

AFRICAN UNION

الاتحاد الأفريقي



UNION AFRICAINE

UNIÃO AFRICANA

Addis Ababa, Ethiopia P. O. Box 3243 Tel: 5517 700 Fax: 5511299

Website: www.africa-union.org

SC13699

CONSEIL EXÉCUTIF

Vingt-sixième session ordinaire

23 - 27 janvier 2015

Addis-Abeba (Éthiopie)

EX.CL/881(XXVI)

Original : anglais

**RAPPORT DE LA COMMISSION SUR LA MISE EN PLACE
DU CENTRE AFRICAIN POUR LA PREVENTION ET
LA LUTTE CONTRE LES MALADIES**

RAPPORT DE LA COMMISSION SUR LA MISE EN PLACE DU CENTRE AFRICAIN POUR LA PREVENTION ET LA LUTTE CONTRE LES MALADIES

1. Les chefs d'État et de gouvernement, au Sommet spécial de l'Union africaine sur le VIH et le SIDA, la tuberculose et le paludisme tenu à Abuja en juillet 2013, ont reconnu la nécessité de créer un Centre africain de prévention et de lutte contre les maladies (CAPLM) pour mener des recherches vitales sur les problèmes de santé prioritaires en Afrique. Le centre servirait également de plate-forme d'échange de connaissances et de renforcement des capacités pour répondre aux urgences et aux menaces de santé publique. La Conférence a demandé à la Commission de définir les modalités de création du Centre africain de prévention et de lutte contre les maladies.

2. La Conférence de l'Union a réaffirmé sa demande à la Commission la décision Assembly/AU/Dec.499 (XXII) de la vingt-deuxième session ordinaire de la Conférence de l'Union africaine tenue en janvier 2014 à Addis-Abeba (Éthiopie), qui souligne l'urgence de créer le Centre. En outre, la Conférence a demandé à la Commission de l'UA, en collaboration avec le Gouvernement éthiopien et d'autres États membres intéressés, de soumettre à la Conférence en janvier 2015 un rapport comprenant les implications juridiques, structurelles et financières de la mise en place du Centre. Le CAPLM serait une entité créée pour aider les pays africains à alléger leur fardeau lié aux maladies, en particulier, aux maladies transmissibles, à répondre aux situations d'urgence et à renforcer leurs capacités.

3. Les Ministres de la santé, à la première réunion des ministres africains de la santé organisée conjointement par la Commission et l'OMS, les 16 et 17 avril 2014 à Luanda (Angola), se sont engagés à :

- i) *mettre en œuvre la Décision de l'UA Assembly / AU / Dec.499 (XXII) qui souligne l'urgence d'établir le Centre africain de prévention et de lutte contre les maladies (CAPLM) tout en tenant compte des centres régionaux d'excellence existants;*
- ii) *mettre en place un groupe de travail multinational d'ici mai 2014, chargé d'élaborer les modalités et la feuille de route, y compris les implications structurelles, financières et juridiques de la mise en place du Centre;*

4. Les ministres ont ensuite demandé à la Commission et à l'OMS, en collaboration avec les parties prenantes concernées, de contribuer par leur appui technique à la création du CAPLM.

5. L'épidémie d'Ébola survenue en 2014 en Afrique de l'Ouest a fait ressortir la nécessité de prendre des actions concrètes et est en train de donner une impulsion pour la mise en place rapide du CAPLM en vue de la détection précoce, de la préparation et de la réponse aux épidémies. C'est pourquoi, le Conseil, à la seizième session extraordinaire du Conseil exécutif de l'Union africaine sur le virus Ébola tenue le 8 septembre 2014 à Addis-Abeba, a décidé entre autres, de demander à la Commission de prendre toutes les mesures nécessaires pour la mise en place rapide du Centre africain de prévention et de lutte contre les maladies (ACDCP), conformément à la Décision de la Conférence de l'Union Assembly/AU / Dec.499 (XXII) sur l'établissement du Centre, et d'assurer le fonctionnement du Centre, ainsi que l'établissement de centres régionaux d'ici mi-2015.

6. Conformément au mandat que lui ont les organes de décision de l'Union, la Commission soumet le présent rapport pour examen et approbation à la Conférence de l'Union, par l'intermédiaire du Conseil exécutif.

CENTRE AFRICAIN DE PREVENTION ET DE LUTTE CONTRE LES MALADIES (CAPLM)

RAPPORT DE LA COMMISSION

SUR

**LES MODALITÉS, LES IMPLICATIONS FINANCIÈRES
ET LA STRUCTURE DE LA CRÉATION DU CAPLM**

TABLE DES MATIÈRES

I.	Introduction	3
II.	Mandat.....	4
III.	CAPLM: vision, mission, & principes directeurs.....	6
IV.	Structure du CAPLM: Gouvernance/Institution & Operations	7
V.	Phases de développement du CAPLM (proposées).....	4
VI.	Aspects juridiques.....	7
VII.	Infrastructures requises	7
VIII.	incidences financières	7

Tableaux :

Tableau 1 : Gouvernance du CAPLM

Tableau 2 : Critères proposés pour les centres régionaux collaborateurs

Tableau 3 : Relations opérationnelles entre le CAPLM et les centres régionaux collaborateurs et les partenaires

ACRONYMES

CAPLM :	Centre africain de prévention et de lutte contre les maladies
CEPCM :	Centre européen de prévention et de contrôle des maladies
CRC :	Centres régionaux collaborateurs
DSA :	Département des Affaires sociales
OMS :	Organisation mondiale de la santé
RSI :	Règlement sanitaire international
SIMR :	Stratégie de surveillance intégrée des maladies et réponse
UA :	Union africaine
AUC	African Union Commission
CCDC	China Centres for Disease Control and Prevention
DHIS	District Health Information System
DSA	Department of Social Affairs
EBS	Event-Based Surveillance
ECDC	European Union Centres for Disease Control and Prevention
EOC	Emergency Operations Centre
EPHO	Essential Public Health Operations
EPR	Emergency Preparedness and Response
EWAR	Early Warning and Response
FELTP	Field Epidemiology and Laboratory Training Program
GOARN	Global Outbreak Alert and Response Network
IANPHI	International Association of National Public Health Institutes
IDSR	Integrated Disease Surveillance and Response
IHR	International Health Regulations
IM	Incident Management
IMS	Incident Management System
NPHI	National Public Health Institution
OLC	Office of the Legal Counsel
PAHO	Pan-American Health Organization
PRC	Permanent Representatives' Committee
SHOC	Strategic Health Operations Centre
RC	Regional Centres
US CDC	United States Centres for Disease Control and Prevention
WHO	World Health Organization

CENTRE AFRICAIN DE PRÉVENTION ET DE LUTTE CONTRE LES MALADIES

I. Introduction

1. La transmission de maladies à dimension épidémique aux niveaux national et transnational a rendu nécessaire le renforcement de nos capacités de prévention et de lutte contre les maladies en Afrique. La coopération transfrontalière, transnationale et intercontinentale, qui est devenue la norme en matière de prévention et de lutte efficaces contre les maladies transmissibles au cours du 21^e siècle, demeure l'approche la plus rentable. En outre, l'épidémiologie de ces maladies varie d'un pays à l'autre et d'une région à l'autre.

2. Les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles sont des facteurs importants de morbidité et de mortalité que l'on peut en Afrique. En outre, l'Afrique continue de faire face à de fréquentes situations d'urgence naturelles ou provoquées par l'homme, qui entraînent souvent des catastrophes.

3. Les États membres ont fait d'importants efforts pour atténuer l'impact négatif de ces maladies et de ces situations et catastrophes ou pour les endiguer, en adoptant et en appliquant des politiques stratégiques, à savoir la surveillance, la prévention et la lutte contre les maladies, le renforcement des systèmes de santé et la préparation et les interventions en cas de catastrophes. Ces politiques ont permis de réaliser des progrès significatifs. Les États membres ont également mis en place des mesures spécifiques, notamment la mise en œuvre de la Stratégie de surveillance intégrée des maladies et réponse (SIMR), du Règlement sanitaire international (RSI 2005) et d'autres résolutions et initiatives de prévention et de lutte contre les situations d'urgence.

4. Malgré les progrès accomplis, des défis restent encore à relever en ce qui concerne la prévention et la lutte contre les maladies, tels que l'insuffisance des infrastructures et des capacités humaines, la faiblesse des systèmes de surveillance des maladies et des services de recherche en laboratoire, et la préparation et la réponse inadéquates aux urgences et aux catastrophes sanitaires.

5. Compte tenu de toutes ces difficultés que connaît le continent et de la nécessité d'un cadre de responsabilisation pour la sécurité sanitaire et donc, de protéger les citoyens d'Afrique et d'ailleurs, il y a nécessité urgente de mettre en place une structure pour soutenir les pays africains dans leurs efforts visant à répondre efficacement aux urgences, à relever des défis de santé complexes et à renforcer les capacités indispensables.

6. Le Centre africain de prévention et de lutte contre les maladies (CAPLM), en tant qu'institution africaine servira de plate-forme solide pour la coordination technique, et à terme, pour le renforcement de la prévention, de la surveillance et des interventions en matière de santé publique partout sur le continent. En outre, le Centre renforcera la capacité de réponse aux urgences de santé publique, y compris les épidémies, les catastrophes provoquées par l'homme et les catastrophes naturelles, et les problèmes de santé publique de portée continentale et internationale.

II. Mandat

7. Les chefs d'État et de gouvernement, au Sommet spécial de l'Union africaine sur le VIH et le SIDA, la tuberculose et le paludisme tenu à Abuja en juillet 2013, ont reconnu la nécessité de créer un Centre africain de prévention et de lutte contre les maladies (CAPLM) pour mener des recherches vitales sur les problèmes de santé prioritaires en Afrique. Le centre servirait également de plate-forme d'échange de connaissances et de renforcement des capacités pour répondre aux urgences et aux menaces de santé publique. La Conférence a demandé à la Commission de définir les modalités de création d'un Centre africain de prévention et de lutte contre les maladies.

8. La Conférence de l'Union a réaffirmé sa demande à la Commission la décision **Assembly/AU/Dec.499 (XXII)** de la vingt-deuxième session ordinaire de la Conférence de l'Union africaine tenue en janvier 2014 à Addis-Abeba (Éthiopie), qui souligne l'urgence de créer le Centre. En outre, la Conférence a demandé à la Commission de l'UA, en collaboration avec le Gouvernement éthiopien et d'autres États membres intéressés, de soumettre à la Conférence en janvier 2015 un rapport comprenant les implications juridiques, structurelles et financières de la mise en place du Centre. Le CAPLM serait une entité créée pour aider les pays africains à alléger leur fardeau lié aux maladies, en particulier, aux maladies transmissibles, à répondre aux situations d'urgence et à renforcer leurs capacités.

9. Les Ministres de la santé, à la première réunion des ministres africains de la santé organisée conjointement par la Commission et l'OMS, les 16 et 17 avril 2014 à Luanda (Angola), se sont engagés à :

- i) mettre en œuvre la Décision de l'UA Assembly/AU/Dec.499 (XXII) qui souligne l'urgence d'établir le Centre africain de prévention et de lutte contre les maladies (CAPLM) tout en tenant compte des centres régionaux d'excellence existants;
- ii) mettre en place un groupe de travail multinational d'ici mai 2014, chargé d'élaborer les modalités et d'établir une feuille de route pour la mise en place du CAPLM, y compris ses implications structurelles, financières et juridiques;

10. Les ministres ont ensuite demandé à la Commission et à l'OMS, en collaboration avec les parties prenantes concernées, de contribuer par leur appui technique à la création du CAPLM.

11. L'épidémie d'Ébola survenue en 2014 en Afrique de l'Ouest a fait ressortir la nécessité de prendre des actions concrètes et est en train de donner une impulsion pour la mise en place rapide du CAPLM en vue de la détection précoce, de la préparation et de la réponse aux épidémies. C'est pourquoi, le Conseil, à la seizième session extraordinaire du Conseil exécutif de l'Union africaine sur le virus Ébola tenue le 8 septembre 2014 à Addis-Abeba, a demandé entre autres, à la Commission de :

Prendre toutes les mesures nécessaires pour la mise en place rapide du Centre africain de prévention et de lutte contre les maladies (CAPLM), conformément à la Décision de la Conférence de l'Union Assembly/AU / Dec.499 (XXII) sur l'établissement du Centre, et de veiller à ce qu'il soit opérationnel d'ici mi-2015, y compris le renforcement des systèmes d'alerte précoce, afin qu'il réponde de

manière opportune et efficace à toutes les urgences de santé, et assure la coordination et l'harmonisation des règlements et interventions sanitaires des Etats membres ainsi que l'échange d'informations sur les expériences et les bonnes pratiques.

A. Mesures prises par la Commission

12. Conformément au mandat que lui ont donné les organes de décision de l'Union africaine, la Commission, avec le soutien financier et technique du Centre de contrôle et de prévention des maladies (CDC) des États-Unis et les contributions techniques de l'OMS AFRO, a pris les mesures suivantes:

- la Commission a présenté les décisions prises par la Conférence de l'Union en juillet 2013 et janvier 2014 à la première réunion des ministres africains de la santé qui a été organisée conjointement par la Commission et l'OMS, les 16 au 17 avril 2014 à Luanda (Angola). Les ministres se sont engagés à mettre en œuvre la Décision Assembly AU / AU / Dec.499 (XXII) et ont décidé de créer un groupe de travail multinational chargé de définir les modalités et d'élaborer la feuille de route pour la création du Centre ;
- le groupe de travail multinational a été mis en place en juin 2014. Seize (16) États membres ont été sélectionnés sur la base de la représentation géographique, parmi les Etats membres qui avaient manifesté leur intérêt au cours de la réunion des ministres de la santé organisée conjointement par la Commission de l'UA et l'OMS en avril 2014 (3 Etats membres par région, plus l'Éthiopie conformément à la décision Assembly/AU/Dec.499 (XXII)). La liste des États membres et les termes de référence (pour le groupe de travail sont joints en annexes 1 et 8 ;
- la Commission a effectué de juin à juillet 2014, une évaluation rapide de toutes les institutions de type CAPLM existant en Afrique;
- la Commission et les experts des États membres qui ont désigné les membres du groupe de travail multinational en réponse à la note verbale de la Commission en date du 30 juin 2014 ont effectué une visite d'étude auprès du Centre de contrôle des maladies à Atlanta (États-Unis), du 6 au 9 août 2014 ;
- la seizième session extraordinaire du Conseil exécutif sur le virus Ébola tenue le 8 septembre 2014 a demandé à la Commission d'accélérer la mise en place du CAPLM et de le rendre opérationnel d'ici mi-2015 ;
- une réunion du groupe de travail multinational a été organisée les 29 et 30 octobre 2014. Le groupe de travail a :
 - analysé les stratégies et les cadres nécessaires pour la mise en place et l'opérationnalisation du CAPLM, y compris les termes de référence, l'infrastructure minimale, les capacités techniques et les ressources humaines nécessaires pour la mise en place du CAPLM ;
 - défini une feuille de route claire assortie de délais clairs pour la mise en place et l'opérationnalisation du CAPLM d'ici mi 2015;

- déterminé les implications financières de la mise en place et de l'opérationnalisation du CAPLM; et
- défini les rôles et les responsabilités de la Commission de l'UA, des États membres et des autres parties prenantes en ce qui concerne le soutien à apporter à la mise en place et à l'opérationnalisation du CAPLM.

III. CAPLM: vision, mission, & principes directeurs

A. Vision

Une Afrique plus sûre, plus saine, intégrée et prospère, dans laquelle les États membres peuvent prévenir les maladies, détecter et répondre ensemble à des crises de santé publique.

B. Mission

La mission du CAPLM est de répondre à des préoccupations majeures de santé publique en Afrique, d'abord par la prévention et, si nécessaire, par le dépistage et la réponse. Le CAPLM servira également pour les États membres de plate-forme d'échange des connaissances et expériences, de renforcement des capacités et d'assistance technique mutuelle. .

C. Principes directeurs

1. **Leadership:** Le CAPLM sera une institution qui donnera des orientations stratégiques et assurera la promotion des bonnes pratiques en matière de santé publique dans les États membres à travers le renforcement des capacités, l'amélioration continue de la qualité de la prestation des services de santé publique et de la prévention des urgences et menaces de santé publique, si possible, et dans le cas contraire, de la réaction de chaque État membre.
2. **Crédibilité.** Le plus grand atout du CAPLM sera la confiance qu'il créera chez ses bénéficiaires et ses parties prenantes, en tant qu'institution respectée et travaillant sur la base de preuves. Le Centre peut jouer un rôle important dans la promotion de la communication et dans le partage de l'information à travers le continent.
3. **Appropriation:** Le CAPLM sera une institution africaine. En outre, au niveau national, Les États membres s'approprient le CAPLM au niveau national en jouant un rôle consultatif lors de l'élaboration des priorités du CAPLM et à travers leur engagement direct vis-à-vis des programmes du CAPLM.
4. **Organisation de réunions:** Conformément au mandat juridique que lui donne la Déclaration de l'Union africaine, le CAPLM convoquera une réunion des représentants des États membres lorsqu'il se posera un problème de santé publique ayant des dimensions transfrontalières ou régionales. A ladite réunion, le leadership du CAPLM pourra lancer un

appel aux États membres, par l'intermédiaire des organes de l'UA, pour qu'ils prennent les mesures appropriées. Le CAPLMM devra établir des partenariats et des réseaux solides avec les pays et mettre à profit leur collaboration.

5. **Transparence:** l'interaction et l'échange d'informations sans entrave entre le CAPLMM et les États membres sont inhérents à la mission du CAPLM.
6. **Responsabilité:** Le CAPLM s'engage à répondre devant les États membres de sa stratégie de gouvernance et de sa gestion financière.
7. **Valeur ajoutée:** pour chaque objectif ou activité stratégiques, le CAPLM doit prouver que l'initiative en question ajoute de la valeur aux activités de santé publique des États membres et des autres partenaires.

D. Objectifs stratégiques

13. En vue de refléter l'environnement continental dynamique dans lequel il fonctionnera, le CAPLMM devra mettre progressivement en œuvre les objectifs stratégiques suivants:

1. mettre en place des plates-formes d'alerte rapide et de surveillance pour faire face rapidement et efficacement à toutes les urgences sanitaires;
2. apporter un soutien à la préparation et à la réponse aux urgences de santé publique
3. aider les États membres à combler les lacunes et à respecter le Règlement sanitaire international (RSI 2005);
4. apporter un soutien et/ou procéder à une cartographie des risques aux niveaux régional et national, et à l'évaluation des risques pour les États membres.

IV. Structure du CAPLM: Gouvernance/Institution & Operations

14. Le CAPLM sera établi en tant qu'institution spécialisée de l'Union conformément à l'article 5 (2) de l'Acte constitutif. Les principes directeurs, le cadre, les objectifs stratégiques, la structure, le mandat et les fonctions du CAPLM seront définis dans le Statut.

A. Structure de gouvernance

15. Le CAPLM aura la structure administrative suivante (Tableau 1)

- i) Réunion des ministres africains de la Santé;
- ii) Conseil d'administration;
- iii) Conseil consultatif;

iv) Secrétariat du CAPLM.

16. Le Statut du CAPLM qui sera élaboré par le Conseiller juridique définira la composition et les fonctions de la structure de gouvernance.

Division de la prévention et de la lutte contre les maladies

17. Une Division de la prévention et de la lutte contre les maladies sera créée au sein du Département des Affaires sociales (DAS) pour assurer la liaison entre la Commission et le CAPLM. Cette division aura comme personnel, un chef de division, des fonctionnaires principaux et des fonctionnaires

Tableau 1 : Gouvernance du CAPLM

B. Cadre d'activités et structure opérationnelle (Modus Operandi) du CAPLM

18. Le CAPLM doit être une institution africaine qui apporte une valeur ajoutée et qui est hautement crédible. L'éventail des problèmes et des questions que le CAPLM pourrait traiter est large, mais le CAPLM devrait commencer à travailler en coopération avec les centres régionaux collaborateurs (CRC), en se concentrant sur ses principaux objectifs stratégiques. Il pourra élargir ses activités lorsqu'il sera bien établi et qu'il aura prouvé son utilité. Outre les principes directeurs, il est proposé le cadre suivant :

- 1) Le développement d'une perception commune sur le continent selon laquelle les menaces pour la santé publique, au niveau national ont un impact sur la sécurité et la viabilité économique régionales.
- 2) Travailler avec l'OMS, d'autres partenaires multisectoriels tels que les institutions et les agences spécialisées de l'Union africaine, et les partenaires externes tels que le Centre américain de contrôle des maladies, le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (CEPCM), et le Centre chinois de prévention et de contrôle des maladies ainsi qu'avec les Centres régionaux collaborateurs du CAPLM en vue d'assurer la mise en œuvre progressive de ses objectifs stratégiques.
- 3) Faciliter l'accès à l'information essentielle (a) en mettant en place un accord de partage de données continentales; (b) en améliorant la qualité des données et (c) en développant des éléments de données interchangeables qui aideraient les pays à se préparer aux situations d'urgence.

Centres régionaux collaborateurs du CAPLM

19. Le CAPLM, dans l'exécution quotidienne de ses activités et de ses objectifs stratégiques, sera appuyé par les centres régionaux collaborateurs. Le CAPLM, s'appuyant sur les centres régionaux, deviendra à terme « un Centre africain sans murs », au service du continent plutôt qu'un centre lointain centralisant toutes les fonctions. Au moins, cinq centres régionaux collaborateurs seront identifiés lors du lancement du CAPLM afin que chaque région (Nord, Ouest, Est, Centre et Sud) du continent soit représentée, bien que le nombre de ces centres soit appelé à augmenter avec le temps.

20. Compte tenu du fait que les centres collaborateurs sont des entités qui ont satisfait aux critères du CAPLM (Tableau 3) pour la sélection en tant que centre régional, la direction de ces centres ne sera pas nécessairement un personnel permanent du CAPLM. Le directeur d'un Centre régional collaborateur sera désigné comme **le coordonnateur régional CAPLM** au sein de la structure organisationnelle du CAPLM.

21. Il est recommandé que la sélection des centres régionaux collaborateurs soit effectuée par le Conseil d'administration du CAPLMM qui tiendra compte de la contribution du Conseil consultatif. Les critères¹ de sélection suivants devraient être appliqués pour les organisations ou agences qui souhaitent obtenir le statut de centre collaborateur.

- la compétence technique et une expertise avérée dans les fonctions essentielles de santé publique ² (EPHO) qui sont directement liées aux objectifs stratégiques du CAPLM [par exemple la surveillance de la santé de la population (EPHO 1) ou la surveillance et la réponse aux risques et aux urgences sanitaires (EPHO 2), voir l'Annexe 7];
- le centre collaborateur doit être soit:
 - une institution gouvernementale existante ;
 - une institution qui apporte un soutien important au gouvernement dans les efforts qu'il fait domaine de la santé publique ;
- un lien clair entre les objectifs du programme du centre collaborateur et les objectifs stratégiques du CAPLM, ce qui a un plus grand impact collectif et entraîne un renforcement des capacités.

22. D'autres critères sont proposés dans le Tableau 3. Le principe général est que chaque centre collaborateur devrait apporter une valeur ajoutée à l'exécution des objectifs stratégiques du CAPLM. Le conseil d'administration réexaminera à intervalles réguliers de 5 ans au moins, le statut des centres régionaux collaborateurs de manière à ce qu'un centre régional donné qui ne s'acquitte pas de ses tâches, puisse être remplacé par un autre centre régional plus approprié.

23. Par ailleurs, bien que les limites des Communautés économiques régionales ne correspondent pas aux cinq régions géographiques proposées pour la sélection des centres collaborateurs, le CAPLM pourrait avoir recours aux CER pour savoir quelles institutions régionales de santé publique se sont révélées viables et ont déjà enregistré des succès.

¹ Les critères sont basés sur le Réseau Accordia des Centres d'excellence de l'Afrique (<http://www.accordiafoundation.org/what-we-do/network-of-african-centers-of-excellence/index.html>)

² Voir Annexe 3 Les fonctions essentielles de santé publique sont des compétences ou des actions essentielles pour l'amélioration de la santé des populations. L'Organisation panaméricaine de la Santé a élaboré une liste des fonctions essentielles de la santé publique au début du 21^e siècle. Ensuite, Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a publié une liste de fonctions essentielles de la santé (2011). *Global health in the 21st century*. Ulrich Laaser, Helmut Brand. *Glob Health Action*. 2014; 7: 10.3402/gha.v7.23694. Publié en ligne le 13 février 2014

Éléments communs à tous les centres

- Connaissances en matière de surveillance, de prévention, de préparation aux situations d'urgence, ou mise en valeur des ressources humaines;
- Appartenir à un Etat membre ou à une communauté économique régionale;
- Preuves avérées en matière de mobilisation d'agents sanitaires;
- Capacité de laboratoire.

spécifique à une région donnée

- Peut représenter les parties prenantes dans la région
- Éviter le double emploi en ce qui concerne la capacité des Etats membres; jouer un rôle essentiel à valeur ajoutée;
- Avoir une expertise en matière de risques de santé spécifiques à une région donnée ;
- Vouloir et pouvoir renforcer les capacités d'autres pays qui n'en ont pas..

