

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
COMITE REGIONAL DE L'AFRIQUE
QUARANTIEME SESSION

Brazzaville (Congo)
5-12 septembre 1990

RAPPORT DU COMITE REGIONAL

Brazzaville
Octobre 1990

SOMMAIRE

PARTIE I

	<u>Page</u>
DECISIONS DE PROCEDURE	1
1. Composition du Sous-Comité des Désignations	1
2. Election du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs ..	1
3. Composition du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs	2
4. Pouvoirs	2
5. Choix du sujet des discussions techniques de 1991	2
6. Désignation du Président des discussions techniques pour 1991 ..	2
7. Ordre du jour de la quarante et unième session du Comité régional	2
8. Incidences régionales des ordres du jour de la quatre-vingt- septième session du Conseil exécutif et de la Quarante- Quatrième Assemblée mondiale de la Santé	3
9. Méthode de travail et durée de la Quarante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé	3
10. Désignation des représentants de la Région africaine au Comité de Gestion du Programme mondial de lutte contre le SIDA (GPA) ..	4
11. Désignation des représentants de la Région africaine au Comité consultatif de Gestion (MAC) du Programme d'action pour les médicaments essentiels	4
12. Désignation des représentants de la Région africaine appelés à siéger en tant que membres de la catégorie (2) au Comité sur les politiques et la coordination du Programme spécial de Recherche et de Formation en Reproduction humaine	4
13. Dates et lieux des quarante et unième et quarante-deuxième sessions du Comité régional	5
14. Rotation des membres du Sous-Comité du Programme	5
RESOLUTIONS	7
AFR/RC40/R1 Situation au Libéria	7
AFR/RC40/R2 Accélération de l'amélioration de la santé maternelle et infantile	7

	<u>Page</u>
AFR/RC40/R3 Discussion de la résolution 44/211 de l'Assemblée générale des Nations Unies : Activités opérationnelles pour le développement	9
AFR/RC40/R4 Utilisation optimale des ressources de l'OMS : Examen de la politique régionale en matière de budget programme	11
AFR/RC40/R5 Projet de budget programme pour l'exercice 1992-1993	12
AFR/RC40/R6 Programme de lutte contre le SIDA	12
AFR/RC40/R7 Lutte contre la tuberculose	15
AFR/RC40/R8 Médecine traditionnelle	16
AFR/RC40/R9 Soins de santé mentale communautaires fondés sur l'approche du système de santé du district en Afrique	18
AFR/RC40/R10 Lutte contre l'onchocercose dans la Région africaine	19
AFR/RC40/R11 Préparation et intervention aux urgences dans la Région africaine	21
AFR/RC40/R12 Assistance aux pays abritant des réfugiés et personnes déplacées	22
AFR/RC40/R13 Activités de l'OMS en 1989 : Rapport succinct du Directeur régional pour 1989	23
AFR/RC40/R14 Motion de remerciements	24

PARTIE II

	<u>Paragraphes</u>
OUVERTURE DE LA SESSION	1-23
ORGANISATION DES TRAVAUX DU COMITE	24
ACTIVITE DE L'OMS DANS LA REGION AFRICAINE 1989 : RAPPORT SUCCINCT DU DIRECTEUR REGIONAL (documents AFR/RC40/3 et AFR/RC40/3 Add.1)	25-72
SANTE MATERNELLE ET INFANTILE : SURVIE DE L'ENFANT ET MATERNITE SANS RISQUE (document AFR/RC40/4 Rév.1)	73-83
SOINS DE SANTE MENTALE COMMUNAUTAIRES FONDES SUR L'APPROCHE DU SYSTEME DE SANTE DU DISTRICT EN AFRIQUE (document AFR/RC40/10)	84-97

PREPARATION ET INTERVENTION AUX URGENCES LIEES AUX CATASTROPHES NATURELLES ET AUX EPIDEMIES EN AFRIQUE (document AFR/RC40/8 Rév.1)	98-105
PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE DANS LA REGION AFRICAINNE (document AFR/RC40/7)	106-113
LUTTE CONTRE L'ONCHOCERCOSE DANS LA REGION AFRICAINE (document AFR/RC40/24)	114-121
RAPPORT SUR LE PROGRAMME DE MEDECINE TRADITIONNELLE (document AFR/RC40/9)	122-127
EXAMEN DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE SIDA (document AFR/RC40/5)	128-136
MODALITES DE MISE EN OEUVRE DES RESOLUTIONS D'INTERET REGIONAL ADOPTES PAR L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE ET PAR LE CONSEIL EXECUTIF (documents AFR/RC40/11 et AFR/RC40/11 Add.1)	137-142
INCIDENCES REGIONALES DES ORDRES DU JOUR DE LA QUATRE-VINGT- SEPTIEME SESSION DU CONSEIL EXECUTIF ET DE LA QUARANTE-QUATRIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE (document AFR/RC40/12)	143-146
METHODE DE TRAVAIL ET DUREE DE L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE (documents AFR/RC40/13 et AFR/RC40/13 Corr.1)	147-150
DISCUSSIONS TECHNIQUES DE LA QUARANTE-QUATRIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE : "STRATEGIE DE LA SANTE POUR TOUS FACE A L'URBANISATION GALOPANTE" (document AFR/RC40/14)	151-152
DISCUSSION DE LA RESOLUTION 44/211 DE L'ASSEMBLEE GENERALE DES NATIONS UNIES : ACTIVITES OPERATIONNELLES DE DEVELOPPEMENT (documents AFR/RC40/15 et AFR/RC40/15 Add.1)	153-167
RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME (document AFR/RC40/18)	168-195
PRESENTATION DU RAPPORT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES (document AFR/RC40/19)	196
CHOIX DU SUJET DES DISCUSSIONS TECHNIQUES POUR 1991 (document AFR/RC40/20)	197
DESIGNATION DU PRESIDENT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES POUR 1991	198
DATES ET LIEUX DES QUARANTE ET UNIEME ET QUARANTE- DEUXIEME SESSIONS DU COMITE REGIONAL EN 1991 ET 1992 (document AFR/RC40/22)	199-203
CLOTURE DE LA REUNION	204-208

ANNEXES

	<u>Page</u>
1. Ordre du jour	57
2. Liste des participants	59
3. Allocution de Son Excellence le Ministre de la Santé du Niger, le Médecin Lieutenant-Colonel Ousmane Gazéré, Président de la trente-neuvième session du Comité régional	76
4. Allocution du Dr G. L. Monekosso, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique	78
5. Message de Son Excellence M. Salim Ahmed Salim, Secrétaire général de l'Organisation de l'Unité africaine (OUA)	82
6. Allocution du Dr F. J. C. Cambournac, Premier Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique	87
7. Allocution d'ouverture de Son Excellence le Général d'Armée Denis Sassou Nguesso, Président du Comité central du Parti congolais du Travail, Président de la République et Chef de Gouvernement	93
8. Déclaration du Dr Hiroshi Nakajima, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé	96
9. Rapport du Sous-Comité du Programme	103
10. Rapport de la réunion du Sous-Comité du Programme qui a eu lieu le 12 septembre 1990	125
11. Rapport des discussions techniques	131
12. Ordre du jour provisoire de la quarante et unième session du Comité régional	151
13. Liste des documents	153

PARTIE I

DECISIONS DE PROCEDURE

1. Composition du Sous-Comité des Désignations

Le Sous-Comité des Désignations s'est réuni le mercredi, 5 septembre 1990. Il était composé de représentants des 12 Etats Membres suivants : Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, République centrafricaine, Tchad, Comores et Congo. Le Sous-Comité a élu Mme G. Lombilo (République centrafricaine) à sa présidence.

Deuxième séance, 5 septembre 1990

2. Election du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs

Après avoir examiné le rapport du Sous-Comité des Désignations, et conformément à l'Article 10 du Règlement intérieur et à la résolution AFR/RC23/R1, le Comité régional a élu à l'unanimité les personnes suivantes :

<u>Président</u>	:	Dr Ossebi Douniam Ministre de la Santé et des Affaires sociales (Congo)
<u>Vice-Président</u>	:	Dr F. J. Fernandes Ministre de la Santé (Angola)
	:	M. Z. Kaheru Ministre de la Santé (Ouganda)
<u>Rapporteurs</u>	:	Dr A. P. D. Delgado (Cap-Vert)
	:	Dr F. Mueke (Kenya)
	:	Dr B. Ahmed (Comores)

Rapporteurs pour les discussions techniques

Mme W. Manyeneng (Botswana)
Dr A. C. Nogueira (Guinée-Bissau)
Dr D. Kielem (Burkina Faso)

Troisième séance, 5 septembre 1990

3. Composition du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs

Le Comité régional, conformément à l'Article 16 du Règlement intérieur, a nommé un Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs composé de représentants des 12 Etats Membres suivants : Côte d'Ivoire, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Ethiopie, Kenya, Lesotho, Madagascar et Malawi. Le Sous-Comité a élu le Dr J. J. Séraphin (Madagascar) à sa présidence.

Troisième séance, 5 septembre 1990

4. Pouvoirs

Le Comité régional, à la suite des propositions du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs, a reconnu la validité des pouvoirs présentés par les représentants des Etats Membres suivants : Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, République centrafricaine, Tchad, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Guinée équatoriale, Ethiopie, Gabon, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Souaziland, Togo, Ouganda, République Unie de Tanzanie, Zaïre, Zambie, Zimbabwe.

Le Sous-Comité n'a pas été en mesure de vérifier les pouvoirs du Ghana et du Libéria.

Cinquième séance, 7 septembre 1990

5. Choix du sujet des discussions techniques de 1991

Le Comité régional a reconfirmé que les discussions techniques qui auront lieu à sa quarante et unième session porteront sur le thème : "Formation des personnels de santé". Le thème "Recherche sur la santé publique : Mobilisation des ressources humaines pour la santé" a été retenu pour 1992.

Septième séance, 11 septembre 1990

6. Désignation du Président des discussions techniques pour 1991

Le Comité régional désigne le Dr M. A. Bankole (Nigéria) en tant que Président des discussions techniques de la quarante et unième session.

Septième séance, 11 septembre 1990

7. Ordre du jour de la quarante et unième session du Comité régional

Le Comité régional approuve l'ordre du jour provisoire de la quarante et unième session du Comité régional proposé par le Directeur régional dans l'Annexe 4 du document AFR/RC40/12.

Septième séance, 11 septembre 1990

8. Incidences régionales des ordres du jour de la quatre-vingt-septième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé

Le Comité régional a pris note des ordres du jour provisoires de la quarante-vingt-septième session du Comité exécutif et de la Quarante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé ainsi que de leur corrélation avec l'ordre du jour provisoire de la quarante et unième session du Comité régional.

9. Méthode de travail et durée de la Quarante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé

Président de l'Assemblée mondiale de la Santé

1) La Région africaine désignera un candidat à la présidence de l'Assemblée mondiale de la Santé en 1994. C'est en 1988 qu'elle a désigné pour la dernière fois un candidat à ce poste.

Vice-Président de l'Assemblée mondiale de la Santé

2) Le Président de la quarantième session du Comité régional sera proposé au poste de l'un des cinq Vice-Présidents de la Quarante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé en mai 1991. Si, pour une raison quelconque, le Président du Comité régional en exercice n'est pas en mesure de remplir son mandat, l'un des Vice-Présidents du Comité régional l'exercera à sa place selon l'ordre indiqué par tirage au sort (Premier et Deuxième Vice-Présidents). Dans le cas où le Président en exercice du Comité et les deux Vice-Présidents se trouveraient dans l'impossibilité de remplir les fonctions de Vice-Président de l'Assemblée mondiale de la Santé, les chefs de délégation des pays d'origine du Président en exercice du Comité régional, du Premier Vice-Président et du Deuxième Vice-Président assureront par ordre de priorité la fonction de Vice-Président.

Commissions principales de l'Assemblée mondiale de la Santé

3) Le Directeur général, en consultation avec le Directeur régional, déterminera avant chaque Assemblée mondiale de la Santé les délégués des Etats Membres de la Région africaine qui pourraient assumer les fonctions de :

- i) Présidents des Commissions principales (A et B) (Article 34 du Règlement intérieur de l'Assemblée);
- ii) Vice-Présidents et Rapporteurs des Commissions principales.

Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif

4) L'Etat Membre de la Région africaine dont le mandat expire à la fin de la Quarante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé est le Mozambique.

5) Le nouveau membre du Conseil exécutif sera désigné par la Sierra Leone. La pratique consistant à suivre l'ordre alphabétique anglais sera poursuivie.

6) Les membres habilités à désigner une personne devant siéger au Conseil exécutif devront confirmer leur disponibilité au plus tard un mois avant l'Assemblée mondiale de la Santé.

Clôture de la Quarante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé

7) Le Représentant de l'Algérie s'exprimera au nom de la Région à la clôture de la Quarante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, conformément à la Décision 6(11) prise par le Comité régional de l'Afrique à sa trente-troisième session.

Réunion informelle du Comité régional

8) Le Directeur régional convoquera cette réunion le lundi 6 mai 1991 à 10 h 00, au Palais des Nations, à Genève, pour confirmer les décisions prises par le Comité régional à sa quarantième session.

Septième séance, 11 septembre 1990

10. Désignation des représentants de la Région africaine au Comité de Gestion du Programme mondial de lutte contre le SIDA (GPA)

Le Comité a noté que le mandat de la Zambie expirera à la fin de 1990. Il a désigné le Congo pour remplacer la Zambie, à compter du 1er janvier 1991 et, pour une période de trois ans; le Congo rejoindra le Zimbabwe pour représenter la Région africaine au Comité de Gestion du Programme mondial de lutte contre le SIDA (GPA) aux côtés du Zimbabwe.

Huitième séance, 12 septembre 1990

11. Désignation des représentants de la Région africaine au Comité consultatif de Gestion (MAC) du Programme d'action pour les médicaments essentiels

Le Comité régional a désigné l'Ouganda et le Zaïre pour représenter la Région au Comité consultatif de Gestion (MAC) du Programme d'action pour les médicaments essentiels, à compter de janvier 1991. Le Comité a noté que le mandat de l'Ouganda s'achèvera le 31 décembre 1991 alors que celui du Zaïre expirera en décembre 1992.

Le Comité a remercié la Guinée et la Tanzanie qui représentent actuellement la Région au MAC.

Huitième séance, 12 septembre 1990

12. Désignation des représentants de la Région africaine appelés à siéger en tant que membres de la catégorie (2) au Comité sur les politiques et la coordination du Programme spécial de Recherche et de Formation en Reproduction humaine

Le Comité régional a désigné la Sierra Leone et le Souaziland pour représenter la Région africaine dans la catégorie 2 au Comité sur les politiques et la coordination du Programme spécial de Recherche et de Formation en Reproduction humaine.

Le Comité a remercié le Cameroun et le Rwanda, dont le mandat expire le 31 décembre 1990, du concours qu'ils ont apporté au nom de la Région africaine aux activités du Comité sur les politiques et la coordination.

Huitième séance, 12 septembre 1990

13. Dates et lieux des quarante et unième et quarante-deuxième sessions du Comité régional

Le Comité régional décide de tenir sa quarante et unième session à Bujumbura (Burundi) en septembre 1991, et sa quarante-deuxième session à Brazzaville, en septembre 1992, en application de la résolution AFR/RC35/R10. Il prend note des aimables invitations du Tchad, du Souaziland et du Botswana d'y tenir les futures sessions.

Huitième séance, 12 septembre 1990

14. Rotation des membres du Sous-Comité du Programme

A l'expiration de la liste de rotation des membres du Sous-Comité du Programme qui a été établie par la Décision 8 de la trente-quatrième session, le Comité régional décide de dresser le nouveau tableau ci-après.

Le Comité régional remercie le Kenya, le Lesotho, le Mali, la Mauritanie, Maurice et le Mozambique, membres sortants, de leurs excellentes contributions aux travaux du Sous-Comité.

En application de la résolution AFR/RC25/R10, et de la Décision 14 du quarantième Comité régional, les douze pays suivants font maintenant partie du Sous-Comité du Programme (1991-1992) : Cameroun, Niger, Nigéria, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Souaziland, Togo, Ouganda et Zaïre.

COMITE REGIONAL - QUARANTIEME SESSION
ROTATION DES MEMBRES DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME

Année de sélection Pays	1989	1990	1991	1992	1993	1994
	Mandat					
Algérie			1992/93			
Angola*			1992/93			
Bénin			1992/93			
Botswana						
Burkina Faso				1993/94		
Burundi				1993/94		
Cameroun**		1991/92		1993/94		
Cap-Vert				1993/94		
République centrafricaine				1993/94		
Tchad				1993/94		
Comores					1994/95	
Congo					1994/95	
Guinée équatoriale					1994/95	
Ethiopie					1994/95	
Gabon					1994/95	
Gambie					1994/95	
Ghana						1995/96
Guinée						1995/96
Guinée-Bissau						1995/96
Côte d'Ivoire						1995/96
Kenya						1995/96
Lesotho						1995/96
Libéria						(1996/97)
Madagascar						(1996/97)
Malawi						(1996/97)
Mali						(1996/97)
Mauritanie						(1996/97)
Maurice						(1996/97)
Mozambique						(1996/97)
Namibie						
Niger	1990/91					
Nigéria	1990/91					
Rwanda	1990/91					
Sao Tomé et Príncipe	1990/91					
Sénégal	1990/91					
Seychelles	1990/91					
Sierra Leone		1991/92				
Souaziland		1991/92				
Togo		1991/92				
Ouganda		1991/92				
République Unie de Tanzanie			1992/93			
Zaïre		1991/92				
Zambie			1992/93			
Zimbabwe			1992/93			

* L'Angola a participé aux sessions de 1978-1979 et son mandat a pris fin à la session de 1985. Son prochain mandat débutera en 1992.

** En 1979, lorsque la première liste a été établie, le Cameroun y figurait sous la dénomination "United Republic of Cameroon", juste avant la "United Republic of Tanzania". Lorsque la seconde liste a été dressée en 1984, le Cameroun y apparaissait sous l'appellation "Cameroon" juste avant le Cap-Vert et, de ce fait, a perdu son tour. D'où son élection en 1990.

RESOLUTIONS

AFR/RC40/R1 Situation au Libéria

Le Comité régional,

Considérant la situation dramatique, la famine et la détérioration de la situation sanitaire des populations du Libéria du fait de la poursuite de la guerre civile;

Conscient que seule une aide internationale immédiate peut réduire les pertes en vies humaines et les souffrances des populations les plus touchées;

Tenant compte des récents appels lancés par les Chefs d'Etat africains, par l'OUA et par la Communauté économique des Etats d'Afrique de l'Ouest,

1. REGRETTE la détérioration de la situation au Libéria;
2. TEMOIGNE de son profond soutien moral au peuple du Libéria;
3. LANCE un appel solennel à la communauté internationale afin d'attirer son attention sur la nécessité urgente d'apporter une aide humanitaire aux populations qui en ont le plus besoin, particulièrement à l'intérieur du Libéria, ainsi qu'aux réfugiés libériens dans les pays voisins;
4. PRIE les Etats Membres de la Région africaine de mobiliser leurs opinions publiques respectives afin d'assurer immédiatement à la population du Libéria une aide humanitaire notamment sous forme de denrées alimentaires et de fournitures médicales;
5. DEMANDE aux parties engagées dans le conflit de permettre l'accès des groupes d'aide humanitaire afin qu'ils puissent porter assistance aux populations nécessiteuses, en particulier les femmes et les enfants;
6. PRIE le Directeur général et le Directeur régional de l'OMS de procéder d'urgence à une évaluation de la situation sanitaire de la population du Libéria et de mobiliser les ressources financières et techniques afin de faire face aux besoins urgents.

Septième séance, 11 septembre 1990

AFR/RC40/R2 Accélération de l'amélioration de la santé maternelle et infantile

Le Comité régional,

Rappelant les résolutions AFR/RC39/R3 sur le Programme élargi de Vaccination; AFR/RC39/R4 sur l'orientation future des programmes de nutrition; AFR/RC39/R8 sur la santé maternelle et la maternité sans risque; WHA43.3 sur la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement au sein, et WHA43.10 sur les femmes, les enfants et le SIDA;

Prenant note des nombreuses activités déjà entreprises dans les pays en matière de santé maternelle et infantile, y compris la planification familiale;

Considérant que la santé de la majorité des femmes et des enfants laisse encore à désirer malgré les efforts consentis par les Etats Membres;

Inquiet de l'accroissement de la prévalence des maladies sexuellement transmissibles et du SIDA chez les femmes et du risque élevé de transmission du SIDA de la mère infectée à l'enfant;

Ayant examiné le rapport du Directeur régional sur la survie de l'enfant dans la Région africaine et la maternité sans risque (document AFR/RC40/4 Rév.1);

1. FELICITE le Directeur régional pour son rapport sur le programme de santé maternelle et infantile;
2. APPROUVE les objectifs, stratégies et cibles proposés pour la promotion de la santé maternelle et infantile dans le document AFR/RC40/4 Rév.1;
3. INVIE les Etats Membres à :
 - i) intensifier les programmes de lutte contre les maladies infectieuses en particulier au niveau communautaire;
 - ii) étendre les activités de promotion de la surveillance de la croissance à tous les services de santé et à développer la promotion de la surveillance de la croissance au niveau communautaire (pour laquelle il existe déjà des directives) en tant que point d'appui des activités relatives à la survie et au développement de l'enfant;
 - iii) adopter des cibles nationales pour la survie et le développement de l'enfant ainsi que pour la santé maternelle, qui soient adaptées aux réalités du pays;
 - iv) étendre et améliorer les services offerts avant, pendant et après l'accouchement, de manière à accroître la couverture de la collectivité, et à favoriser les activités à assise communautaire allant dans le même sens;
 - v) promouvoir l'allaitement maternel et la planification familiale, de manière à assurer un espacement suffisant des grossesses, la protection et la promotion de la santé de la mère et de l'enfant;
 - vi) promouvoir des programmes d'amélioration de la nutrition maternelle et infantile notamment de lutte contre des maladies carencielles spécifiques - anémies, carences en iode et en vitamine A - partout où elles se produisent;
 - vii) mettre au point des mesures vigoureuses de prévention et de lutte contre le SIDA s'intégrant aux services de SMI/PF à tous les niveaux et aboutissant à une action communautaire efficace;
 - viii) accélérer les programmes d'alphabétisation et promouvoir des activités génératrices de revenus viables et durables pour toutes les communautés, en tant que moyen de promouvoir la pleine participation des femmes à la santé et au développement;
 - ix) renforcer la formation de base et en cours d'emploi en SMI/PF, en insistant particulièrement sur les moyens de réduire la morbidité et la mortalité maternelles et infantiles;

- x) intégrer le souci de la santé maternelle et infantile et de la planification familiale à toutes les initiatives communautaires;
- xi) entreprendre un examen critique des activités et services nationaux de SMI/PF/Nutrition à tous les niveaux, de la base (à assise communautaire) au niveau central, en vue d'améliorer la gestion de ces activités à tous les échelons du système de santé;

4. PRIE le Directeur régional de :

- i) renforcer le soutien à tous les pays de la Région en matière de santé maternelle et infantile, de planification familiale et de nutrition;
- ii) élaborer des activités régionales et sous-régionales en vue d'améliorer la gestion des programmes SMI/PF/Nutrition, en insistant particulièrement sur la planification, la surveillance et l'évaluation des programmes;
- iii) renforcer les programmes de formation en SMI/PF/Nutrition dans la Région;
- iv) constituer des banques de données régionales sur la situation de la santé maternelle et infantile ainsi que sur les programmes de SMI/PF, et développer des méthodologies applicables à des programmes nationaux analogues;
- v) soutenir et stimuler une recherche orientée vers l'action portant sur les services de santé maternelle et infantile d'une manière intégrée ainsi que sur la reproduction humaine;
- vi) continuer à coopérer avec les Etats Membres pour renforcer les activités nationales concernant "les femmes, la santé et le développement" dans la Région;
- vii) intensifier la coopération avec le PNUD, l'UNICEF, le FNUAP, le BIT, la FAO, la Banque mondiale, et d'autres organisations multilatérales, bilatérales et non gouvernementales, en vue de promouvoir la maternité sans risque et la santé de l'enfant, dans le cadre du développement socio-économique.

Septième séance, 11 septembre 1990

AFR/RC40/R3 Discussion de la résolution 44/211 de l'Assemblée générale des Nations Unies : Activités opérationnelles pour le développement

Le Comité régional,

Ayant examiné la résolution 44/211 de l'Assemblée générale des Nations Unies et le document de travail soumis à son approbation par le Directeur régional;

Prenant note de la teneur de la résolution 44/211 de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les activités opérationnelles pour le développement du système des Nations Unies, et en particulier des paragraphes 12 à 34 du dispositif, ainsi que des nombreux thèmes opportuns pour le développement énoncés dans la résolution des Nations Unies;

Reconnaissant que ce sont les Etats Membres qui sont seuls responsables de la coordination de l'assistance extérieure, et qu'ils assument la responsabilité principale de sa conception et de sa gestion;

Conscient qu'une approche coordonnée d'une aide extérieure au développement prévisible et solide, y compris celle fournie par le système des Nations Unies, favoriserait davantage la rapidité des progrès dans les pays;

Rappelant les nombreuses résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Comité régional qui reprennent la plupart des questions exposées dans la résolution 44/211 de l'Assemblée générale des Nations Unies, y compris la nécessité d'initiatives visant à renforcer l'aide économique aux pays confrontés à de graves contraintes économiques;

Notant que bon nombre des principaux thèmes et sujets abordés par la résolution des Nations Unies correspondent dans une large mesure à l'action et aux stratégies déjà mises en oeuvre par l'OMS;

Réaffirmant que l'Organisation mondiale de la Santé, du fait qu'elle est une institution intergouvernementale spécialisée dotée d'une constitution et d'un mandat propres, et financée par les Etats Membres, et du fait qu'elle oeuvre en étroite collaboration avec ces derniers, devrait continuer à conserver son indépendance et à maintenir sa présence afin d'intensifier encore le développement de la santé, tout en travaillant dans un esprit d'étroite collaboration et d'harmonie avec l'ensemble du système des Nations Unies et d'autres institutions bilatérales et multilatérales ainsi qu'avec les organisations non gouvernementales;

Reconnaissant la précieuse collaboration de l'Organisation mondiale de la Santé avec les gouvernements membres dans la formulation et la mise en oeuvre d'activités sanitaires sectorielles dans un contexte de développement global;

Notant qu'une coopération plus intense au sein du système des Nations Unies produirait davantage d'effets compte tenu de la modicité de l'aide extérieure;

Réaffirmant que les mécanismes existants de l'OMS pour le développement et la mise en oeuvre de projets et de programmes sont en accord avec les aspirations nationales et les objectifs de développement évoqués dans la résolution 44/211 de l'Assemblée générale des Nations Unies,

1. REMERCIE le Directeur général et le Directeur régional de l'Organisation mondiale de la Santé de la coopération technique apportée au fil des années, en aidant les pays membres à définir leurs priorités et leurs objectifs de programmes dans le secteur de la santé en accord avec les besoins nationaux, et de l'assistance fournie en vue de renforcer les capacités nationales d'administration et de gestion du secteur de la santé au moyen de programmes tels que l'appréciation de la situation sanitaire et de ses tendances, le processus gestionnaire pour le développement sanitaire national, etc.;

2. PRIE le Directeur régional de signaler à l'attention du Directeur général la nécessité de créer un mécanisme approprié, avec participation régionale, en vue d'une étude approfondie de la question soulevée, dans ses rapports avec le fonctionnement de l'Organisation au sein du système des Nations Unies.

Septième séance, 11 septembre 1990

AFR/RC40/R4 Utilisation optimale des ressources de l'OMS : Examen de la politique régionale en matière de budget programme

Le Comité régional,

Considérant les résolutions AFR/RC36/R3 et AFR/RC37/R12 relatives à la politique régionale en matière de budget programme;

Considérant les efforts faits par les Etats Membres et par le Directeur régional pour mieux cerner les domaines prioritaires de coopération avec l'OMS, notamment en établissant les programmes prioritaires et le programme d'action quinquennal pour la mise en oeuvre du scénario de développement sanitaire en mettant un accent particulier sur la gestion;

Ayant examiné le rapport du Directeur régional sur la mise en oeuvre de la politique régionale en matière de budget programme;

Ayant examiné le projet de budget programme pour le biennium 1992-1993,

1. CONSTATE avec satisfaction que l'élaboration du budget programme pour la période 1992-1993 s'inscrit dans la politique régionale en matière de budget programme, notamment en ce qui concerne la définition des priorités;

2. FELICITE les Etats Membres et le Directeur régional des actions concrètes entreprises dans la mise en oeuvre de la politique régionale en matière de budget programme;

3. PRIE les Etats Membres de :

- i) poursuivre les efforts déjà entrepris dans la mise en oeuvre de la politique régionale en matière de budget programme;
- ii) renforcer davantage la mise en oeuvre des programmes prioritaires de la Région africaine, ainsi que le programme d'action quinquennal, étant donné que ces deux éléments complémentaires visent à traduire en terme programmatique et gestionnaire le scénario de développement sanitaire en trois phases;
- iii) renforcer l'utilisation du système AFROPOC pour optimiser l'utilisation des ressources de l'OMS, surtout en ce qui concerne les activités programmatiques;

4. PRIE le Directeur régional de :

- i) renforcer la collaboration entre l'OMS et les pays, en particulier dans la mise en oeuvre des programmes prioritaires et l'amélioration de l'utilisation du système AFROPOC pour assurer le suivi de la gestion des activités techniques et en assurer l'évaluation;
- ii) continuer à faire rapport tous les deux ans au Comité régional sur les progrès réalisés et les problèmes rencontrés dans la mise en oeuvre de la politique régionale en matière de budget programme;
- iii) réexaminer les critères et formules appliqués depuis dix ans pour déterminer l'allocation de chaque pays et de prendre les mesures nécessaires en conséquence.

AFR/RC40/R5 Projet de budget programme pour l'exercice 1992-1993

Le Comité régional,

Après avoir étudié en détail le rapport soumis par le Sous-Comité du Programme et relatif au projet de budget programme pour l'exercice 1992-1993,

1. NOTE que le budget programme, le deuxième budget du Huitième Programme général de Travail, a été préparé conformément aux directives arrêtées par la politique du budget programme régional, et qu'on s'est fondé sur un taux de croissance zéro en termes réels pour la préparation de ce budget;
2. CONSTATE que la participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions du programme régional, destinées à préparer le budget programme, facilite les activités et le processus de prise de décision du Comité régional;
3. FELICITE le Directeur régional d'avoir appliqué de manière concrète les principes d'action arrêtés par les Organes directeurs;
4. APPROUVE le rapport du Sous-Comité du Programme, qui a donné son aval au Projet de Budget Programme;
5. PRIE le Directeur régional de transmettre le Projet de Budget Programme pour l'exercice 1992-1993 au Directeur général pour examen et inclusion dans le projet de budget programme pour l'exercice 1992-1993 de l'Organisation mondiale de la Santé.

Septième séance, 11 septembre 1990

AFR/RC40/R6 Programme de lutte contre le SIDA

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du Directeur régional figurant dans le document AFR/RC40/5;

Considérant la Déclaration de l'Assemblée générale des Nations Unies qui confirme le rôle de direction assigné à l'OMS dans la conception, l'organisation et la coordination de la lutte contre le SIDA au niveau mondial;

Notant avec satisfaction la mise en oeuvre des résolutions WHA40.2, WHA41.24, AFR/RC37/R5, AFR/RC38/R9 et AFR/RC39/R7;

Appréciant la participation active des Etats Membres à la stratégie mondiale de lutte contre le SIDA et l'exécution des activités tant au niveau régional qu'au niveau des pays;

Notant avec satisfaction les efforts multiples déployés par la communauté internationale dans un élan de solidarité sans précédent pour combattre la pandémie de SIDA;

Considérant que la progression rapide de cette pandémie fait du SIDA l'un des problèmes de santé les plus graves du monde en général et de la Région africaine en particulier;

Préoccupé par la menace particulière qui pèse sur les jeunes du fait de la forte prévalence de l'infection et de la maladie au sein de ce groupe, et par l'impact négatif d'une telle situation sur le développement socio-économique et l'équilibre démographique des pays de la Région;

Reconnaissant l'importance pour le succès des programmes de lutte contre le SIDA des questions telles que la surveillance épidémiologique, l'intégration des activités aux SSP, la gestion, la décentralisation et la recherche;

Rappelant que conformément à la répartition des tâches et fonctions aux différents niveaux de l'Organisation, l'appui direct aux programmes nationaux et la coordination des activités régionales relèvent de la compétence du Bureau régional;

Conscient de l'importance des facteurs socio-culturels pour l'organisation de la lutte contre le SIDA;

Convaincu de ce fait que le Bureau régional est le mieux placé pour assurer la coordination et la surveillance continue qui s'imposent en se fondant sur les spécificités de la Région, en vue d'élaborer et de mettre en oeuvre une stratégie de prévention et de lutte appropriée,

1. FELICITE le Directeur régional de son rapport;
2. FELICITE le Directeur général de l'effort intensif de mobilisation des ressources, de la pertinence des programmes développés dans les pays et de l'effort déployé pour décentraliser de manière effective les activités de lutte contre le SIDA, conformément aux principes des soins de santé primaires et aux dispositions de la résolution AFR/RC39/R7;
3. REMERCIE la communauté internationale pour l'appui apporté à la prévention et la lutte contre le SIDA dans les pays de la Région;
4. INVITE les Etats Membres à:
 - i) utiliser l'approche des soins de santé primaires, à continuer d'intensifier et d'accélérer le processus d'intégration et d'inscrire la lutte contre le SIDA au rang des priorités dans leurs programmes respectifs de développement socio-économique et sanitaire, à décentraliser les activités de lutte contre le SIDA au niveau périphérique selon le scénario en trois phases de développement sanitaire et à utiliser de façon optimale les ressources nationales disponibles;
 - ii) promouvoir et développer les activités d'information, d'éducation et de communication afin d'assurer plus efficacement la prévention et la lutte contre le SIDA et d'autres maladies sexuellement transmissibles;
 - iii) poursuivre la collaboration avec l'OMS et d'autres partenaires ainsi qu'avec les pays de la Région dans un esprit de franc dialogue et d'échange ouvert d'informations;
 - iv) accorder une attention particulière à la protection des enfants et des adolescents;
 - v) intensifier les mesures nécessaires pour protéger les agents des soins de santé;

- vi) renforcer les programmes nationaux de lutte, notamment dans les domaines suivants :
- a) élaboration d'une politique nationale en matière de transfusion sanguine, y compris l'organisation d'un service national de transfusion sanguine coordonné;
 - b) utilisation d'un plan à moyen terme pour les programmes nationaux de prévention et de lutte contre le SIDA afin de faciliter l'application des stratégies de prévention du risque de transmission du VIH par le sang et les produits sanguins;
 - c) surveillance épidémiologique;
 - d) intégration des activités aux SSP;
 - e) amélioration de la gestion à tous les niveaux du système national de santé;
 - f) décentralisation fondée sur l'approche du district;
 - g) promotion de la recherche/développement en tenant compte des règles d'éthique établies aux plans national et mondial;
- vii) prendre les mesures nécessaires pour protéger les droits de l'homme et la dignité des personnes infectées par le VIH et des malades atteints du SIDA;

5. PRIE le Directeur général de poursuivre le processus de décentralisation du programme déjà amorcée afin de mettre en place les structures appropriées pour apporter un soutien efficace et d'assurer un suivi continu des programmes nationaux;

6. PRIE le Directeur régional de :

- i) continuer à appuyer les Etats Membres dans la mise en oeuvre de programmes nationaux de lutte contre le SIDA et ce, dans le cadre du scénario de développement sanitaire en trois phases;
- ii) renforcer, par l'affectation de personnels supplémentaires, les équipes interpays et les bureaux des Représentants de l'OMS en vue d'aider les pays à intégrer de façon effective les programmes de lutte contre le SIDA dans les soins de santé primaires;
- iii) continuer à mobiliser, en collaboration avec le Directeur général, des ressources complémentaires pour appuyer les programmes nationaux et les activités régionales;
- iv) veiller à ce que les demandes des pays soient satisfaites rapidement, notamment en ce qui concerne l'équipement, les fournitures et les réactifs essentiels;
- v) faire rapport à la quarante et unième session du Comité régional sur la situation du SIDA dans la Région et sur la mise en oeuvre de la présente résolution.

Septième séance, 11 septembre 1990

AFR/RC40/R7 Lutte contre la tuberculose

Le Comité régional,

Considérant les résolutions WHA27.54, WHA33.36 et WHA36.30 de l'Assemblée mondiale de la Santé priant notamment les Etats Membres de mettre en place des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose comprenant des services de diagnostic, de traitement et de prévention couvrant l'ensemble de la population et intégrés aux services généraux de santé et aux SSP;

Considérant les résolutions AFR/RC23/R8 et AFR/RC28/R9 du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique insistant sur le renforcement de la surveillance épidémiologique des maladies transmissibles et la planification des programmes de lutte;

Considérant l'acceptation par les Etats Membres du scénario de développement sanitaire comme cadre structurel et organisationnel en vue d'accélérer l'instauration de la SPT/2000;

Considérant les différentes recommandations de l'Union internationale contre la Tuberculose et différents comités d'experts sur les technologies de lutte contre la tuberculose, en particulier celles relatives au dépistage par la bacilloscopie et aux différents schémas thérapeutiques;

Reconnaissant que la tuberculose demeure un important problème de santé publique dans les pays de la Région;

Préoccupé par l'impact de l'infection par le VIH et du SIDA sur l'évolution de la tuberculose;

Prenant note que la détérioration du niveau de vie dans le pays n'a fait qu'aggraver la situation de la tuberculose;

Ayant examiné avec intérêt le rapport du Directeur régional,

1. REMERCIE le Directeur régional de son excellent rapport qui constitue en même temps une base pour l'élaboration des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose;

2. PRIE INSTAMMENT les Etats Membres de :

- i) prendre toutes les mesures appropriées pour analyser la situation de la tuberculose dans leur pays afin d'en connaître exactement le profil épidémiologique, en particulier sa distribution dans la population, ainsi que l'impact de l'infection par le VIH et du SIDA sur l'évolution de cette endémie;
- ii) formuler ou reformuler des programmes nationaux de lutte qui tiennent compte du scénario de développement sanitaire en trois phases comme cadre structurel et organisationnel, couvrant toutes les populations des pays avec une définition/répartition des activités à tous les niveaux du système de santé et entre les différents partenaires dans le processus de développement sanitaire;
- iii) systématiser et renforcer la bacilloscopie comme méthode diagnostique et décider des schémas thérapeutiques normalisés à utiliser dans tous les services de santé;

- iv) assurer la formation des personnels de santé, en particulier celle portant sur les éléments techniques et opérationnels du programme, notamment le dépistage, la bacilloscopie, le traitement et le suivi des malades en traitement, la recherche des contacts;
- v) intégrer les activités de lutte contre la tuberculose dans les SSP dès le stade de la planification, notamment en tenant compte de la lutte contre la lèpre et le SIDA;
- vi) mobiliser les ressources locales et extérieures en faveur du programme;
- vii) profiter des ressources mobilisées dans le cadre de la lutte contre le SIDA pour renforcer les activités de lutte contre la tuberculose;

3. LANCE un appel aux organisations internationales, gouvernementales et non gouvernementales ainsi qu'aux fondations privées bénévoles pour qu'elles apportent un appui aux activités de lutte contre la tuberculose dans la Région africaine;

4. PRIE le Directeur régional de :

- i) apporter l'appui technique nécessaire aux Etats Membres dans l'élaboration de leurs programmes nationaux de lutte contre la tuberculose intégrés aux SSP;
- ii) organiser des activités de formation technique et gestionnaire à l'intention des responsables nationaux de lutte contre la tuberculose, ainsi que des séminaires-ateliers favorisant l'échange d'expérience et la promotion du programme aux niveaux national, régional et de district;
- iii) diffuser toutes les informations disponibles et pertinentes en matière de lutte contre la tuberculose;
- iv) mobiliser les ressources complémentaires pour appuyer des programmes nationaux;

5. PRIE le Directeur régional de faire rapport à la quarante-deuxième session du Comité régional sur les progrès réalisés dans la mise en place de programmes nationaux de lutte contre la tuberculose.

Huitième séance, 12 septembre 1990

AFR/RC40/R8 Médecine traditionnelle

Le Comité régional;

Conscient du fait que la médecine traditionnelle joue un rôle important dans les prestations sanitaires en Afrique, qu'à l'échelle mondiale plus d'un quart de tous les médicaments prescrits se fondent sur des substances d'origine végétale et que ces produits ont une valeur économique certaine qui augmente rapidement;

Rappelant les résolutions WHA22.54, WHA31.33, WHA40.33, WHA41.19 adoptées antérieurement par l'Assemblée mondiale de la Santé et les résolutions AFR/RC28/R3, AFR/RC33/R3, AFR/RC36/R9 adoptées par le Comité régional de l'Afrique à propos de la médecine traditionnelle et des soins de santé modernes, et plus particulièrement de l'utilisation des plantes médicinales dans le système des services de santé;

Considérant que les intérêts généraux de l'économie et du développement ont tendance à prendre le pas sur les besoins sanitaires et qu'un certain nombre de pays de la Région deviennent de plus en plus dépendants de l'appui extérieur pour leur approvisionnement en médicaments essentiels;

Convaincu de la nécessité de prendre des mesures concrètes efficaces pour renforcer la médecine traditionnelle, notamment de son potentiel économique et son aptitude à répondre aux besoins fondamentaux en médicaments de la population;

Conscient du fait que les changements écologiques et environnementaux qui surviennent dans le monde menacent de nombreuses espèces de plantes médicinales;

Ayant examiné avec intérêt le rapport du Directeur régional (document AFR/RC40/9),

1. FELICITE le Directeur régional de son rapport sur le programme de médecine traditionnelle;
2. PREND NOTE avec satisfaction de l'intérêt soutenu manifesté par le Directeur régional pour cette question, comme en atteste notamment la désignation d'un fonctionnaire régional chargé de la médecine traditionnelle;
3. PREND NOTE avec satisfaction :
 - i) des efforts entrepris par certains pays dans ce domaine;
 - ii) de la tenue à Niamey (Niger) du 13 au 16 février 1989 de la première réunion des Centres collaborateurs OMS pour la médecine traditionnelle dans la Région africaine;
 - iii) de la tenue à Arusha (Tanzanie) du 19 au 23 février 1990 de la Conférence internationale des Experts de pays en développement sur les plantes médicinales;
4. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres à persévérer dans leurs efforts pour promouvoir et développer leurs systèmes de médecine traditionnelle, notamment sa composante "plantes médicinales";
5. INVITE INSTAMMENT tous les gouvernements à :
 - i) élaborer, dans le contexte de leurs systèmes de santé nationaux, des politiques et une législation appropriées pour faciliter le développement des activités nationales de médecine traditionnelle;
 - ii) mobiliser activement les fonds nécessaires à la promotion de la médecine traditionnelle;
 - iii) désigner, dans les cas appropriés, un responsable des activités nationales de médecine traditionnelle dans le cadre du programme national de soins de santé primaires;

6. PRIE le Directeur régional de :

- i) continuer à intensifier ses efforts pour mobiliser des ressources extrabudgétaires adéquates en vue de renforcer les activités du programme de médecine traditionnelle;
- ii) prendre les mesures appropriées pour mettre sur pied des études thématiques concernant la médecine traditionnelle;
- iii) renforcer la coopération et les échanges d'expérience en vue de l'élaboration et de l'application de la stratégie d'utilisation des plantes médicinales, notamment la coopération technique entre pays en développement et pays développés.
- iv) faire rapport au Comité régional à sa quarante-deuxième session sur les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de ce programme.

Huitième séance, 12 septembre 1990

AFR/RC40/R9 Soins de santé mentale communautaires fondés sur l'approche du système de santé du district en Afrique

Le Comité régional,

Rappelant la résolution AFR/RC38/R1 sur la prévention des troubles mentaux, neurologiques et psychosociaux;

Prenant acte avec satisfaction des progrès sensibles réalisés dans la mise en place et/ou le renforcement des groupes nationaux de coordination de la santé mentale et de la formulation des programmes nationaux de santé mentale dans 24 pays;

Conscient du fait qu'une évaluation critique a établi que les problèmes de santé mentale constituent une part importante de tous les problèmes sanitaires et que les soins de santé mentale sont en général isolés du système national de soins de santé, situation aggravée par la pénurie des psychiatres et d'autres spécialistes de la santé mentale,

1. APPRECIE les efforts déployés actuellement par les pays membres engagés dans la mise en place des groupes nationaux de coordination intersectorielle de la santé mentale;

2. REMERCIE le Directeur régional de l'élaboration des propositions de stratégies de mise en oeuvre de soins de santé mentale communautaires fondés sur l'approche du système de santé du district en Afrique (document AFR/RC40/10);

3. INVITE les Etats Membres à :

- i) assurer une large distribution du document dans tous les districts de leur pays;
- ii) prévoir l'étude des voies et moyens en vue d'en assurer l'application;
- iii) élaborer une stratégie nationale de santé mentale fondée sur les principes d'intégration dans les soins de santé primaires, avec l'appui approprié des niveaux intermédiaire et central;

- iv) désigner un haut responsable du Ministère de la Santé pour s'occuper de la coordination de l'élaboration de la mise en oeuvre du programme national de santé mentale;
 - v) élaborer des programmes nationaux de santé mentale complets incluant les problèmes liés à l'abus d'alcool et des drogues;
4. DEMANDE EN OUTRE au Directeur régional de :
- a) diffuser ce document dans tous les Etats Membres;
 - b) poursuivre ses efforts dans :
 - i) la promotion et l'appui à la collaboration et à la coopération interpays par l'intermédiaire de mécanisme de coopération technique entre pays en développement;
 - ii) l'appui au développement d'un réseau régional d'institutions de formation;
 - iii) la promotion et l'appui à la recherche visant à apporter des solutions aux problèmes de santé mentale et à mettre au point des méthodes et des moyens efficaces de prévention et de traitement desdits problèmes;
 - iv) la fourniture d'un appui technique aux pays dans l'élaboration de leurs programmes nationaux de santé mentale et dans les activités pour évaluer leur impact sur la santé en général;
 - v) la mobilisation des ressources extrabudgétaires pour mener la lutte contre les problèmes de santé mentale, l'abus d'alcool et des drogues;
 - c) rendre compte de l'état d'avancement de ce programme à la quarante-troisième session du Comité régional.

Huitième séance, 12 septembre 1990

AFR/RC40/R10 Lutte contre l'onchocercose dans la Région africaine

Le Comité régional,

Se référant aux résolutions AFR/RC25/R16 de 1975 et AFR/RC28/R8 de 1978, du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique;

Reconnaissant que :

- i) au cours de la dernière décennie, des progrès considérables ont été accomplis dans la lutte contre l'onchocercose dans la région du programme de lutte contre l'onchocercose en Afrique de l'Ouest, où on estime que 12,5 millions de personnes ont été débarrassées de l'infection et environ sept millions d'enfants nés depuis le début du programme ont jusqu'à présent été préservés du risque d'infection;
- ii) dans plusieurs zones endémiques importantes en dehors des pays d'origine du programme OCP, et où existent des taux élevés de cécité, peu de progrès ont été accomplis et peu d'informations sont disponibles sur l'étendue et la gravité réelles de l'onchocercose;

- iii) des récentes enquêtes dans un certain nombre de pays ont révélé l'existence d'un nombre de personnes infectées plus important que celui révélé par les rapports précédents et que par conséquent le total des personnes infectées, qu'on estime à 17,5 millions, et le total des personnes aveugles, ou qui souffrent d'acuité visuelle réduite ou de réduction de leur champ visuel, qu'on estime à 340 000, constitue une sous-estimation;
- iv) les pays OCP ont atteint un stade dans les activités de lutte contre l'onchocercose où l'intégration de certaines activités dans le système national de soins de santé primaires (dévolution) se révèle urgente et où il est nécessaire de consentir un plus grand effort dans les pays OCP pour évaluer l'étendue et la gravité de l'onchocercose,

1. REMERCIE le Directeur régional de son rapport et des efforts déployés pour soutenir les pays OCP afin de leur permettre de mieux planifier et mettre en oeuvre leurs activités de dévolution et remercie les pays hors OCP d'avoir préparé leurs programmes nationaux en utilisant l'ivermectine pour la chimiothérapie de l'onchocercose au sein de la communauté;

2. DEMANDE aux Etats Membres de :

- i) préparer leurs plans nationaux d'action pour la lutte contre l'onchocercose, y compris l'information du public et l'éducation pour la santé;
- ii) tirer profit de la disponibilité de l'ivermectine, qui est un microfilaricide pour la chimiothérapie de l'onchocercose au sein de la communauté et de s'efforcer de respecter les exigences des fabricants du médicament qui demandent qu'il y ait une évaluation satisfaisante de l'utilisation du médicament dans les programmes nationaux de lutte;

3. DEMANDE aux pays hors OCP d'accélérer les efforts déployés dans l'évaluation épidémiologique de l'onchocercose et dans le développement des plans d'action nationaux;

4. PRIE le Directeur régional de :

- i) continuer à soutenir les pays OCP dans la mise en oeuvre de leurs plans de dévolution et de fournir le soutien technique aux pays hors OCP pour l'évaluation épidémiologique de leur situation vis-à-vis de l'onchocercose et pour la planification des activités de lutte faisant appel à l'ivermectine;
- ii) encourager les consultations intra- et interpays pour s'assurer qu'il y a un échange d'informations et pour assurer la promotion des stratégies qui ont fait leurs preuves, et pour stimuler la recherche dans le cadre de la coopération technique entre pays en développement (CTPD);
- iii) fournir une assistance dans le domaine de la formation à la lutte contre les maladies parasitaires, y compris l'onchocercose, au moyen d'ateliers, de séminaires et de cours spéciaux;
- iv) rechercher toutes les possibilités de mobiliser les ressources budgétaires supplémentaires pour les activités de lutte contre l'onchocercose;

- v) présenter un rapport sur les progrès accomplis dans la lutte contre l'onchocercose dans la Région à la quarante-deuxième session du Comité régional;

5. PRIE le Directeur général de stimuler la recherche pour la mise au point d'un macrofilaricide bon marché, efficace et sûr.

Huitième séance, 12 septembre 1990

AFR/RC40/R11 Préparation et intervention aux urgences dans la Région africaine

Le Comité régional,

Rappelant les résolutions WHA34.26, WHA38.29 et WHA42.16 de l'Assemblée mondiale de la Santé, la résolution CM/RES/1253 (LI) de l'OUA, les résolutions Nos 42/169 et 44/236 de l'Assemblée générale des Nations Unies et la résolution AFR/RC38/R25 du Comité régional;

Conscient du grave impact des catastrophes sur les infrastructures sanitaires et le développement économique des pays africains;

Prenant acte de la mesure prise par le Secrétaire général des Nations Unies en proclamant les années 1990, Décennie internationale de la Réduction des Catastrophes naturelles et de la mise en place d'un secrétariat et d'un fonds pour cette Décennie;

Prenant acte avec satisfaction du rapport du Directeur régional sur la "Préparation et intervention aux urgences liées aux catastrophes naturelles et aux épidémies en Afrique" (document AFR/RC40/8 Rév.1),

1. LANCE un appel aux organismes intéressés des Nations Unies opérant dans la Région pour qu'ils coopèrent, collaborent et harmonisent leurs efforts avec le Bureau régional de l'OMS et son Centre panafricain de Préparation aux Urgences pour alléger l'impact négatif des catastrophes dans les pays membres;

2. RECOMMANDE aux pays membres de :

- i) mettre en oeuvre les éléments pertinents du rapport;
- ii) présenter régulièrement des rapports sur l'incidence des catastrophes dans leurs territoires respectifs au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et/ou au Centre panafricain de Préparation aux Urgences d'Addis Abeba;
- iii) renforcer la coopération entre le secteur de la santé et les autres secteurs concernés; et
- iv) appuyer la mise en oeuvre des activités prévues dans le cadre de la Décennie internationale de la Réduction des Catastrophes naturelles;

3. RECOMMANDE au Directeur régional de :

- i) coopérer et collaborer avec le Secrétariat général de l'OUA et avec les autres organismes et institutions concernés, en vue de l'application de la résolution CM/RES/1253 (LI) de l'OUA sur l'organisation d'une réunion régionale sur les catastrophes en Afrique pour définir les projets prioritaires revêtant une importance nationale, sous-régionale et régionale;

- ii) organiser des ateliers, séminaires et stages de formation pertinents à l'intention des techniciens, des gestionnaires de niveau intermédiaire et des décideurs africains;
- iii) coopérer avec le Secrétariat de la Décennie internationale de la Réduction des Catastrophes naturelles à la réalisation des objectifs et buts pertinents de la Décennie par des efforts concertés et des propositions concrètes de projet à réaliser au cours de la Décennie;
- iv) renforcer le réseau existant des centres collaborateurs pour la réduction des catastrophes dans la Région; et
- v) mobiliser les fonds nécessaires pour appuyer les pays africains dans leurs efforts de préparation aux catastrophes et aux interventions d'urgence.

Huitième séance, 12 septembre 1990

AFR/RC40/R12 Assistance aux pays abritant des réfugiés et personnes déplacées

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du Directeur régional (AFR/RC40/8 Rév.1) sur la préparation et l'intervention aux urgences liées aux catastrophes naturelles et aux épidémies en Afrique, considérant les conséquences analogues consécutives aux situations de conflits;

Reconnaissant les efforts déployés par les organismes internationaux d'aide et de secours et par les gouvernements des pays qui apportent leur soutien à de nombreuses populations de réfugiés afin de répondre effectivement à leurs besoins dans les situations d'urgence;

Notant l'impact négatif d'une affluence de réfugiés sur l'économie, le secteur de la santé et les programmes de développement sanitaire de ces pays;

Considérant les conséquences néfastes d'une telle affluence de personnes déplacées sur les services de santé, notamment sur les systèmes de soins de santé dans les districts abritant des personnes déplacées,

1. REMERCIE le Directeur régional de son rapport sur la préparation et l'intervention aux urgences;
2. REMERCIE les Etats Membres qui abritent les réfugiés et les personnes déplacées des efforts déployés en vue de leur fournir des soins de santé;
3. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres et les organisations internationales à soutenir les efforts fournis par les gouvernements hôtes pour assurer des soins de santé aux réfugiés et aux personnes déplacées;
4. DEMANDE aux Etats Membres et aux organisations internationales de fournir, en fonction de leurs possibilités, l'appui nécessaire aux programmes de santé nationaux affectés par l'impact des réfugiés sur le secteur de la santé;

5. PRIE le Directeur régional :

- i) d'utiliser des fonds régionaux du budget régulier pour aider les gouvernements à surmonter les problèmes de santé, en particulier dans les districts qui abritent actuellement des réfugiés et des personnes déplacées;
- ii) d'apporter son soutien dans la mobilisation des ressources financières, matérielles et techniques auprès d'organismes donateurs et de gouvernement en vue de renforcer les services de santé des pays abritant des réfugiés et des personnes déplacées;
- iii) de faire rapport au Comité régional de l'Afrique à sa quarante-deuxième session sur les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de la présente résolution.

Huitième séance, 12 septembre 1990

AFR/RC40/R13 Activités de l'OMS en 1989 : Rapport succinct
du Directeur régional pour 1989

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport succinct du Directeur régional pour 1989;

Notant que sa présentation est conforme à la résolution AFR/RC25/R2;

Reconnaissant la gravité de la situation financière actuelle de l'Organisation et de ses effets néfastes sur la mise en oeuvre du programme,

1. APPROUVE le rapport du Directeur régional;
2. FELICITE le Directeur régional de la qualité et la pertinence du document;
3. INVITE les Etats Membres à :
 - i) prendre les mesures appropriées pour la mise en oeuvre du scénario de développement sanitaire pour accélérer l'instauration de la SPT/2000 en mettant l'accent sur les activités au niveau local;
 - ii) renforcer le développement des systèmes de santé nationaux fondés sur les soins de santé primaires, en utilisant comme cadre de référence le plan d'action pour la mise en oeuvre du scénario tout en portant une attention particulière à la gestion des services de santé, à la formation des personnels de santé, et à la recherche en santé publique conformément aux programmes prioritaires définis et aux programmes spécifiques choisis par les différents pays;
4. PRIE le Directeur régional de :
 - i) poursuivre sans relâche ses efforts en vue de promouvoir la collaboration intersectorielle dans le cadre des structures existantes aux différents niveaux du système de développement : local, intermédiaire et central;

- ii) prendre les mesures appropriées pour mobiliser les ressources extrabudgétaires requises pour appuyer les SSP, en particulier au niveau local.

Huitième séance, 12 septembre 1990

AFR/RC40/R14 Motion de remerciements

Le Comité régional,

Considérant les efforts énormes déployés par le peuple et le Gouvernement de la République populaire du Congo pour garantir le succès de la quarantième session du Comité régional de l'Afrique qui s'est tenue à Brazzaville du 5 au 12 septembre 1990;

Sensible à l'accueil chaleureux et fraternel du peuple et du Gouvernement congolais;

Considérant l'engagement et la volonté politiques des responsables nationaux de mettre en oeuvre leurs stratégies nationales de la SPT/2000 au moyen des soins de santé primaires,

1. REMERCIE Son Excellence le Général d'Armée Denis Sassou Nguesso, Président du Comité central du Parti congolais du Travail, Président de la République et Chef de l'Etat :

- i) d'avoir bien voulu honorer de sa présence la cérémonie d'ouverture de la quarantième session du Comité régional;
- ii) de son allocution opportune et stimulante, axée principalement sur les problèmes de santé en Afrique et, notamment au Congo, ainsi que sur le rôle d'une gestion améliorée dans l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000;

2. EXPRIME sa gratitude au Gouvernement et au peuple de la République populaire du Congo pour leur accueil chaleureux;

3. PRIE le Président du quarantième Comité régional de transmettre à Son Excellence le Général d'Armée Denis Sassou Nguesso, Président du Comité central du Parti congolais du Travail, Président de la République et Chef de l'Etat, la présente motion de remerciements.

Huitième séance, 12 septembre 1990

PARTIE II

OUVERTURE DE LA SESSION

1. La quarantième session du Comité régional de l'Afrique de l'Organisation mondiale de la Santé a été ouverte le 5 septembre 1990 par Son Excellence le Général d'Armée Denis Sassou Nguesso, Président du Comité Central du Parti Congolais du Travail, Président de la République et Chef du Gouvernement de la République populaire du Congo. Assistaient également à la cérémonie d'ouverture le Médecin Lieutenant-Colonel Ousmane Gazéré, Président de la trente-neuvième session du Comité régional, M. Wawa O. Leba, représentant de Son Excellence Salim Ahmed Salim, Secrétaire général de l'Organisation de l'Unité Africaine, le Professeur F. J. C. Cambournac, qui a été le premier Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, le Dr G. L. Monekosso, Directeur régional actuel de l'OMS pour l'Afrique, les délégations des Etats Membres, les représentants d'organisations internationales, intergouvernementales et non gouvernementales et les membres du corps diplomatique.
2. Dans son allocution d'ouverture (Annexe 3), le Médecin Lieutenant-Colonel Ousmane Gazéré a remercié le Chef de l'Etat congolais d'avoir honoré de sa présence la cérémonie d'ouverture. Après avoir exprimé sa gratitude au Président et à son Gouvernement pour le soutien qu'ils n'ont cessé d'accorder au Bureau régional et aux délégations des Etats Membres ainsi que pour les conseils qu'ils leur prodiguent, il a également remercié les citoyens de Brazzaville de leur accueil chaleureux, fraternel et enthousiaste.
3. Il a souligné qu'en dépit de la diminution des ressources disponibles et de la propagation du SIDA, il fallait rester fidèle à l'idéal commun - l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000 - si on voulait surmonter le sous-développement, l'ignorance et la maladie. Puisqu'on avait identifié la gestion comme étant une des principales faiblesses des systèmes de santé, l'accent serait mis tout particulièrement sur le renforcement des capacités gestionnaires à tous les niveaux des systèmes de santé entre 1990 et 1994 et sur la mobilisation de ressources adéquates pour la santé maternelle et infantile, la lutte contre la maladie et l'approvisionnement en eau de boisson sûre et les programmes fondamentaux d'assainissement du milieu.
4. Dans sa déclaration liminaire (Annexe 4), le Dr G. L. Monekosso, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, a sincèrement souhaité la bienvenue au Président de la République populaire du Congo, au représentant du Secrétaire général de l'OUA, à tous les délégués présents, à la délégation namibienne en particulier et à tous les invités présents.
5. Le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique a fait observer que, bien que le monde soit entré dans la dernière décennie du deuxième millénaire avant la fin duquel on espère instaurer la santé pour tous en l'an 2000, la santé était l'un des secteurs les plus durement touchés par la crise économique. Face à cette situation, il a invité chacun à assumer pleinement ses responsabilités et à s'affirmer dans la communauté des nations en mobilisant les potentialités pour le développement du continent africain.
6. La réalisation de cet objectif - a déclaré le Directeur régional - exigeait des activités de développement sanitaire à base communautaire qui soient convenablement gérées et supervisées par un comité de gestion sanitaire de district et épaulées par les niveaux intermédiaire et central. Le Dr Monekosso a toutefois souligné que c'étaient les efforts conjugués de tous qui permettraient d'instaurer le bien-être général. Aussi, a-t-il lancé un appel en faveur de la mobilisation communautaire et insisté tout particulièrement sur la gestion rigoureuse des ressources humaines, matérielles et financières disponibles - puisque la gestion était le thème central de cette quarantième session du Comité régional.

7. Le Fonds spécial de la Santé pour l'Afrique, dont l'idée a été lancée à Addis Abeba le 7 juillet 1990, et qui vise à rendre les collectivités autosuffisantes afin de surmonter l'obstacle économique aux soins de santé, constitue un instrument majeur en vue de l'application de notre stratégie de développement sanitaire collectif.

8. Le Dr Monekosso a conclu en affirmant qu'il croyait à une Afrique forte et bien portante, capable de tenir la place qui lui revient dans le concert des nations.

9. Parlant au nom de Son Excellence M. Salim Ahmed Salim qui s'est trouvé empêché, M. Wawa O. Leba a transmis les salutations et le message du Secrétaire général de l'OUA (Annexe 5) à toutes les personnes présentes et a ensuite passé en revue les difficultés auxquelles l'Afrique s'est trouvée confrontée dans les domaines politique, économique et social, observant qu'elles sont tout aussi sérieuses que celles du secteur de la santé. Dans un tel contexte, il s'est interrogé sur ce que sera l'avenir de l'Afrique, concluant que si des victoires ont été remportées sur la variole et en matière de vaccination, il y a des raisons d'espérer dans l'avenir - espoir fondé sur la politique de l'OMS qui incite à la participation des individus, des familles et des collectivités à leur propre développement sanitaire. Les Chefs d'Etat et de Gouvernement avaient en 1987 affirmé l'importance de la santé pour le développement national dans leur déclaration sur "La santé - base du développement". Monsieur Wawa O. Leba a assuré l'auditoire du soutien de l'OUA, notamment parce que cette organisation a déjà pris des dispositions pour développer ses activités sanitaires et qu'il existe un cadre institutionnel autorisant un renforcement de la collaboration entre l'OMS et l'OUA.

10. Il a fait observer que l'OUA attache beaucoup d'importance à un renforcement de la coopération avec l'OMS étant donné que le soutien politique de l'OUA se révélera sans doute précieux pour l'exécution des programmes de santé de l'OMS. Toutefois, pour qu'une telle coopération soit productive, il faut qu'elle se fonde sur certains projets concrets.

11. Le Secrétaire général de l'OUA a conclu son message en lançant un appel à tous les pays africains, leur demandant de contribuer au capital de démarrage du Fonds spécial de la Santé pour l'Afrique, et cela le plus tôt possible.

12. Le quatrième orateur à cette séance d'ouverture de la quarantième session du Comité régional a été le Professeur F. J. Cambournac, premier Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, de 1954 à 1964. Il a retracé l'histoire du Bureau régional, de ses débuts en 1953 jusqu'à l'époque où il a quitté l'Organisation. Il a rendu hommage à tous ceux qui ont aidé à soutenir le Bureau régional - notamment les autorités françaises et le Gouvernement congolais, le Dr Quenum et le Dr Monekosso - et conclu en lançant un appel à l'aide aux donateurs qui doivent se débarrasser de l'idée selon laquelle la santé est un secteur non productif - idée d'autant plus erronée que la santé produit une population dynamique. Le texte intégral de son allocution figure à l'Annexe 6.

13. Dans son allocution d'ouverture (Annexe 7), le Président Sassou Nguesso a remercié le Directeur général et le Directeur régional de l'OMS de tous les efforts qu'ils consentent pour poursuivre le développement sanitaire de l'Afrique à une époque où les budgets sociaux se contractent et que les moyens de lutter contre les fléaux subissent une réduction correspondante. Il a insisté sur la bonne gestion des systèmes de santé en tant que gage du succès des programmes de santé et le scénario du développement sanitaire en trois phases constitue, à son avis, une démarche adéquate vers l'instauration de

la santé pour tous. Le Président de la République a fait observer que le Congo allait de l'avant dans la mise en place des soins de santé primaires. Après avoir conclu qu'étant donné la situation économique défavorable qui règne dans la Région et ailleurs, le Congo a besoin de la solidarité internationale pour faire face aux maux qui le frappent, il a ouvert la quarantième session du Comité.

14. Le Président de la trente-neuvième session a ensuite remercié le Président de la République populaire du Congo de s'être adressé au Comité et d'avoir si aimablement accepté d'assister à la cérémonie d'ouverture.

Allocution du Directeur général de l'OMS

15. Dans son allocution inaugurale (Annexe 8), le Directeur général de l'OMS a demandé au Comité régional de l'excuser de son arrivée tardive. Il assistait à la Conférence de Paris sur les pays les moins avancés, dont les débats sont de la plus haute importance pour l'Afrique où se trouvent 30 des 42 des pays les moins avancés du monde. Les débats ont été axés sur le développement de l'homme, qui a fait l'objet récemment d'importantes études de la part du PNUD et de la Banque mondiale.

16. Presque tous les Chefs d'Etat, a-t-il dit, soulignaient que la santé est une composante clef du développement et que l'OMS avait un rôle directeur à jouer dans l'actuelle Décennie pour le développement. Il ressortait des statistiques que le taux élevé de mortalité infantile et le SIDA frappaient surtout les pays les moins avancés. On a estimé qu'en Afrique sub-saharienne un individu sur 40 était susceptible d'être séropositif.

17. Le Directeur général avait une autre raison d'être heureux de se trouver à Brazzaville : la Namibie y était présente en tant que nation indépendante. Il espérait que cela favoriserait la santé de l'Afrique et la santé du peuple namibien.

18. Le Directeur général a dit que les activités d'examen du budget programme étaient une responsabilité capitale dans une organisation décentralisée comme l'OMS. Le budget programme pour 1992-1993 contribuerait à accélérer la décentralisation et le Directeur général était sûr que les pays feraient preuve de cohésion et de coopération dans leurs propositions et leurs recommandations.

19. Le Directeur général a évoqué les perspectives économiques des années 90, qui vont dans le sens de la dette et de la pauvreté, des années de crise et de catastrophe. Malgré cela, il voyait une lueur d'espoir et des occasions d'agir, grâce à l'importance accrue accordée à la lutte contre la maladie et la pauvreté. La prestation des soins de santé était un problème complexe exigeant des approches nouvelles, en particulier dans les domaines prioritaires. Les soins de santé primaires, la gestion des systèmes de santé et le paludisme apparaissaient comme des secteurs nécessitant une attention particulière.

20. Le Directeur général a dégagé cinq secteurs particulièrement importants pour la prochaine période biennale : la santé de l'homme dans un environnement en mutation, une alimentation et une nutrition appropriées, la lutte intégrée contre la maladie, la diffusion de l'information, et l'intensification de l'appui aux pays les moins avancés. Les ressources destinées aux soins de santé primaires, à la nutrition, à la salubrité de l'environnement et à la lutte intégrée contre les maladies ont été augmentées. Il a rendu hommage

au Fonds spécial de la Santé pour l'Afrique, initiative qui, avec le scénario en trois phases de développement sanitaire en Afrique, constituait un moyen important d'aider les pays confrontés à de graves difficultés économiques.

21. Les tendances démographiques et les changements du comportement humain ne sauraient être négligés lors de l'organisation des soins de santé. La population mondiale va franchir le cap des six milliards d'habitants d'ici l'an 2000, ce qui va peser sur les ressources alimentaires, particulièrement en Afrique. La poussée démographique doit être stabilisée par des moyens culturellement acceptables. Il faut donc agir - et de toute urgence - aux niveaux de la sécurité alimentaire, de la planification familiale, de la santé maternelle et infantile, y compris la recherche en reproduction humaine, de la maternité sans risque et du rôle des femmes en tant que bénéficiaires et prestataires des soins de santé.

22. Il faut faire face avec franchise à ces maux que sont l'abus de l'alcool et des drogues, les maladies sexuellement transmissibles et le SIDA, en ayant recours à des techniques efficaces, appropriées et financièrement abordables. L'environnement et la totalité de l'écosystème sont en danger et il faut donc se battre pour assurer à la fois développement et santé; il faut restructurer les économies dans le sens d'un développement productif et durable.

23. Les programmes techniques de l'OMS sont prêts à aider les pays à résoudre leurs problèmes, mais il est important de bien comprendre que l'OMS est un organisme technique et non pas financier. Son rôle est d'assurer l'orientation des politiques générales, la coordination, la recherche et le transfert de la technologie appropriée. Le Directeur général a conclu en invitant tous les Etats Membres à mettre en commun succès, problèmes et solutions.

ORGANISATION DES TRAVAUX DU COMITE

24. L'ordre du jour adopté par le Comité régional figure à l'Annexe 1 et la liste des participants à l'Annexe 2. L'élection des membres du Bureau de la session et la désignation des Rapporteurs pour les discussions techniques font l'objet de la Décision de procédure No 2.

DELIBERATIONS DU COMITE

ACTIVITE DE L'OMS DANS LA REGION AFRICAINE 1989 :
RAPPORT SUCCINCT DU DIRECTEUR REGIONAL (documents AFR/RC40/3 et
AFR/RC40/3 Add.1)

Exposé introductif

25. En présentant son rapport, le Directeur régional a souligné que le rapport succinct, produit une année sur deux, ne comprend pas les activités détaillées pays par pays. C'est la première année d'un cycle triennal des discussions techniques, centré sur la gestion du système de santé en 1990, suivi par la formation des personnels de santé en 1991 et par la recherche en santé publique en 1992.

26. En 1989, l'Organisation a pour la première fois travaillé en Namibie.

27. Le Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS) a recommandé qu'on accorde une attention spéciale aux trois secteurs prioritaires de programmes, à savoir : la santé maternelle et infantile, planification familiale/nutrition, l'approvisionnement en eau et la salubrité de l'environnement, la lutte contre la maladie. Les réunions sous-régionales

de développement sanitaire ont mis l'accent sur l'exécution détaillée des projets de budget programme par pays pour 1990-1991 et sur quelques problèmes spécifiques d'importance pour des Sous-Régions particulières - onchocercose, maternité sans risque, aspects sanitaires des situations d'urgence.

28. La collaboration avec les différents partenaires a été soulignée, notamment avec la BAD, la Banque mondiale, le PNUD, l'UNICEF et le FNUAP.

29. Parmi quelques nouvelles initiatives en matière d'information du public et d'éducation pour la santé, il faut citer une série de textes simples dont l'un a été "Les aventures de Lord Germus". La Bibliothèque des Sciences de la Santé et le Centre de Documentation ont été inaugurés et permettront bientôt d'assurer des liaisons informatiques avec les bureaux de l'OMS dans les pays.

30. Soutien aux systèmes nationaux de santé. L'activité a continué en matière de surveillance des progrès accomplis vers la santé pour tous au niveau de la communauté et au niveau du district. Plusieurs ateliers sur la recherche sur les systèmes de santé ont été organisés et des modules de formation ont été distribués. On continue de déployer beaucoup d'efforts pour soutenir les ressources humaines pour la santé. Le programme de médicaments essentiels a été soutenu dans plusieurs pays et deux laboratoires sous-régionaux supplémentaires de contrôle de la qualité sont devenus opérationnels au Nigéria et au Zimbabwe.

31. Promotion et protection de la santé. Les activités à grande portée ont été déployées dans la nutrition, en particulier en ce qui concerne la surveillance de la nutrition, la lutte contre les carences en iode et l'anémie de la femme enceinte. Une décennie internationale (1990-2000) de l'alimentation et de la nutrition dans la Région africaine a été instituée. Les programmes de santé maternelle et infantile ont été renforcés en collaboration avec le FNUAP, en mettant l'accent sur l'initiative de la maternité sans risque. Le Centre régional de Formation et de Recherche en Santé familiale de Kigali est devenu opérationnel. De nouvelles activités ont été déployées dans le domaine de la santé des adolescents y compris un atelier sous-régional. En ce qui concerne l'approvisionnement public en eau, il y a eu des progrès importants dans les zones urbaines mais ces progrès ont été insuffisants dans les zones rurales. La Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement devrait être prolongée. Parmi les nouvelles activités en matière de salubrité de l'environnement, citons les études de la pollution des eaux côtières de l'Afrique de l'Ouest et de l'Afrique centrale. On a renforcé la législation sanitaire dans trois pays. Des ateliers et des cours sur la santé bucco-dentaire ont été organisés au Centre interpays de Santé bucco-dentaire à Jos, au Nigéria.

32. Prévention et lutte contre la maladie. En tant qu'un des trois programmes prioritaires régionaux, on a souligné les progrès qui ont été accomplis l'année dernière dans le domaine de la vaccination des enfants, la lutte contre les vecteurs de maladies, la lutte contre le paludisme, la lutte contre les autres maladies parasitaires, contre les maladies diarrhéiques, contre les infections aiguës des voies respiratoires, contre la lèpre, contre la tuberculose et contre le syndrome d'immunodéficience acquise.

33. Compte tenu de l'évolution satisfaisante qui a permis d'atteindre des taux de couverture élevés depuis le milieu des années quatre-vingt, et notamment de l'effort considérable consenti pendant l'Année africaine de la Vaccination des enfants en 1986, on privilégie désormais la surveillance efficace des maladies cibles et la durabilité des programmes nationaux.

34. On a souligné la gravité du paludisme en tant que problème majeur de santé publique. Les actions menées pour accélérer la formation en paludologie et la planification des programmes de lutte antipaludique ont été exposées. La lutte contre d'autres maladies parasitaires telles que la trypanosomiase, la shistosomiase, l'onchocercose et la dracunculose est également jugée prioritaire. Depuis 1988, les activités visant à éradiquer la dracunculose ont évolué de façon satisfaisante.

35. Le soutien aux programmes nationaux de lutte contre les maladies diarrhéiques s'est poursuivi tandis que la collaboration à la lutte contre les infections aiguës des voies respiratoires s'organise. De nombreux pays ont adopté la polychimiothérapie pour lutter contre la lèpre, et des crédits extrabudgétaires ont été mobilisés avec l'aide du Bureau régional pour appuyer cette action. L'incidence de la tuberculose est en augmentation dans toute la Région.

36. Programme d'appui. Un service de télécopie a été installé au Bureau régional. On a eu davantage recours aux micro-ordinateurs, tant au Bureau régional que dans les bureaux des Représentants de l'OMS, et les moyens et activités de l'unité de l'informatique elle-même se sont beaucoup développés.

Discussion

37. Les délégués de 27 pays ont pris la parole au cours de la discussion qui a suivi. Ils ont tous félicité le Directeur régional pour la clarté de sa présentation et pour son rapport ainsi que pour la qualité des travaux entrepris en 1989. Ils ont également accueilli avec satisfaction la présence de la Namibie à la réunion.

38. La situation socio-économique et environnementale difficile constitue un réel obstacle dans la plupart des pays, ceux-ci se heurtant souvent aux problèmes ci-après : service de la dette, amenuisement des ressources financières et humaines, interventions armées, déplacements de populations, sécheresse et inondations, et forte croissance démographique. Il est difficile dans ces circonstances simplement de maintenir l'infrastructure et les services de santé à leur niveau actuel. Huit pays ont signalé qu'il fallait renforcer la préparation aux situations d'urgence et ont accueilli avec satisfaction la création du centre de formation régionale. Un centre francophone a été souhaité.

39. Le rôle primordial de l'éducation au sens le plus large du terme dans la promotion de la santé a été souligné par le Comité.

40. De nombreuses délégations ont estimé que le scénario africain du développement sanitaire constituait un outil utile pour le développement de la santé. Les questions de gestion ont été signalées comme étant importantes par les délégués de sept pays et plusieurs de ces pays ont déjà pris des initiatives majeures pour améliorer la gestion, en particulier au niveau du district.

41. La décentralisation des programmes de santé s'effectue progressivement dans de nombreux pays. Les pays se sont félicités de la mobilisation des ressources par l'OMS aux niveaux national et régional, mais ils ont demandé que les efforts dans ce sens soient intensifiés car ce problème constitue une entrave sérieuse pour la plupart des programmes. Plusieurs pays s'efforcent de trouver les moyens de financer, en particulier au niveau communautaire, leurs systèmes de santé et le développement de ces systèmes.

42. Un délégué a indiqué qu'il ne devrait pas y avoir de conflit entre les hôpitaux et les soins de santé primaires; le scénario africain du développement sanitaire constituait le cadre approprié pour permettre aux hôpitaux d'apporter le soutien nécessaire aux soins de santé primaires.
43. Plusieurs délégations ont mentionné qu'il importait de disposer d'instruments appropriés pour mesurer les progrès réalisés vers l'objectif de la santé pour tous et l'opérationnalité des districts sanitaires. Des délégations ont signalé qu'elles souhaiteraient la coopération du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique pour créer et/ou développer leurs systèmes d'information en matière de santé.
44. Certains pays se sont dit satisfaits du programme de recherche sur les systèmes de santé et d'autres ont dit qu'ils souhaitaient y participer.
45. En ce qui concerne le développement des ressources humaines pour la santé, les pays se sont félicités de la coopération existante tout en souhaitant qu'elle soit développée en particulier dans les domaines de la gestion sanitaire et de la santé publique. La République Unie de Tanzanie a annoncé la création d'un centre de formation aux soins de santé primaires pour lequel le Directeur régional a promis l'appui de l'OMS. Son Excellence le Ministre angolais de la Santé a annoncé l'inauguration, avant la fin de l'année, de l'Institut supérieur de Soins infirmiers à Luanda pour les pays africains de langue officielle portugaise.
46. Le projet de matériel didactique en matière de santé a été particulièrement bien accueilli; des délégations ont exprimé le désir de participer au programme et d'autres souhaitaient voir ses activités élargies.
47. Plusieurs délégués ont mentionné l'importance du programme des médicaments et vaccins essentiels et, en particulier, du contrôle de la qualité des médicaments, et ils ont félicité l'OMS pour ses efforts dans ce domaine.
48. Plusieurs pays ont indiqué que les programmes de santé maternelle et infantile et de planification familiale, souvent réalisés avec la collaboration du FNUAP, étaient prioritaires. L'idée d'une Décennie internationale de l'Alimentation et de la Nutrition a été bien accueillie. Les programmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement au niveau des collectivités étaient prioritaires dans de nombreux pays qui se trouvaient face à de nouveaux risques tels que les produits chimiques toxiques.
49. Le Comité a souligné l'importance des programmes de lutte contre les maladies transmissibles. Les débats concernant ces programmes ont porté surtout sur le paludisme, la tuberculose et le programme élargi de vaccination.
50. Tous les pays ont reconnu que, malgré leurs efforts, souvent soutenus par l'OMS, la situation en ce qui concerne le paludisme était alarmante. Dans tous les pays où cette maladie était endémique, on enregistrait un accroissement, parfois dramatique, de son incidence et des taux de mortalité. D'autres pays signalaient des épidémies. La propagation de la résistance du plasmodium aux antipaludiques rendait toute solution encore plus difficile. On pouvait en dire autant de la résistance du vecteur aux insecticides.

51. Le Comité régional a noté la résurgence d'autres maladies parasitaires, en particulier de la trypanosomiase. L'onchocercose, la schistosomiase et la dracunculose demeuraient sources de graves préoccupations. Le Directeur régional a été invité à fournir l'appui de l'OMS aux pays pour la préparation des programmes de lutte contre la maladie intégrés aux SSP et à aider à mobiliser des ressources extrabudgétaires.

52. Le Comité a également observé un accroissement marqué du nombre de cas de tuberculose et il a demandé au Directeur régional et aux Etats Membres de mettre au point des stratégies régionales et nationales et de fournir au programme des ressources suffisantes pour remédier à la situation.

53. Le programme élargi de vaccination demeurait prioritaire aux niveaux national et régional. Le Comité s'est dit satisfait des progrès réalisés par les pays, mais, pour consolider les acquis, les activités de couverture vaccinale, la surveillance des maladies cibles et la formation du personnel doivent être intensifiées.

54. Le Comité régional s'est déclaré satisfait des progrès enregistrés par le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques et a demandé que de nouvelles mesures soient prises pour lutter contre les infections aiguës des voies respiratoires.

55. L'apparition régulière d'épidémies, notamment de choléra, de méningite méningococcique, de fièvre jaune et de peste était préoccupante. Le Comité a demandé au Directeur régional de maintenir et de renforcer le soutien apporté par le Bureau régional aux pays concernés.

56. Le représentant de la Banque africaine de Développement (BAD) a rappelé aux participants que la Banque et l'OMS mettaient en oeuvre plusieurs programmes de coopération avec divers pays, notamment la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Nigéria et le Zaïre. La BAD contribue également aux programmes contre l'onchocercose. Le représentant a également demandé qu'une coopération plus directe BAD/OMS soit mise sur pied tant au niveau régional qu'au niveau des pays, de façon à intensifier davantage le soutien de la BAD aux pays dans le secteur de la santé. La BAD serait heureuse de recevoir des propositions en matière de soutien aux programmes prioritaires, soit directement soit par l'entremise du Bureau régional.

57. Le représentant de l'OUA a repris la parole pour souligner que l'OUA faisait entièrement confiance à l'OMS pour tout ce qui touchait à la coopération technique dans le domaine de la santé. L'OUA est en train de négocier avec le Bureau régional de l'OMS un accord portant sur divers programmes de coopération dans les domaines de la santé et du développement social.

58. Le représentant de la Fédération internationale des Associations des Fabricants de Produits Pharmaceutiques (IFPMA) a souligné la nature de la fédération qui regroupe les producteurs de plus de 80 % des médicaments prescrits dans le monde. La fédération a des projets de développement des industries pharmaceutiques et de la capacité de recherche dans les pays en développement.

59. Le représentant de la branche africaine du Réseau international d'Action pour les Aliments des Nourrissons (IBFAN) a souligné l'activité de ce réseau en Afrique. Il y a 26 groupes nationaux du réseau répartis dans 18 pays. Le réseau travaille pour la promotion de l'allaitement au sein et pour le contrôle de la commercialisation des substituts du lait maternel conformément

au Code international de Commercialisation de l'OMS, et aussi pour l'amélioration des pratiques relatives au sevrage, à l'éducation et à la formation nutritionnelles, et du statut social des femmes. Le représentant de ce réseau a souligné que l'allaitement au sein est toujours en baisse en Afrique, spécialement dans les agglomérations urbaines et dans les villes. Les pratiques qui sont défavorables à l'allaitement au sein sont toujours largement répandues dans les services de maternité. Le réseau vise à assurer la promotion, en coopération avec l'OMS et d'autres institutions, de l'adoption de codes nationaux de commercialisation des substituts du lait maternel et de la formation des agents de santé dans le domaine des pratiques correctes d'alimentation des nourrissons.

60. Le représentant du Comité interafricain (IAC) sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants, a fait référence à la résolution AFR/RC39/R9, et a souligné la nécessité de suivre cette résolution et d'autres résolutions liées à l'excision, aux pratiques nutritionnelles et autres ayant un effet néfaste sur la santé des femmes et des enfants. La conférence annuelle du comité interafricain doit avoir lieu à Brazzaville en octobre 1990 avec un certain soutien de l'OMS.

61. Le représentant du Programme des Volontaires des Nations Unies a souligné l'origine et le développement du programme, qui a démarré en 1971. Le siège du programme est à Genève. Il fournit aux volontaires des occasions d'offrir leurs services dans les pays en développement, au niveau opérationnel. Plus de deux tiers des volontaires proviennent eux-mêmes des pays du tiers monde. Les volontaires sont actuellement engagés dans l'activité liée à la santé dans neuf pays auxquels s'ajouteront bientôt quatre autres pays, y compris la Namibie qui a demandé l'assistance de 21 médecins.

62. Le représentant de la FAO a évoqué la collaboration de plus en plus poussée existant dans la Région entre la FAO et l'OMS pour divers secteurs, et il a parlé de la nécessité d'étudier les liens profitables aux deux parties qui pourraient être établis entre les programmes de santé et les programmes agricoles. Les problèmes relatifs aux produits chimiques dans l'agriculture, aux résidus de pesticides, à la contamination de l'environnement, à la qualité et à la sécurité des produits alimentaires, sont très importants du point de vue de la santé. Les programmes agricoles, programmes d'irrigation par exemple, peuvent aussi avoir des effets nocifs sur la santé. En revanche, les agents de vulgarisation agricole peuvent contribuer à promouvoir la santé et devraient penser davantage aux producteurs et aux consommateurs, plutôt que de considérer simplement les récoltes. Dans les programmes de préparation aux situations d'urgence, non seulement les estimations de la production agricole, mais aussi la surveillance nutritionnelle, ont un rôle important à jouer. Les agents de santé et les travailleurs du secteur agricole devraient être incités à se pencher ensemble et de manière plus approfondie sur le processus de développement.

63. Le Dr M. Racelis, Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique orientale et australe, s'est adressée aux participants et a insisté sur la coopération étroite existant entre l'UNICEF et l'OMS pour les questions relatives à la santé de la femme et de l'enfant, en particulier au niveau des pays. