Manifestation spéciale</b>	WHO@75 [L'OMS à 75 ans]
18 h 30	<b>Fin des travaux</b>	
18 h 45-20 h 45	<b><i>Manifestation parallèle n° 3</i></b>	<i>Débloquer les financements pour la lutte contre les maladies tropicales négligées en Afrique</i>
18 h 45-20 h 45	<b><i>Manifestation parallèle n° 4</i></b>	<i>Réunion des Ministres de la santé des petits États insulaires en développement sur les achats groupés</i>

### **3<sup>E</sup> JOUR : mercredi 30 août 2023**

07 h 45-08 h 45	<b><i>Manifestation parallèle ad hoc</i></b>	<i>Session à huis clos avec des Ministres de la santé sur les flambées dues au poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale</i>
-----------------	--	---

### **Pilier 1. Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle**

09 h 00-10 h 30	<b>Point 11 de l'ordre du jour</b>	Stratégie régionale (2023-2032) sur les services et systèmes de diagnostic et de laboratoire destinés à la Région africaine de l'OMS (Document AFR/RC73/7 et Document AFR/RC73/WP2)
10 h 30-11 h 00	<b>Pause-santé</b>	
11 h 00-12 h 15	<b>Point 9 de l'ordre du jour</b>	Cadre pour le maintien de systèmes de santé résilients en vue de parvenir à la couverture sanitaire universelle et de promouvoir la sécurité sanitaire (2023-2030) dans la Région africaine de l'OMS (Document AFR/RC73/5)
12 h 15-14 h 15	<b>Pause-déjeuner</b>	
12 h 45-14 h 00	<b>Manifestation parallèle n° 5</b>	<i>Renforcer les capacités de réglementation de l'Afrique pour parvenir à « l'Afrique que nous voulons » par la création et la mise en route de l'Agence africaine des médicaments</i>

### **Pilier 3. Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être**

14 h 15-15 h 30	<b>Point 12 de l'ordre du jour</b>	Cadre pour la mise en œuvre du Plan d'action mondial contre l'alcool (2022-2030) dans la Région africaine de l'OMS (Document AFR/RC73/8)
15 h 30-16 h 00	<b>Pause-santé</b>	
16 h 00-18 h 00	<b>Manifestation spéciale</b>	Interrompre la transmission de tous les poliovirus dans la Région africaine
18 h 00	<b>Fin des travaux</b>	
18 h 30-20 h 30	<b>Manifestation parallèle n° 6</b>	<i>Célébrer une année de mise en œuvre de l'engagement de l'Afrique en faveur de la sécurité sanitaire</i>



#### 4<sup>E</sup> JOUR : jeudi 31 août 2023

07 h 45-08 h 45 **Manifestation parallèle ad hoc** *Session à huis clos avec des Ministres de la santé sur le poliovirus sauvage de type 1*

#### **Pilier 3. Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être**

09 h 00-10 h 30 **Point 14 de l'ordre du jour** Stratégie régionale multisectorielle pour la promotion de la santé et du bien-être (2023-2030) dans la Région africaine de l'OMS (Document AFR/RC73/10 et Document AFR/RC73/WP4)

10 h 30-11 h 00 **Pause-santé**

11 h 00-12 h 30 **Point 13 de l'ordre du jour** Renforcement de la protection et de la résilience des communautés : stratégie régionale pour la participation communautaire (2023-2030) dans la Région africaine de l'OMS (Document AFR/RC73/9 et Document AFR/RC73/WP3)

12 h 30-14 h 30 **Pause-déjeuner**

13 h 00-14 h 15 **Manifestation parallèle n° 7** *Priorités stratégiques pour la collaboration de l'Afrique avec les initiatives mondiales en faveur de la santé*

#### **Pilier 4. Une OMS plus efficace et efficiente apportant un meilleur soutien aux pays**

14 h 30-15 h 30 **Point 16 de l'ordre du jour** Le point sur le budget programme 2024-2025 : de l'adoption à l'exécution (Document AFR/RC73/12)

15 h 30-16 h 00 **Pause-santé**

16 h 00-17 h 15 **Point 7 de l'ordre du jour** Quatorzième programme général de travail, 2025-2028 (Document AFR/RC73/15 et Document AFR/RC73/16)

17 h 15-18 h 00	<b>Point 15 de l'ordre du jour</b>	Huitième rapport de situation sur la mise en œuvre du Programme de transformation du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine (Document AFR/RC73/11)
18 h 00-18 h 30	<b>Point 8 de l'ordre du jour (suite)</b>	Cadre pour la mise en œuvre des Orientations stratégiques mondiales pour les soins infirmiers et obstétricaux (2021-2025) dans la Région africaine de l'OMS (Document AFR/RC73/4)
18 h 30	<b>Fin des travaux</b>	
18 h 45-20 h 45	<b>Manifestation parallèle n° 8</b>	<i>Poser les jalons pour une Afrique exempte de cancer du col de l'utérus : réaffirmer les engagements pour éliminer le cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique dans la Région africaine</i>

## 5<sup>E</sup> JOUR : vendredi 1<sup>er</sup> septembre 2023

09 h 00-09 h 30 **Point 18 de l'ordre du jour** **Documents d'information**

### **Pilier 1. Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle**

<b>Point 18.1 de l'ordre du jour</b>	Rapport de situation sur la mise en œuvre de la stratégie de recherche pour la santé dans la Région africaine (Document AFR/RC73/INF.DOC/1)
<b>Point 18.2 de l'ordre du jour</b>	Rapport de situation sur la mise en œuvre de la stratégie pour transposer à une plus grande échelle les innovations en santé dans la Région africaine de l'OMS (Document AFR/RC73/INF.DOC/2)
<b>Point 18.3 de l'ordre du jour</b>	Rapport de situation sur l'exploitation des solutions en matière de cybersanté pour améliorer les systèmes nationaux de santé dans la Région africaine (Document AFR/RC73/INF.DOC/3)

**Point 18.4 de l'ordre du jour** Rapport final sur la mise en œuvre de la Stratégie de promotion de la santé pour la Région africaine  
(Document AFR/RC73/INF.DOC/4)

**Point 18.5 de l'ordre du jour** Rapport final sur la mise en œuvre des recommandations du Rapport de la Commission sur la Santé de la Femme dans la Région africaine visant à relever le défi en matière de santé de la femme en Afrique (Document AFR/RC73/INF.DOC/5)

09 h 30-10 h 00 **Point 18 de l'ordre du jour (suite) Documents d'information**

**Pilier 3. Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être**

**Point 18.6 de l'ordre du jour** Rapport de situation sur le cadre de mise en œuvre du Plan d'action mondial pour l'activité physique 2018-2030 dans la Région africaine de l'OMS  
(Document AFR/RC73/INF.DOC/6)

**Point 18.7 de l'ordre du jour** Rapport de situation sur la mise en œuvre de la Décennie d'action pour la sécurité routière dans la Région africaine  
(Document AFR/RC73/INF.DOC/7)

**Point 18.8 de l'ordre du jour** Rapport de situation sur la mise en œuvre du plan stratégique pour réduire le double fardeau de la malnutrition dans la Région africaine 2019-2025  
(Document AFR/RC73/INF.DOC/8)

**Pilier 4. Une OMS plus efficace et efficiente apportant un meilleur soutien aux pays**

**Point 18.9 de l'ordre du jour** Rapport sur le personnel de l'OMS dans la Région africaine  
(Document AFR/RC73/INF.DOC/9)

**Point 18.10 de l'ordre du jour** Questions à caractère régional découlant des rapports d'audit interne et externe de l'OMS  
(Document AFR/RC73/INF.DOC/10)

10 h 00-10 h 30	<b>Point 17 de l'ordre du jour</b>	Projet d'ordre du jour provisoire, lieu et dates de la soixante-quatorzième session du Comité régional (Document AFR/RC73/13)
10 h 30-11 h 00	<b>Point 20 de l'ordre du jour</b>	<b>Clôture de la soixante-treizième session du Comité régional</b>
11 h 00-11 h 30	<b><i>Pause-santé</i></b>	
11 h 30-12 h 30	<b>Manifestation parallèle n° 9</b>	<i>Partenariat pour le développement sanitaire de l'Afrique et des Caraïbes (HeDPAC)</i>
12 h 30-14 h 00	<b>Pause-déjeuner</b>	
14 h 00	<b><i>L'expérience du Botswana</i></b>	