Principes directeurs

- Lien entre les objectifs des centres collaborateurs et les objectifs du CAPLM;
- Bonne gouvernance & responsables respectés;
- Financement durable et responsabilité fiscale;
- Collaboration entre les secteurs de la santé.

Tableau 2. Critères proposés pour les centres régionaux collaborateurs

24. Le CAPLM devra exercer un contrôle stratégique en établissant un programme et un plan de travail sur la base des objectifs stratégiques mentionnés ci-dessus, mais la mise en œuvre de ces programmes et plan de travail fera probablement l'objet d'un consensus et d'une coordination entre le centre régional et les ministères de la santé de la région (le Tableau 2 indique les relations opérationnelles entre le CAPLM et le centre collaborateur régional). Lorsque la mise en œuvre du programme stratégique du CAPLM nécessite un soutien direct du siège du CAPLM, le coordonnateur du centre collaborateur devra en faire la demande au directeur du CAPLM. Dans tous les cas, le CAPLM établira des procédures claires pour la coopération et la collaboration avec les centres régionaux.

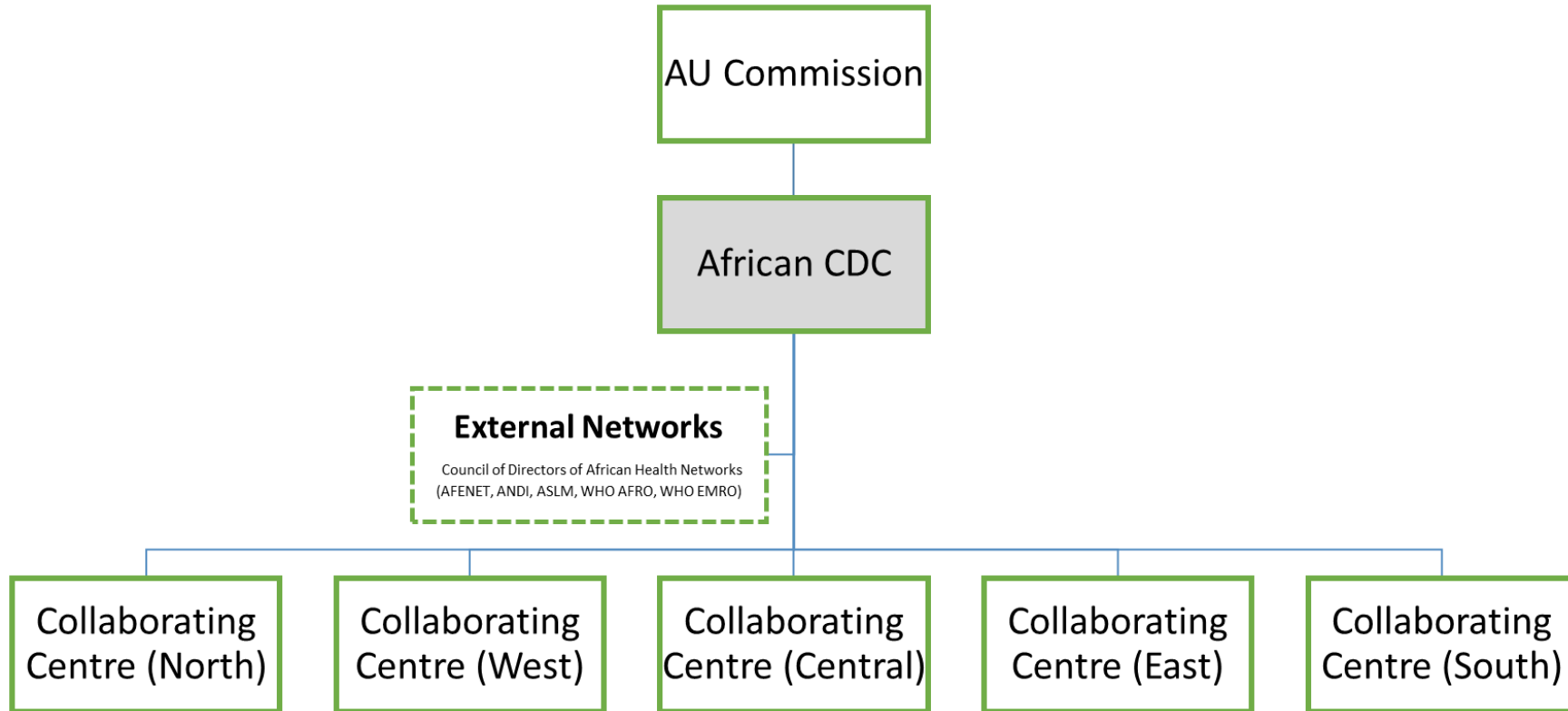
Collaboration avec l'OMS et d'autres partenaires extérieurs

25. Le CAPLM devra travailler en étroite collaboration avec les bureaux régionaux de l'OMS pour l'Afrique et la Méditerranée orientale en vue de maximiser les synergies dans le cadre du renforcement de la prévention et de la surveillance locales des maladies, d'améliorer le diagnostic de laboratoire des agents pathogènes, et de renforcer la réponse d'urgence aux épidémies. Le CAPLM devra également travailler en étroite collaboration avec l'OMS pour soutenir les pays qui satisfont aux exigences, ce qui montre qu'ils sont bien préparés pour faire face aux menaces infectieuses émergentes.

26. En outre, aux fins de collaboration au jour le jour, le CAPLM pourrait établir un **Conseil d'administration des réseaux africains de la santé**, ce qui permettrait d'identifier les activités transversales et synergétiques du programme. Les réseaux concernés sont entre autres ; le Réseau africain d'épidémiologistes de terrain (AFENET); la Société africaine de médecine de laboratoire (ASLM) et le Réseau africain pour le diagnostic (ANDI).

27. En ce qui concerne certains partenaires dont le travail ressemble beaucoup aux activités stratégiques du CAPLM, un protocole d'entente entre ces partenaires et le CAPLM pourrait aider à définir les priorités communes et le rôle spécifique que chaque entité pourrait jouer pour leur mise en œuvre³

³ Règlement (CE) No 851/2004 du Conseil du Parlement européen du 21 avril 2004 portant création du Centre européen pour le contrôle et la prévention des maladies.



CAPLM

Tableau 3. Relations opérationnelles entre le CAPLM et les centres régionaux collaborateurs et les partenaires

V. Phases de développement du CAPLM (proposées)

Phase 1

- **6 mois - 1 an**

28. La Conférence de l'Union a adopté le document sur le CAPLM a été adopté par la Conférence de l'Union, et a donné mandat de lancer le CAPLM avant mi-2015. Compte tenu des délais de recrutement à l'Union africaine et du fait que la date limite des propositions pour le budget de l'exercice 2015 est déjà passée, il sera difficile de recruter le personnel du CAPLM selon les procédures de recrutement habituelles.

29. Le CAPLM devra donc acquérir son personnel (personnel de direction et personnel d'exécution) par le biais de détachements de fonctionnaires des États membres et des partenaires extérieurs⁴. Sur la base des recommandations du groupe de travail multinational du CAPLM, le CAPLM devrait se concentrer, dans la phase 1, sur la surveillance des menaces et des maladies et sur le soutien à la préparation aux situations d'urgence en assurant la formation dans les États membres des centres de la gestion des incidents des opérations d'urgence.

Calendrier proposé pour la phase 1

Calendrier	Activité	Département/organe responsable
Janvier 2015	Conférence de l'Union africaine	
Février 2015	Distribuer les demandes de détachement de personnel des partenaires et des États membres	Département des Affaires sociales (DSA)
Mars 2015	Elaborer le Statut du CAPLM; le soumettre au CTS sur la Justice & Affaires juridiques	Bureau du conseiller juridique/département des Affaires sociales
Avril 2015	Confirmer les détachements de personnel	
Juin—Juillet 2015	Lancement du CAPLM	
Juillet 2015	Première réunion de planification stratégique du CAPLM; définir les phases et le calendrier pour la	Conseil d'administration du CAPLM

⁴ Des diplômés du programme de formation en épidémiologie de terrain et en laboratoire provenant des cinq régions de l'Afrique pourraient, par exemple, être recrutés comme épidémiologistes dans l'équipe de surveillance des menaces et maladies. Leur solide base de connaissances régionales et d'expériences serait un atout majeur pour l'établissement d'un lien durable entre le CAPLM et les États membres.

Calendrier	Activité	Département/organe responsable
	réalisation des objectifs stratégiques de l'Année 1 (surveillance des menaces et maladies; préparation et réponses aux situations d'urgence)	Conseil consultatif du CAPLM
Aôut 2015	Plan de travail annuel stratégique détaillé distribué aux parties prenantes du CAPLM Période de recrutement habituelle des ressources humaines de l'UA (soumettre les termes de référence et les descriptions de postes)	
Janvier—Juin 2016	Début du recrutement du personnel régulier	Admin. & ress.humaines et dép. Affaires sociales

Phase 1 (Année 2)

30. Au cours de l'année 2, le CAPLM devrait:

- aider les États membres à examiner leur auto-évaluation de l'application du RSI;
- faire une 'évaluation et une cartographie des risques pour les régions du CAPLM et pour les États membres;
- augmenter le nombre de centres régionaux de coordination;
- renforcer et promouvoir les activités au sein des réseaux de partenaires.

Phase 2 (Année 3-5)

- renforcer le personnel de la santé publique en Afrique par la formation et l'élaboration de directives sur le personnel de la santé publique;
- élaborer une charte juridique assortie des règlements, sur laquelle seront basées les structures hiérarchiques pour les activités des centres des opérations d'urgence du CAPLM à travers le continent;
- investir dans l'infrastructure physique des centres des opérations d'urgence;

- réévaluer les objectifs stratégiques du CAPLM.

Phase 3 (Année 5-10)

- promouvoir et renforcer la recherche en santé publique;
- renforcer les initiatives de prévention primaire et secondaire;
- plaider pour des politiques et des législations sur la santé publique
- faire du CAPLM la "Première source " pour l'expertise dans certaines disciplines, les laboratoires dotés de capacités spéciales, et la connaissance à l'échelle continentale des ressources liées à la préparation aux épidémies (vaccins, réactifs de diagnostic, kits de test, équipements de protection individuelle).

C. Ressources humaines et Infrastructure

31. Cette section donne un aperçu des ressources humaines et des infrastructures minimales nécessaires au fonctionnement du CAPLM, tel que proposé dans la section III.D.

Personnel

32. Pour atteindre les objectifs de l'Année 1, onze (11) fonctionnaires, au minimum, seront nécessaires, et si les fonds le permettent, vingt (20) fonctionnaires seraient l'idéal. Les organigrammes proposés pour la structure sont présentés aux Annexes 5 et 6. **Selon la structure de gouvernance qui sera approuvée par la Conférence de l'Union, et pour se conformer à la politique de recrutement de l'UA, les descriptions de postes devront être modifiées, de même que les qualifications requises et les salaires pour chaque poste du CAPLM.** Une fois, les postes approuvés, les descriptions de poste seront élaborées.

33. Le Tableau à l'Annexe 5 représente le minimum nécessaire pour répondre aux objectifs stratégiques décrits ci-dessus (en particulier, la surveillance des menaces et des maladies et la préparation et les réponses aux urgences); il faudrait s'attendre à une augmentation des opérations et du personnel pour pouvoir faire face aux urgences (Annexe 6).

- 1) Directeur
- 2) Directeur adjoint
- 3) Chercheur au laboratoire
- 4) Épidémiologiste (s)

- a. Analyste des données de surveillance des menaces et des maladies.

b. Conseiller, Règlement sanitaire international.

- 5) Biostatisticien
- 6) Économiste de la santé
- 7) Spécialiste (s) de la GEO Information
- 8) Rédacteur scientifique
- 9) Fonctionnaire (s) spécialistes des Technologies de l'information et de la communication
- 10) Fonctionnaire des Finances
- 11) Fonctionnaire chargé de la mobilisation des ressources
- 12) Administrateur
- 13) Chef de la section logistique

VI. Aspects juridiques

34. Les aspects juridiques seront traités dans le projet de Statut qui sera élaboré en collaboration avec le Bureau du Conseiller juridique.

VII. Infrastructures requises

35. Les premières initiatives du CAPLM reflèteront les objectifs stratégiques décrits ci-dessus. Étant donné les ressources limitées et le mandat pour le lancement d'ici mi-2015, il est prévu que les programmes de surveillance des menaces et des maladies et les programmes de préparation et de réponse aux urgences (par exemple le Centre des opérations d'urgence) occuperont le même espace physique. Les infrastructures requises figurent à l'Annexe.6. Certains des coûts liés aux infrastructures requises sont inclus dans le budget proposé à l'Annexe 7 et dans le résumé ci-dessous.

VIII. Incidences financières

36. Les sources de financement possibles pour le CAPLM devraient être examinées par la Conférence de l'UA (janvier 2015).

37. Le budget approximatif pour la mise en place du CAPLM et pour son fonctionnement pendant 18 mois est de **5. 114.732 dollars.**

N°	LIBELLE	2015	2016	TOTAL
1	Ressources humaines	950 111	1 840 221	2 790 332
2	Consultations	196 000	392 000	588 000
3	Formation (Stages internationaux)	103 333	206 667	310 000
4	Voyage	74 667	149 333	224 000
5	Réunions, ateliers et activités	330 000	380 000	710 000

6	Publications	35 000	45 000	80 000
7	Équipement de bureau	277 400	36 000	313 400
8	Équipement de Communication et TI	33 000	66 000	99 000
TOTAL GÉNÉRAL		1 999 511	3 115 221	5 114 732

RAPPORT DE LA COMMISSION

SUR

**LES MODALITÉS, LA STRUCTURE ET LES IMPLICATIONS,
JURIDIQUES ET FINANCIÈRES RELATIVES À LA CRÉATION
D'UN CENTRE AFRICAIN DE PRÉVENTION ET DE LUTTE
CONTRE LES MALADIES (CDC AFRICAIN)**

AFRICAN UNION

الاتحاد الأفريقي



UNION AFRICAINE

UNIÃO AFRICANA

Addis Ababa, ETHIOPIA P O Box 3243 Tel: 0115517700 Fax: 00115517844

SC13704

**Centre africain de prévention et de lutte contre les maladies
(CDC africain)**

RAPPORT DE LA COMMISSION

SUR

**LES MODALITÉS, LA STRUCTURE ET LES IMPLICATIONS,
JURIDIQUES ET FINANCIÈRES RELATIVES À LA CRÉATION
D'UN CENTRE AFRICAIN DE PRÉVENTION ET DE LUTTE
CONTRE LES MALADIES (CDC AFRICAIN)**

ANNEXES

Annexe 1: Termes de référence du Groupe de travail multinational



AFRICAN UNION
الاتحاد الإفريقي



UNION AFRICAINE
UNIÃO AFRICANA

TERMES DE RÉFÉRENCE DU GROUPE DE TRAVAIL MULTINATIONAL POUR LA CRÉATION D'UN CENTRE AFRICAIN DE PRÉVENTION ET DE LUTTE CONTRE LES MALADIES

A. Contexte

Les maladies transmissibles et non transmissibles sont des facteurs importants de morbidité et de mortalité susceptibles d'être évitées en Afrique, un continent qui continue d'être exposé à de fréquentes situations d'urgence, naturelles ou provoquées par l'homme, qui conduisent souvent à des catastrophes.

Les États membres ont effectué des progrès et des efforts considérables pour restreindre et minimiser l'impact de ces maladies, ces conditions et ces situations, à travers l'adoption et la mise en œuvre de politiques et de stratégies relatives à la surveillance épidémiologique et à la lutte contre les maladies ainsi qu'aux systèmes de santé, à la planification préalable des catastrophes et au plan d'intervention en cas de catastrophe. Ces mesures comprennent la mise en œuvre d'une stratégie de surveillance épidémiologique intégrée et de riposte (IDSR), le Règlement sanitaire international (IHR 2005) ainsi que d'autres résolutions et initiatives de contrôle et de prévention des situations d'urgence.

En dépit des progrès réalisés, certains défis subsistent en matière de lutte contre les maladies, tels que le manque d'infrastructures et de ressources humaines, la faiblesse de la surveillance épidémiologique, les essais de laboratoire limités ainsi que le retard et l'inadéquation de la planification préalable et de riposte aux situations d'urgence et aux catastrophes.

Eu égard à ces défis auxquels l'Afrique se trouve confrontée en tant que continent et étant donné la nécessité de l'existence d'un cadre de responsabilisation en matière de sécurité sanitaire pour la protection des citoyens du continent et d'ailleurs, il s'avère des plus urgents de mettre en place une structure d'appui aux pays africains afin que ces derniers puissent intervenir efficacement lors des situations d'urgence et obtenir l'assistance technique nécessaire pour répondre à la complexité des défis de santé et pour renforcer les capacités dont ils ont besoin.

Conformément à la Décision **Assembly/AU/Dec.499 (XXII)** de la vingt-deuxième session ordinaire de la Conférence de l'UA tenue en janvier 2014 et conformément aux engagements pris lors de la première réunion des ministres de la Santé de l'Union

africaine conjointement convoquée par la Commission de l'Union africaine (Commission de l'UA) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), tenue à Luanda en Angola les 16 et 17 avril 2014, l'accent a été mis sur i) l'urgence de créer un centre africain de lutte contre la maladie (en anglais « ACDCP ») tout en prenant acte de l'existence de centres régionaux d'excellence et ii) la constitution d'un groupe de travail multinational composé de la Commission de l'UA, de l'OMS, du Gouvernement de la République d'Éthiopie ainsi que des États membres intéressés, chargé de définir les modalités et d'élaborer une feuille de route pour la création dudit centre, y compris son cadre juridique et ses implications financières.

Ledit centre constituerait un centre de référence en matière d'appui et de coordination des activités des institutions nationales, avec pour objectif d'alléger le fardeau que constitue la maladie à travers la lutte contre les maladies transmissibles, l'intervention en cas de situations d'urgence ainsi que le renforcement des capacités des pays africains. La création dudit centre tirera parti des diverses expériences des centres d'excellence nationaux et sous-régionaux.

B. Termes de référence

En collaboration avec les ministères de la Santé des membres du Groupe de travail multinational, et sous la supervision de la Commission de l'UA et de l'OMS, les experts seront chargés d'effectuer les activités suivantes:

- définir clairement la mission du Centre africain de lutte contre la maladie tout en prenant acte de l'existence d'autres centres d'excellence régionaux ainsi que des priorités et des besoins pertinents de l'Afrique dans le domaine de la santé ;
- procéder à l'examen des projets de documents sur la création dudit centre présentés par la Commission de l'Union africaine ;
- élaborer de façon circonstanciée les termes de référence dudit centre;
- proposer des infrastructures minimales requises, les capacités en ressources humaines ainsi que les voies et moyens pour atteindre l'objectif dudit centre ;
- définir la structure organisationnelle et le mode de fonctionnement du centre y compris ses relations avec la Commission de l'UA et l'OMS ainsi que ses rapports avec les institutions régionales et internationales ;
- élaborer une feuille de route avec un calendrier clair et précis pour la création dudit centre ;
- faire le point de toutes les implications financières relatives à la création, l'opérationnalisation et la pérennité dudit centre y compris les contributions

requis des pays africains ainsi que le financement de contrepartie des partenaires ;

- proposer une liste de partenaires potentiels afin de s'assurer de la diversité des sources de financement dudit centre en vue de garantir une performance soutenue;
- définir les rôles et les responsabilités de la Commission de l'UA, de l'OMS ainsi que d'autres parties prenantes compétentes dans le cadre de l'appui à la création et à l'opérationnalisation du centre ainsi que sa gestion après opérationnalisation.

C. Composition du Groupe de travail multinational

Le Groupe de travail sera composé de la Commission de l'UA, de l'OMS, du CDC des États-Unis ainsi que de 16 États membres. Le représentant de chaque État membre est censé être désigné par le ministère de la Santé du pays concerné. Cette personne est censée être un scientifique chevronné, nanti d'expertise technique et d'une expérience professionnelle approfondie en matière de coordination et de gestion des institutions de recherche en santé publique.

Annexe 2: Services, fonctions ou opérations essentiels de santé publique

Il existe plusieurs définitions des compétences ou des actions essentielles nécessaires à l'amélioration de la santé des populations. En 2000, l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) a élaboré une liste des fonctions essentielles de santé publique (FESP); en 2009, l'Association internationale des Instituts nationaux de santé publique a élaboré une liste des fonctions principales des instituts nationaux de santé publique; et en 2011, le Bureau régional pour l'Europe de l'OMS (OMS-EURO) a publié une liste des opérations essentielles de santé publique (OESP), qui sont souvent moins bien connues. Voici un résumé des OESP de l'OMS-EURO. Cette liste (ou listes analogues de l'OPS et de l'IANPHI) sert d'outil pour encadrer les activités choisies du CDC africain. Le scénario idéal voudrait qu'une institution du type CDC se donne la capacité d'offrir à ces citoyens tous les services mentionnés ci-après.

OESP 1: Surveillance de la santé et du bien-être des populations

- Mise en place et maintien de vastes systèmes et des registres de surveillance des maladies et des mesures liées à la santé;
- Intégration et analyse de données (en particulier de diagnostic de santé communautaire) afin d'identifier les besoins des populations et les groupes à risque et suivre les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs fixés en matière de santé;
- Publication des données dans des formats multiples et pour divers publics.

OESP 2: Surveillance et réponse aux risques et aux urgences sanitaires

- Lutte contre les maladies transmissibles;
- Lutte contre les risques environnementaux pour la santé;
- Soutien des laboratoires aux enquêtes sur les menaces pour la santé;
- Planification, enquêtes et réponses aux urgences de santé publique;
- Désignation d'un coordonnateur des interventions d'urgence;
- Exploitation des enseignements tirés, maintien à jour des protocoles et mise en place d'un fichier d'experts;
- Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI).

OESP 3: Opérations de protection de la santé (parmi lesquelles notamment les opérations touchant à l'environnement, la sécurité au travail et la sécurité alimentaire)

- Capacités techniques pour l'évaluation des risques;
- Application des lois et règlements par les autorités de santé publique;
- Coopération avec d'autres autorités chargées de l'application de la loi dans les questions liées à la santé publique (protection de la santé).

OESP 4: Opérations de promotion de la santé (notamment en agissant sur les déterminants sociaux et les inégalités en santé)

- Conduite d'activités de promotion de la santé pour la communauté dans son ensemble ou pour les populations à risque accru d'effets négatifs sur la santé;

- Renforcement des capacités d'action intersectorielle.

OESP 5:**Prévention des maladies (en particulier par la détection précoce)**

- Prévention primaire;
- Prévention secondaire

OESP 6:**Garantie d'une gouvernance pour la santé et le bien-être**

- Identification des besoins;
- Appréciation et évaluation des services;
- Application des résultats de l'évaluation.

OESP 7:**Garantie d'un personnel de santé publique suffisant et compétent**

- Planification des ressources humaines;
- Normes;
- Education et accréditation.

OESP 8:**Garantie de structures organisationnelles et de financement durables**

- Planification des politiques de santé publique;
- Évaluation de la qualité et de l'efficacité des services de santé personnelle et communautaire;
- Financement des services de santé publique.

OESP 9:**Sensibilisation, communication et mobilisation sociale pour la santé**

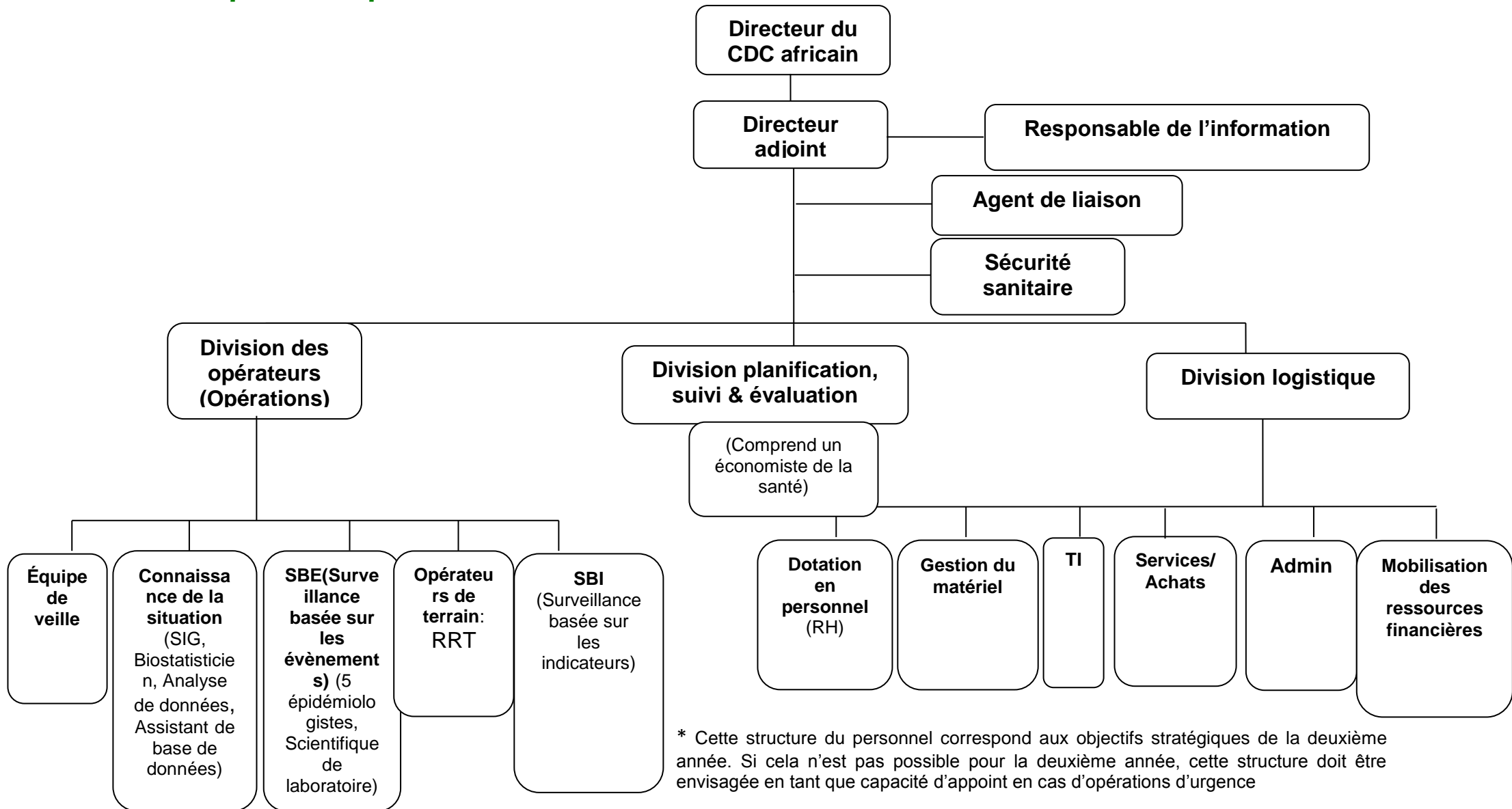
- Caractère stratégique et systématique de la communication dans le domaine de la santé publique, tenant compte des perceptions et des besoins des différents publics;
- Diffusion des informations aux différents publics dans des formats et par des canaux qui leur sont accessibles, compréhensibles et utilisables;
- Sensibilisation en faveur de l'élaboration et de la mise en œuvre de politiques et d'environnement sanitaires dans tous les secteurs administratifs (santé dans toutes les politiques);
- Formation et renforcement des capacités dans le domaine de la communication en santé publique;
- Évaluation de la communication en matière de santé publique.

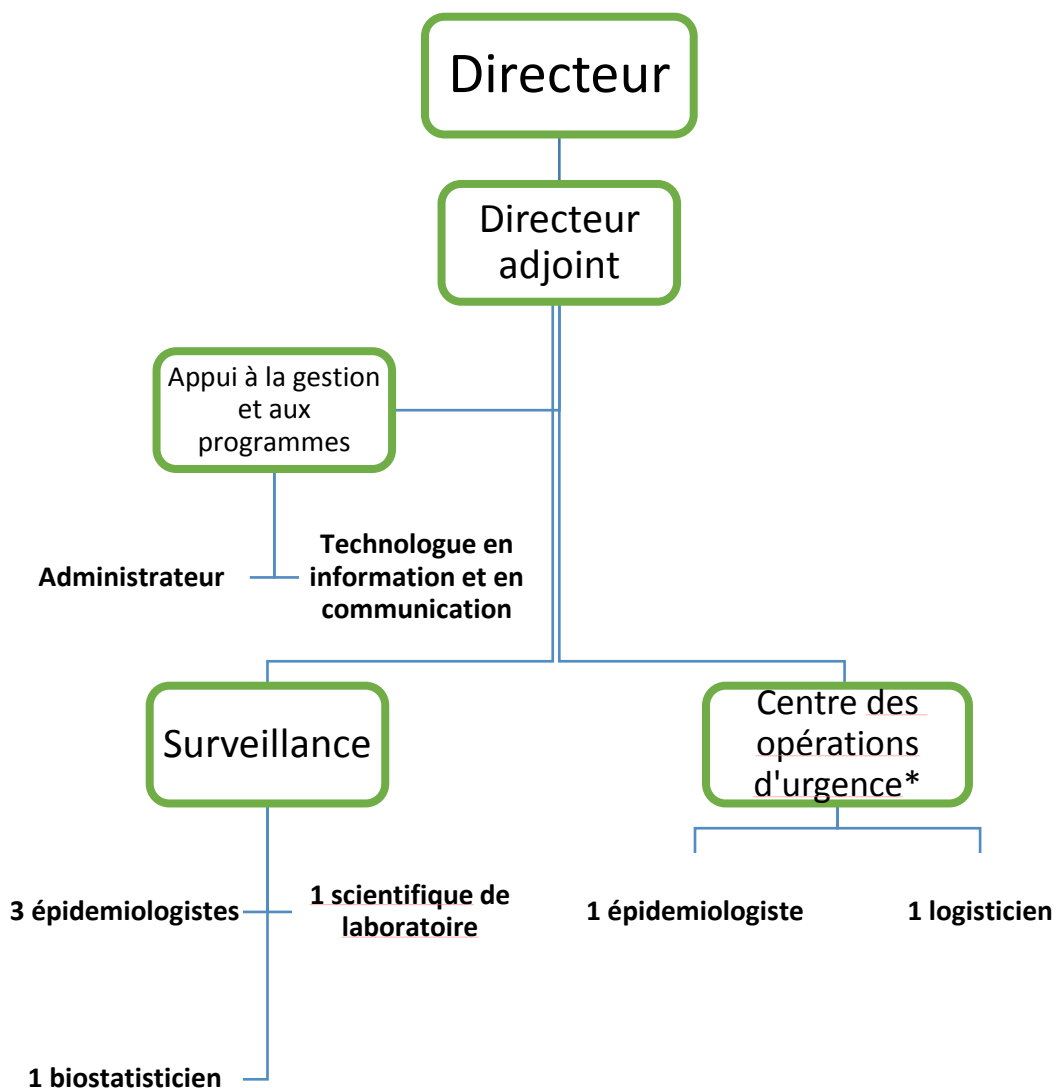
OESP 10:**Promotion de la recherche en santé publique pour servir de fondement aux politiques et aux pratiques**

- Renforcement des capacités à initier ou à participer en temps opportun aux recherches épidémiologiques et sur les systèmes de santé publique;
- Promotion de l'innovation;

- Amélioration des systèmes d'information sur la santé pour appuyer la prise de décisions.

Annex 3: Opérations et personnel*



Annexe 4: Opérations et personnel minimum*

* Cette structure du personnel correspond aux opérations non urgentes de la première année

Annexe 5: Surveillance dans le cadre des systèmes d'alerte précoce et de réponse

Les composantes des systèmes classiques d'alerte précoce de la surveillance de routine de la santé publique doivent être suffisamment sensibles pour détecter des signaux le plus tôt possible. Traditionnellement, la plupart des systèmes de surveillance reposent sur **la surveillance basée sur les indicateurs**. L'annexe présente un résumé des indicateurs et de la surveillance basée sur les événements (Figure 2) qui sont les sources d'information complémentaires dans les systèmes d'alerte précoce et de réponse (AIR).

La surveillance basée sur les indicateurs (SBI) se définit comme étant la collecte, la surveillance, l'analyse et l'interprétation systématiques des données structurées (indicateurs), qui est produite par un certain nombre de sources formelles bien identifiées principalement axées sur la santé. Cependant, ce système repose essentiellement sur les informations collectées passivement dans les établissements de santé et se concentre sur les maladies transmissibles avec un potentiel épidémique élevé et/ou il existe des mesures de contrôle très efficaces comme la vaccination. Il y a un retard inhérent au relai d'information du point du signal aux personnes qui ont la responsabilité d'initier la riposte. En outre, le système se concentre souvent sur un nombre limité de risques **connus** pour la santé, qui sont décrits par la définition des cas de maladie ou de syndrome spécifiques. Les pathogénies émergentes ou inconnues peuvent être oubliées. Par conséquent, les foyers ou des événements non transmissibles pourraient rapidement croître à cause d'autres agents (*par exemple, les contaminants toxiques*).

La surveillance basée sur les événements (SBE) se définit comme étant la collecte organisée, le suivi, l'évaluation et l'interprétation des informations non structurées et spécifiques, qui se concernent surtout sur les événements ou les risques pour la santé, et peuvent représenter un risque aigu pour la santé humaine. Les informations proviennent de multiples sources non prédéterminées officielles et non officielles, y compris les rumeurs rapportées par les médias ou des rapports ad hoc de réseaux informels. Le processus de collecte d'information est actif et mené principalement à travers le cadre systématique mis en place pour la surveillance basée sur les événements.



Figure 1. Système d'alerte précoce et de réponse

Annexe 6: Matériel détaillé d'un Centre d'opérations d'urgence de taille moyenne

Description de l'article	Nombre total d'unités	Fournisseur	Prix	Prix total	Observations
(fabricant et numéro de modèle)					
Table de conférence	1	Modern Office	\$ 1,899.00	\$ 1,899.00	
Module PWR/Données	5	Modern Office	\$ 348.00	\$ 1,740.00	Alimentation 2ea, les systèmes Téléphone et Données sont alimentés par chacun des cinq modules.
Chaises	13	ibExpress	\$ 541.99	\$ 7,045.87	
Fauteuil de bureau	1	ibExpress	\$ 1,671.00	\$ 3,342.00	Gestionnaire des incidents.
Fauteuil de bureau	3	ibExpress	\$ 427.00	\$ 1,281.00	Gestionnaire des incidents, Bureaux des Directeur et Directeur-adjoint du cabinet.
Chaises	4	ibExpress	\$ 541.99	\$ 2,167.96	Gestionnaire des incidents (GI), Bureaux des Directeur et Directeur-adjoint du cabinet.
Optiplex 9020 de petite dimension	28	Dell (ordinateur portable)	\$ 1,120.00	\$ 35,840.00	
Carte graphique	5	PNY GeForce GT 520	\$ 68.00	\$ 340.00	F/U/W Dell 9020, GI, Directeur et Directeur-adjoint du cabinet, Console & support AV.
Latitude E7240		Dell (ordinateur portable)	\$ 1,802.00		

Écran d'ordinateur	31	Dell P2014H LED, 20"	\$ 172.00	\$ 5,504.00	Écran double, Console et support AV.
Clavier	28	Logitech	\$ 48.00	\$ 1,536.00	
Souris	28	Logitech	\$ 32.00	\$ 1,024.00	
Console AV avec clavier & souris sans fil	1	Logitech K520	\$ 65.00	\$ 65.00	
Téléphone (IP)	28	Polycom 335	\$ 139.95	\$ 3,638.70	Console AV.
Téléphone (IP)		Nortel 1220	\$ 142.00		
Imprimante de bureau	12	HP LaserJet 400 Color M451dn	\$ 365.64	\$ 4,387.68	
Imprimante de bureau		HP LaserJet Ent 600 M602x	\$ 1,140.11		
Imprimante couleur		HP Color LaserJet CP6015	\$ 7,744.00		
Imprimante/copieur grand format	1	Canon C5045	\$ 12,623.00	\$ 12,623.00	
Déchiquteuse	1	SEM	\$ 2,164.67	\$ 2,164.67	
Horloge à huit fuseaux		BRG	\$ 3,614.00		
Horloge à quatre fuseaux	3	BRG	\$ 1,875.00	\$ 5,625.00	Bureaux du GI, des Directeur et Directeur-adjoint du cabinet & salle de conférence
Écran AV 42"		NEC E424	\$ 650.00		
Système de fichiers fixe		Chief	\$ 106.16		
Écran AV 46"	3	NEC	\$ 1,750.00	\$ 5,250.00	
Système de fichiers fixe	3	Chief	\$ 127.00	\$ 381.00	
Écran AV 55"	2	NEC X552S	\$ 2,373.98	\$ 4,747.96	
Système de fichiers fixe	2	Chief	\$ 141.79	\$ 283.58	
Amplificateur	1	Crown CTS 4200	\$ 1,800.00	\$ 1,800.00	
Amplificateur		Crown CRCTS8200	\$ 1,939.00		CTS8200A Amp 160W@8 ohms 8 CH/REG.
Enceintes	6	JBL Control 23	\$ 349.00	\$ 2,094.00	
Projecteur	1	NEC NP-PA500U-13L	\$ 4,571.00	\$ 4,571.00	
Fixation plafond	1	RPA Elite Universal	\$ 249.00	\$ 249.00	
Écran		Electric Access V53" x 92"			
Écran	1	Fixed 53" x 92"	\$ 1,289.00	\$ 1,289.00	
Support de montage au plafond pour TV	1	Premier Ceiling Mount	\$ 194.13	\$ 194.13	Montage au plafond pour TV (ECM3763S).
Plaque murale	1	Premier Mount Plate	\$ 129.42	\$ 129.42	Plaque murale (PP-12).
Pôle	1	Premier Adjustable Pole	\$ 97.07	\$ 97.07	Adaptateur de suspension ajustable (APP-2446).
Tableau blanc	3	Magnetic Whiteboard 67"	\$ 575.00	\$ 1,725.00	

Tableau blanc interactif		Smart 77" w/Projector	\$ 5,453.38		
Tableau blanc interactif		Smart 87" w/Projector	\$ 8,355.15		
Protecteur de surtension	12	American Power Conversion (APC)	\$ 17.99	\$ 215.88	
Barre d'alimentation multiprises	2	Middle Atlantic PD-920D	\$ 145.93	\$ 291.86	Huit sorties.
Rideau & Ron	16	À déterminer	À déterminer		
Support AV, 5-29 54 1/2 H x 26" D	1	Middle Atlantic	\$ 715.00	\$ 715.00	
Façade en verre fumé DOP-5-29	1	Middle Atlantic	\$ 415.00	\$ 415.00	
Paire de panneaux latéraux TSP 5-29-26DC, merisier sombre	2	Middle Atlantic	\$ 245.00	\$ 245.00	
Panneau supérieur 5-29-26, merisier sombre	1	Middle Atlantic	\$ 520.00	\$ 520.00	
Panneau d'accès arrière RAP29-Middle Atlantic	1	Middle Atlantic	\$ 103.00	\$ 103.00	
Kits de ventilateurs (panneau arrière	2	Middle Atlantic Rack Fan Kit (RAP-29)	\$ 113.00	\$ 113.00	
Panneaux, blanc	1	Middle Atlantic VT1-CP12	\$ 120.00	\$ 120.00	
Panneaux, blanc	1	Middle Atlantic VT2-CP12	\$ 140.00	\$ 140.00	
Vis d'assemblage	1	Middle Atlantic	\$ 49.00	\$ 49.00	
Barres de treillis	1	Middle Atlantic	\$ 99.00	\$ 99.00	
Roulette à quatre freins (5WLR)	1	Middle Atlantic	\$ 99.00	\$ 99.00	
Système de videoconférence		Cisco Telepresence Codec C40	\$ 16,447.99	\$ 16,447.99	
Système de videoconférence	1	Polycom HDX 7000	\$ 11,394.00	\$ 11,394.00	
Système de videoconférence		LifeSize Room 220	\$ 16,999.90		
Système à processeur de contrôle AV Crestron AV3	1	Crestron	\$ 2,558.00	\$ 2,558.00	
Écran de contrôle 10"	1	Crestron	\$ 1,304.35	\$ 1,304.35	
Kit de fixation sur table	1	TSW-1050, BLK Smooth	\$ 137.67	\$ 137.67	
Écran de contrôle 12"	1	Crestron V12-Tilt-B	\$ 1,000.00	\$ 1,000.00	
Moteur graphique	1	Crestron DGE-1	\$ 3,750.00	\$ 3,750.00	
Crestron DM-MD16x16-RPS	1	Crestron	\$ 12,745.00	\$ 12,745.00	Unité d'alimentation avec alimentation redondante.
Carte d'entrée	13	Crestron DMC-DVI/RGB	\$ 875.00	\$ 11,375.00	Écran de bureau/ordinateur portable.

Carte d'entrée	2	Crestron DMC-HD HDMI	\$ 875.00		Vidéoconférence.
Carte d'entrée	1	DMC-VID-BNC Composite	\$ 725.00	\$ 725.00	Transmission Tuner/Satellite.
Carte de sortie	1	DMCO-55	\$ 920.00	\$ 920.00	Transmission au projecteur et aux écrans.
Carte de sortie	1	DMCO-44	\$ 875.00	\$ 875.00	
Tuner	2	232-ATSC + 1 Tuner	\$ 810.00	\$ 1,620.00	Achat avec kit de supports de fixation.
UPS pour support AV	1	Tripp-Lite SM2200RMDVTAA	\$ 1,908.48	\$ 1,908.48	
Cables, Connecteurs divers & boîte à outils	1	À déterminer	\$ 7,000.00	\$ 7,000.00	L'intégrateur audio/vidéo acquerra un câble, des raccordements et une boîte à outils nécessaires à l'exécution totale du travail, le matériel excédentaire et la boîte à outils seront gardés par le client
Intégration & programmation audiovisuelles	1	À déterminer	\$ 17,000.00	\$ 17,000.00	L'intégrateur audio/vidéo procédera à l'inventaire, à l'installation et aux essais et assurera la formation de base. Il fournira enfin les desseins en AutoCAD.
Support TI	1	42U Server Cabinet Rack	\$ 3,275.00	\$ 3,275.00	Panneau avant perforé (verrouillage) & panneau arrière, panneaux latéraux, ventilateurs de refroidissement, barre d'alimentation, vis, rayonnage et roulette.
Serveur	1	HP ProLiant DL380p Gen8	\$ 10,505.00	\$ 10,505.00	Serveur à configurer de manière appropriée pour compléter l'installation.
Serveur	1	HDD HP 146GB SAS 6Gb s	\$ 359.00	\$ 359.00	Serveur à configurer de manière appropriée pour compléter l'installation
Interrupteur	1	Cisco Catalyst 2960-X 48	\$ 2,298.00	\$ 2,298.00	Interrupteur à configurer de manière appropriée pour supporter les ordinateurs et les téléphones
Serveur UPS	1	APC Smart-UPS X-3000VA	\$ 1,560.00	\$ 1,560.00	
Routeur	2	Cisco 2801 Voice Bun 24	\$ 2,210.00	\$ 4,420.00	
Cable de connexion réseau	3	1000ft Plenum	\$ 354.00	\$ 1,062.00	
Abonnement Internet		À déterminer	\$ 7,000.00	\$ 7,000.00	2MB - 1 an.
VSAT		À déterminer	\$ 22,000.00	\$ 22,000.00	
Intégration & configuration TI	1	À déterminer			L'intégrateur de services informatiques doit créer, installer, tester et fournir les desseins en AutoCAD.
Cablage électrique	1	35 Dual AC Outlets	À déterminer		Unité de câblage, boîtier de disjoncteurs et les divers autres matériels nécessaires pour compléter le travail. Remarque: Huit sorties doivent être placées sur la table de conférence sous forme de modules encastrés.
Éclairage	1	New wiring, fixtures and switches.	À déterminer		Mettre en place un nouveau système d'éclairage d'un bout à l'autre de l'installation, en accordant une attention particulière à la salle de conférence.
Total				\$ 259,400	

Annexe 7: Budget détaillé

BUDGET PRÉVISIONNEL DE LA CRÉATION DU CDC AFRICAIN (18 MOIS)

	DESCRIPTIF	Quantité (18 Mois)	Prix unitaire/ Mois	2015	2016	TOTAL
1	Ressources humaines					
1.1	Directeur-CDC (P6-5)	1	11 731	70 386	140 772	211 157
1.2	Directeur adjoint-CDC (P5-5)	1	10 217	61 301	122 601	183 902
1.3	Épidémiologistes (Siège) (P4-5)	5	8 900	267 000	534 000	801 000
1.4	Scientifiques de laboratoire (P4-5)	1	8 900	53 400	106 800	160 200
1.5	Fonctionnaire-Mobilisation de ressources (P4-5)	1	8 900	53 400	106 800	160 200
1.6	Fonctionnaire- Technologies de l'information et de la communication (P4-5)	1	8 900	53 400	106 800	160 200
1.7	Fonctionnaire chargé des finances (P4-5)	1	8 900	53 400	106 800	160 200
1.8	Administrateur (P4-5)	1	8 900	53 400	106 800	160 200
1.9	Biostatisticien (P4-5)	1	8 900	53 400	106 800	160 200
1.10	Économiste de la santé (P4-5)	1	8 900	53 400	106 800	160 200
1.11	Fonctionnaire-Géo-information et spécialiste cartographie GID (P4-5)	1	8 900	53 400	106 800	160 200
1.12	Rédacteur scientifique (P4-5)	1	8 900	53 400	106 800	160 200
1.13	Fonctionnaire-Logistique et achats (P4-5)	1	4 000	24 000	48 000	72 000
1.14	Secrétaire (GS A4)	1	1 082	6 492	12 984	19 476
1.15	Agent de nettoyage	2	861	10 332	20 664	30 996
1.16	Billet d'avion pour le recrutement du personnel international	15	2 000	30 000		30 000
	Total partiel			950 111	1 840 221	2 790 332
2	Consultants					
2.1	Consultants-Contrats à court terme	12	25 000	100 000	200 000	300 000
2.2	Conseils-Contrats à long terme	6	48 000	96 000	192 000	288 000
	Total partiel			196 000	392 000	588 000
3	Formation (Cours internationaux)					
3.1	Formation régionale à court terme	10	15 000	50 000	100 000	150 000
3.2	Formation internationale à court terme	8	20 000	53 333	106 667	160 000
	Total partiel			103 333	206 667	310 000
4	Voyage					
	Activités habituelles (réunions, conférences, partage d'expériences, formation, etc.)					
4.1	Voyages régionaux en Afrique	9	2 500	15 000	30 000	45 000
4.2	Voyages internationaux	9	5 500	33 000	66 000	99 000

	Mobilisation des ressources					
4.3	Voyages régionaux	5	2 500	8 333	16 667	25 000
4.4	Voyages internationaux	5	5 500	18 333	36 667	55 000
	Total partiel			74 667	149 333	224 000
5	Réunions, ateliers et activités					
5.1	Réunion annuelle de planification stratégique	2	80 000	80 000	80 000	160 000
5.2	Réunion semestrielle des conseillers	4	50 000	100 000	100 000	200 000
5.3	Réunion ministérielle conjointe OMS Afro - Union africaine	2	100 000	100 000	100 000	200 000
5.4	Réunion d'engagements avec les partenaires	3	50 000	50 000	100 000	150 000
	Total partiel			330 000	380 000	710 000
6	Publications					
6.1	Plan stratégique annuel du CDC africain	2	10 000	10 000	10 000	20 000
6.2	Rapport annuel d'évaluation des conseillers	2	10 000	10 000	10 000	20 000
6.3	Publications – pour le bulletin de santé publique hebdomadaire		Forfait	15 000	25 000	40 000
	Total partiel			35 000	45 000	80 000
7	Équipements de bureau					
7.4	Matériel de bureau détaillé (voir Budget d'équipement)			259 400		259 400
7.5	Consommables (encre, papier, matériel de bureau, etc.)	18	1 000	6 000	12 000	18 000
7.6	Entretien des bureaux	18	2 000	12 000	24 000	36 000
	Total partiel			277 400	36 000	313 400
8	Équipement de communication et d'informatique					
8.1	Frais de téléphone	18	2 000	12 000	24 000	36 000
8.2	Services & connectivité Internet	18	2 500	15 000	30 000	45 000
8.3	Information du public	18	1 000	6 000	12 000	18 000
	Total partiel			33 000	66 000	99 000
	TOTAL GÉNÉRAL			1 999 511	3 115 221	5 114 732

1. Toutes les estimations budgétaires sont calculées sur la base des taux de la Commission de l'Union africaine ;
2. Les postes du personnel de projet à court terme sont financés par des ressources extrabudgétaires pour la Commission de l'UA et/ou par le biais des détachements des organisations partenaires ; Le personnel de programme du CDC africain est recruté au niveau international et réservé aux Africains, tandis que le personnel administratif est recruté au niveau local;

3. Pour les consultants à court terme, nous proposons d'en recruter 4 pour les 6 premiers mois et 8 pour les 12 autres mois de la phase 1; ce poste est destiné à assurer un soutien financier aux experts qui travailleront aux côtés des employés réguliers du CDC africain durant la phase de lancement ; ces experts peuvent être considérés comme des conseillers qui aident les membres du personnel dans l'exercice de leurs fonctions et de leurs responsabilités ;
4. Pour les consultants à long terme, nous proposons d'en recruter 2 pour les 6 premiers mois et 4 pour les 12 autres mois de la phase 1; ce poste est destiné à assurer un soutien financier aux experts qui travailleront aux côtés des employés réguliers du CDC africain durant la phase de lancement ; ces experts peuvent être considérés comme des conseillers qui aident les membres du personnel dans l'exercice de leurs fonctions et de leurs responsabilités ;
5. Les formations se feront à l'intention des effectifs nouvellement embauchés du CDC africain pour les aider à accomplir leurs tâches et leurs responsabilités;
6. Voyages régionaux en Afrique : Estimés à 9 voyages dans la région (3 durant les 6 premiers mois et 6 au cours des 12 mois suivants) pour deux membres du personnel, soit 18 voyages ; estimés à 2500 dollars par voyage (1500 dollars pour le billet d'avion et 1000 dollars au titre de l'allocation journalière de subsistance) ;
7. Voyages internationaux : 9 voyages (3 durant les 6 premiers mois et 6 au cours des 12 mois suivants) pour deux membres du personnel, soit 18 voyages ; estimés à 5500 dollars par voyage (3000 dollars pour le billet d'avion et 2500 dollars au titre de l'allocation journalière de subsistance) ;
8. La Réunion consultative du CDC africain devrait se tenir à Addis-Abeba, (Éthiopie) avec la participation de 40 personnes au total, dont 20 recevront un soutien financier pour leur voyage et leur participation;
9. Les publications du CDC africain seront produites en quatre langues : anglais (40 pour cent), portugais (10 pour cent), français (40 pour cent) et arabe (10 pour cent);
10. Les équipements qui se fondent sur la proposition de la mission d'évaluation sont nécessaires à la création d'un Centre d'opérations d'urgence de taille moyenne. Les frais relatifs aux consommables et à l'entretien des bureaux font partie des dépenses courantes.

Annexe 8: Groupe de travail multinational sur le CDC africain (États membres et partenaires concernés) ayant participé à la réunion des 29 et 30 octobre 2014 à Addis-Abeba

No.	Nom	Titre professionnel	Pays	Adresse e-mail	N° mobile
1.	Dr. Shikanga O-tipo	Ministère de la Santé, de la Surveillance et de la Lutte contre les maladies	Kenya	Email: shikangadoc@ddsr.or.ke	+254 722 343341
2.	Prof. Kihumbu Thairu	Institut de recherche médicale du Kenya	Kenya	Email: profthairu@yahoo.co.uk	+254 725 299510
3.	Dr Gerald Mwadori Mkoji	Directeur adjoint (formation & communication) & responsable de la recherche	Kenya	Email: gmkoji@kemri.org ; gmkoji5@gmail.com	Tel:+254-20-2722541 Fax +254-20-2722541
4.	Dr Alain ETOUNDI MBALLA	Directeur de la Lutte contre les maladies, les épidémies et les pandémies,	Cameroun	E-mail: dretoundi@yahoo.fr	Phone N°: (237) 77 70 21 67
5.	Dr Ngirabega Jean de Dieu	Directeur de l'Institut national du VIH/SIDA, de la prévention et de la lutte contre les maladies Centre biomédical du Rwanda	Republique du Rwanda	Email : moonhuro@gmail.com	Tel : +250-788650824/ +250-738650824
6.	Dr. Alex Opio	Représentant du Ministère de la Santé au sein du Conseil d'administration de l'Organisation nationale de recherche en santé de l'Ouganda.	Ouganda	Email: opioalex@infocom.co.ug	+256772443456
7.	Dr. Amadou Bocar Kouyate	Docteur de la santé publique et Conseiller technique auprès du Ministère de la Santé.	Burkina Faso	bocar@fasonet.bf ; bkouyate@hotmail.com	Tel.:+226-50324963 Fax +226-50324186
8.	Prof Abdulsalami Nasidi	Directeur CDC	Nigeria	e-mail: nasidi@gmail.com nasidia@hotmail.com	Abuja, Nigeria Tel: +234 7067352220
9.	Dr Mer Awi Aragaw	Conseiller, urgences de santé publique Cabinet du ministre Ministère fédéral de la Santé de l'Éthiopie	Ethiopie	Po Box (private): 32541 e-mail: meraragaw@yahoo.com	Mob: +251 912 61 12 94

No.	Nom	Titre professionnel	Pays	Adresse e-mail	N° mobile
10.	Mme Tsakane Furumele	Directrice chargée de la lutte contre les maladies transmissibles Ministère de la Santé	Afrique du Sud	Email: FurumT@health.gov.za Email: MangaL@health.gov.za	Tel: +27 12 395 8839 Cell: +27 72 211 0998 Fax: +2712 395 9174 086 632 6975
11.	Mr Samson Mujoda	Conseiller	Ambassade de Zambie	Email : jujoda@gmail.com	Cell: 0937769797
12.	Dr. Innocent Ntaganira	Responsable chargé du secteur de la prévention du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme au bureau multi-pays de l'OMS en Éthiopie	OMS	Email: ntaganirai@et.afro.who.int	Cell: 0911502162
13.	Dr Ali Ahmed Yahaya	Conseiller régional pour la surveillance intégrée des maladies Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique	OMS Brazzaville	Email: aliahmedy@who.int	+242-053440147
14.	Mrs. Rosemary Museminali	Représentante de l'ONUSIDA auprès de l'UA et de la CEA Addis-Abeba (Éthiopie)	ONUSIDA	Email: MuseminaliR@unaids.org	Cell: 0911502229
15.	Dr Pride Chigwedere	Conseiller principal	ONUSIDA	Email: chigwederep@unaids.org	Cell: 0911508724
16.	M. Constant-Serge Bounda	Chef du Bureau de liaison du FNUAP auprès de l'UA et de la CEA Addis-Abeba (Éthiopie)	FNUAP	Email: bounda@unfpa.org	0911228624
17.	Mme Ma-Yah Ngalla	Programme Officer	FNUAP	Email: manjuh@unfpa.org	Cell: 0933737635
18.	Dr. KOFFI Justin N'guessan	Bureau régional du FNUAP, Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	FNUAP BRAOC (Togo)	Email: jukoffi@unfpa.org	
19.	Dr Assogba Laurent N.	Conseiller aux politiques et aux données de développement	FNUAP BRAOC - Dakar	Email: assogba@unfpa.org	+221-775453355

No.	Nom	Titre professionnel	Pays	Adresse e-mail	N° mobile
20.	Dr. Iyorlumun Uhaa	Représentant de l'UNICEF auprès de l'UA et de la CEA Addis-Abeba, (Éthiopie) Fax 251-1-5511628/517111	UNICEF	Email: iuhaa@unicef.org	
21.	Dr. Ibrahim Gashash Ahmed	Directeur du système d'information	UA-BIRA	Email: Gashash.Ahmed@AU-IBAR.org	+254-203674357
22.	Dr. Samuel Muriuki	Coordinateur IRCM IBAR Nairobi (Kenya)	BIRA	Email: samuel.muriuki@au-ibar.org mathayiro@gmail.com	+254-020-3674000 office +254-722858195 cell +254-722858195
23.	Dr. Thomas Kenyon, MD MPH	Directeur Centre pour la santé mondiale	CDC des États-Unis	Email: tak8@cdc.gov	+1-678-545-7777
24.	Dr. Rachel T. Idowu	Epidémiologiste	CDC des États-Unis	Email: rbi0@cdc.gov	Tel: +1-404-6392698 +1-404-3275914
25.	Ms. Theresa Kanter	Coordinateur de la sécurité sanitaire mondiale	CDC des États-Unis	Email: tkanter@cdc.gov	Cell: 0912141450
26.	Lt. Col. Martha Robins	Conseiller militaire adjoint	Ambassade des États-Unis	Email: Robinsmd@state.gov	Cell: 093-8036048
27.	Dr Jeffrey Hanson	Directeur	CDC Éthiopie	HBJ6@CDC.GOV	Cell: 0911235909
28.	S.E.M. Wang Yu	Directeur- général du Centre chinois de prévention et de lutte contre les maladies		Email: wangyu@chinacdc.cn doris_wang@126.com wangxq@chinacdc.cn	
29.	M. He Qinghua	Directeur- général adjoint, Département de la prévention et de la lutte contre les maladies Commission nationale pour la santé et la planification familiale		Email: heqh@nhfpc.gov.cn	+86-10-68792638

No.	Nom	Titre professionnel	Pays	Adresse e-mail	N° mobile
30.	Dr. Yin Dapeng	Chercheur, Centre chinois de prévention et de lutte contre les maladies		Email: yindapeng2001@263.net	
31.	Ms. Hu Meiqi	Directeur de Division Département de la coopération internationale Commission nationale pour la santé et la planification familiale	CDC Chinois	Email: humq@nhfpc.gov.cn	
32.	Dr. Samuel Adeniyi- Jones	Directeur – Région Afrique du Département américain de la Santé et des services aux personnes Bureau du Secrétaire Bureau des Affaires mondiales	Santé et services aux personnes	Email: Samuel.Adeniyi- Jones@hhs.gov	
33.	Dr Constant Roger AYENENGOYE	Secrétaire Général de l'OCEAC B.P. 288 Yaoundé (Cameroun)	OCEAC	Email: contact@oceac.org cayenengoye@yahoo.fr	Tél: +23791701677 Fax: +237/22 23 00 61
34.	Prof. Yoswa Mbulalina Dambisya	Directeur général	Santé communautaire ECSA (Tanzanie)	Email: dg@ecsa.or.tz Email: yoswa@ecsa.or.tz Email: doid@ecsa.or.tz	P.O. Box 1009, Arusha, Tanzania
35.	Dr Kambou Sansan Stanislas	Directeur Recherche et Information Sanitaire	OOAS	Email : skambou@wahooas.org	+226-20975775
36.	H.E. Dr Mustapha S. Kaloko	Commissaire aux Affaires sociales	Commission de l'UA	Email: KalokoMS@africa- union.org	
37.	Dr Olawale Maiyegun	Directeur, Département des Affaires sociales	DAS/Commissi on de l'UA	Email: MaiyegunO@africa- union.org	
38.	Dr Marie-Goretti Harakeye	Chef de division- VIH/SIDA, TB, Paludisme et autres maladies infectieuses	Commission de l'UA	Email: Harakeyem@africa- union.org	
39.	M. Dadji Kwami	Responsable de la santé	Commission de l'UA	Email: DadjiK@africa- union.org	
40.	M. Tawanda Chisango	Expert en sensibilisation et en partenariats pour le Programme AWA	Commission de l'UA	Email: Chisangot@africa- union.org	

No.	Nom	Titre professionnel	Pays	Adresse e-mail	N° mobile
41.	M. Sabelo Mbokazi	Fonctionnaire principal chargé des politiques	Commission de l'UA	Email: MbokaziS@africa-union.org	
42.	Dr Naftal Kilenga	Chef de division des services médicaux	Commission de l'UA	Email: kilengan@africa-union.org	Cell: 0912032706
43.	Dr Tajudeen Raji	Pédiatre	Commission de l'UA	Email: Tajudeenr@africa-union.org	
44.	Dr Mary Tapgun	Chef de division des services cliniques	Commission de l'UA	Email: tapgunm@africa-union.org	

Annexe 9: Termes de référence des postes

1. Directeur

Professionnel, exceptionnel détenteur d'un diplôme équivalent du doctorat en médecine, en ostéopathie ou en philosophie, capable d'assurer le leadership scientifique dans la formulation, la mise en œuvre et l'évaluation de la surveillance basée sur les événements et les indicateurs, le directeur doit également posséder une expérience en recherche épidémiologique solide avérée par un bilan remarquable dans la conception, l'exécution, la publication de travaux scientifiques originaux, ainsi que l'expertise en évaluation du mérite des autres publications scientifiques. En plus de ces compétences techniques, le directeur doit avoir un leadership et une expérience avérés en gestion des questions relatives aux politiques de santé et programmes mondiaux pour le continent africain.

Le titulaire doit également avoir les compétences et qualités avérées suivantes :

- haut degré de notoriété et d'expertise en santé publique, et bilan remarquable en matière de santé publique ;
- expérience de leadership solide dans la création d'une vision, élaboration des orientations dans une organisation et recrutement, développement et maintien du personnel qualifié et diversifié ;
- expérience de la haute responsabilité dans la direction et la gestion d'une organisation, y compris l'établissement de plans et politiques stratégiques ; capacité à développer et présenter des budgets, l'organisation et la hiérarchisation des problèmes et l'évaluation des réalisations du programme ;
- aptitude avérée à travailler efficacement avec des responsables gouvernementaux de haut niveau à partir d'un large éventail de contextes nationaux, les organismes de santé publique gouvernementaux, les communautés scientifiques et universitaires, les organisations médicales et de santé à l'échelle nationale et internationale, les organes privés et les groupes non gouvernementaux, les médias et le grand public ;
- maîtrise d'une des langues de travail de l'UA et de préférence d'autres langues de travail de l'UA.

2. Directeur adjoint

Les qualifications du directeur adjoint sont similaires à celles du directeur du CDC africain en ce qui concerne les diplômes universitaires, l'expertise en santé publique, les compétences diplomatiques et interpersonnelles, et l'expérience en gestion du programme. Le directeur adjoint sera chargé de l'exécution globale quotidienne, y compris des opérations pour fournir un leadership dans l'administration et la gestion financière, le renforcement des systèmes institutionnels internes, le renforcement des mécanismes et systèmes internes pour s'assurer que l'Organisation joue son rôle de façon optimale en utilisant une approche fondée sur les résultats.

3. Scientifique de laboratoire

Le scientifique de laboratoire doit posséder un diplôme en rapport avec un cycle complet de quatre ans d'études sanctionnées par une licence ou un diplôme supérieur dans un domaine académique lié à la technologie de laboratoire, de préférence à la technologie médicale ou sanitaire. Il doit avoir au moins cinq (5) ans d'expérience professionnelle dans les secteurs publics, privés ou à but non lucratif. Le titulaire doit également avoir les compétences et qualités avérées suivantes :

- assistance et renforcement des capacités de soutien technique dans des contextes de ressources limitées ;
- développement de documents de planification stratégique de laboratoire ;
- développement des procédures nécessaires pour obtenir l'accréditation externe pour l'amélioration de la qualité ;
- volonté de travailler en collaboration avec des groupes de laboratoires indépendants ou semi-autonomes à travers le continent africain en vue de faire avancer les activités stratégiques du CDC africain liées à la technologie de laboratoire ;
- supervision des techniciens et assistants de laboratoire ;
- connaissance de la gestion des accords de coopération et de l'application des indicateurs de performance aux initiatives découlant de ces accords ;
- maîtrise d'une des langues de travail de l'UA et connaissance souhaitable d'autres langues de travail.

4. Epidémiologiste(s)

Le CDC Africain recherche jusqu'à cinq (5) personnes pour occuper les postes ci-après:

- a. **Analyste de données de surveillance factuelles.** La personne doit être titulaire d'une maîtrise ou d'un doctorat –diplôme professionnel- dans un domaine académique en rapport avec la santé ou des sciences apparentées, de préférence en biologie humaine, vétérinaire ou zoonotique. Il doit avoir une compétence avérée dans la distillation, l'interprétation et la vérification des données scientifiques et de vulgarisation non- structurées. La maîtrise d'au moins deux langues de travail de l'UA est souhaitable pour passer en revue les rapports, les blogs et les sites web des médias étrangers.
- b. **Conseiller en réglementation sanitaire internationale.** La personne doit être titulaire d'une maîtrise ou d'un doctorat - diplôme professionnel - dans un domaine académique en rapport avec la santé ou des sciences apparentées. Une expérience professionnelle au sein d'un ministère de la Santé, d'un bureau de pays de l'Organisation mondiale de la santé ou d'un organisme de santé publique similaire est obligatoire.

5. Biostatisticien

Le biostatisticien doit être titulaire d'un diplôme en rapport avec un cycle complet de quatre ans d'études sanctionnées par une licence ou un diplôme supérieur dans un domaine académique portant sur les statistiques, les mathématiques ou mathématiques appliquées. Un excellent sens de l'organisation et de l'analyse est obligatoire. La capacité de communiquer des concepts statistiques à d'autres spécialistes de la santé publique ainsi qu'à des responsables gouvernementaux non scientifiques est souhaitable. La personne doit également avoir les compétences professionnelles avérées suivantes :

- excellentes aptitudes dans l'utilisation de logiciels statistiques d'analyse (SPSS, SAS, Stata ou R) et les programmes de base de données fondamentales comme Microsoft Excel);
- maîtrise d'une des langues de travail de l'UA et connaissance pratique souhaitable d'autres langues.

6. Économiste de la santé

L'économiste de la santé doit être titulaire d'une maîtrise ou d'un doctorat en économie ou dans une discipline en rapport. La personne doit avoir une solide expérience dans l'analyse quantitative et l'écriture scientifique. Au moins trois à quatre ans d'expérience professionnelle préalable dans l'analyse de la politique de santé sont souhaitables. Des compétences supplémentaires sont requises, parmi lesquelles :

- des compétences avérées dans le travail scientifique (rapports ou publications académiques) ;
- des connaissances des aspects uniques de la politique de santé publique dans différents secteurs (institutions publiques ou privées, etc.) ;
- la maîtrise d'une des langues de travail de l'UA et une connaissance pratique souhaitable d'autres langues.

7. Rédacteur scientifique

Le rédacteur scientifique sera le rédacteur-réviseur technique du CDC africain. Il sera chargé de l'élaboration et de la publication des documents techniques pour communiquer des informations scientifiques précises à divers publics. Il doit être titulaire d'une maîtrise ou d'un doctorat dans la publication scientifique ou dans une discipline connexe, et avoir au moins cinq années d'expérience professionnelle dans des activités pertinentes liées à la publication scientifique. Ses principales fonctions et responsabilités sont les suivantes:

- Rédiger et / ou éditer des documents scientifiques et autres documents généraux ou techniques. Procéder à l'analyse des sujets et des publics afin de planifier une présentation claire et précise des documents;
- adapter le style et le format du produit au média ou à la publication dans laquelle ce produit va apparaître. Effectuer un examen final des documents pour s'assurer de leur précision technique, de leur style, de leur organisation et de leurs aspects rédactionnels appropriés avant publication;

- Rédiger des documents précis sur le plan des faits et / ou éditer des contenus factuels. Parmi ces documents figurent les rapports scientifiques, les règlements, les bulletins d'information, les articles de journaux, les communiqués de presse, les manuels de formation, les brochures, les guides d'interprétation, les brochures, les guides de documents sur internet, les travaux de recherche, les ouvrages de référence, les discours, ou les essais;
- Produire des documents en recueillant et en vérifiant les données, en rédigeant et/ou en éditant les rapports et les brochures, et en élaborant et en présentant des informations claires et explicites aux publics visés ;
- Rédiger ou éditer des projets ou des documents techniques hautement prioritaires et de grand intérêt, tels que les chartes, les plans directeurs, les rapports de résultats de recherche; les articles scientifiques ou techniques; les communiqués de presse et les périodiques; les réglementations dans les domaines techniques; les manuels, caractéristiques, brochures et dépliants techniques et / ou les discours ou essais sur des sujets scientifiques ou techniques en ayant pleine autorité sur les décisions éditoriales nécessaires pour se conformer à l'usage particulier et aux utilisations prévues de ces publications;
- Fournir des conseils et des orientations sur les publications destinées à promouvoir les sujets d'ordre scientifique ou médical, tels que les sciences naturelles ou sociales ou d'autres domaines. Contribuer à la production d'ouvrages scientifiques sur des sujets spécifiques. Recueillir et vérifier les données et les faits; rédiger et / ou éditer des documents techniques tels que les rapports, les articles de presse, les communiqués, les articles de journaux, les documents sur internet, les fiches et les brochures de renseignements; et élaborer et présenter des informations claires et compréhensibles aux publics visés.

8. Spécialiste(s) de la géo-information

Le spécialiste de la géo-information doit posséder un diplôme en rapport avec le cycle complet de quatre ans d'études sanctionnées par une licence ou un diplôme supérieur dans un domaine académique lié aux données et systèmes géospatiaux. Au moins 2 ou 3 ans d'expérience professionnelle dans l'établissement de cartes pertinentes dans une variété de secteurs (institutions publiques, militaires, à but non lucratif et privées). Compétence technique individuelle dans la capture, le post-traitement, l'analyse et la communication de l'information à référence spatiale. Le titulaire doit également avoir les compétences et qualités avérées suivantes :

- connaissance de la cartographie ;
- connaissance de la gestion des bases de données ;
- compétence étendue dans les technologies SIG, en particulier le logiciel ArcGIS ;
- connaissance des données et systèmes géo-spatiaux ;

- maîtrise d'une des langues de travail de l'UA et connaissance pratique souhaitable d'autres langues.

Fonctions habilitantes

9. Fonctionnaire(s) chargé des technologies de l'information et de la communication

Le CDC africain est à la recherche de deux fonctionnaires chargés des technologies de l'information et de la communication capables de mettre en place, de gérer et de dépanner les ordinateurs et le réseau Internet et de gérer les informations qui accompagnent un système de surveillance électronique. En outre, ils doivent maîtriser une des langues de travail de l'UA. La connaissance d'autres langues de travail est souhaitable.

10. Fonctionnaire chargé des finances

Le fonctionnaire chargé des finances doit être titulaire d'un diplôme d'études en comptabilité et planification financière. Une expérience professionnelle préalable dans des postes de responsabilité au sein desquels la personne aura géré d'importants budgets à forte valeur ajoutée d'institutions publiques, privées, ou à but non lucratif est obligatoire. Cette expérience professionnelle doit comprendre les activités de gestion financière quotidiennes ainsi que la gestion des investissements à long terme. La personne doit également faire preuve de compétences ou de qualités en matière de:

- maîtrise de l'utilisation de logiciels financiers ou analytiques nécessaire pour suivre l'allocation des fonds et les décaissements ;
- comportement éthique;
- rigueur dans l'approche de résolution de problèmes ;
- maîtrise d'une des langues de travail de l'UA et connaissance souhaitable d'autres langues de travail.

11. Fonctionnaire chargé de la mobilisation des ressources

Le fonctionnaire chargé de la mobilisation des ressources doit être titulaire d'un diplôme en rapport avec un cycle complet de quatre ans d'études sanctionnées par une licence ou un diplôme supérieur dans un domaine académique liée à la gestion des opérations. Compte tenu des orientations stratégiques du CDC africain, le fonctionnaire doit avoir une expérience dans la conduite d'interventions d'urgence. Il doit également faire preuve de compétences professionnelles avérées en matière de:

- planification et gestion du budget ;
- utilisation maximale et efficace des ressources ;
- capacités d'analyse nécessaires au suivi et à l'impact des ressources allouées;

- planification stratégique pour une organisation en constante évolution ;
- maîtrise d'une des langues de travail de l'UA et connaissance souhaitable d'autres langues de travail.

12. Administrateur

L'administrateur doit être titulaire d'un diplôme en rapport avec un cycle complet de quatre ans d'études sanctionnées par une licence ou un diplôme supérieur dans un domaine académique lié à la gestion des opérations. La personne doit avoir une expérience professionnelle dans des postes de responsabilité dans des institutions publiques, privées ou à but non lucratif. Cette expérience doit inclure la gestion des plans de travail de l'organisation, l'exécution des décisions prises par les dirigeants, l'archivage des documents officiels, l'organisation et la hiérarchisation des questions. La personne doit également faire preuve de compétences et de qualités avérées en matière de :

- sens de la diplomatie, engagement dans la collaboration avec les supérieurs hiérarchiques, en particulier dans les environnements où s'exerce une forte pression ;
- fortes capacités d'organisation;
- rigueur dans l'approche de résolution de problèmes ;
- maîtrise d'une des langues de travail de l'UA et connaissance pratique souhaitable d'autres langues.

13. Chef de la section de la logistique

Le Chef de la section de la logistique est chargé de la gestion des activités liées à la logistique et aux finances et applicables directement au soutien de l'équipe du Système de gestion des incidents lors d'une intervention d'urgence. Il a pour tâches de :

- Gérer le soutien logistique lors des interventions;
- Prendre en charge les voyages (internationaux et nationaux);
- Coordonner les demandes supplémentaires en matière d'espace et d'installations pour les interventions;
- Coordonner les activités maritimes et aériennes d'appui aux opérations;
- Fournir le matériel et les approvisionnements pour le déploiement;
- Passer les commandes de matériel/services;
- Fournir le matériel médical et de laboratoire aux équipes;

- Soumettre les données logistiques à intégrer dans le Plan d'action et les rapports de situation périodiques;
- Participer aux réunions périodiques de gestion des incidents;
- Coordonner les activités de logistique avec les organismes partenaires;
- Participer aux analyses après action suite à l'activation du système de gestion des incidents;
- Suivre le statut professionnel des logisticiens;
- Envisager la possibilité d'opérations prolongées;
- Envisager la possibilité de fournir un appui logistique à plusieurs interventions simultanées.

AFRICAN UNION UNION AFRICAINE

African Union Common Repository

<http://archives.au.int>

Organs

Council of Ministers & Executive Council Collection

2015

Report of the commission on the establishment of the African center for disease control and prevention

African Union

African Union

<http://archives.au.int/handle/123456789/4664>

Downloaded from African Union Common Repository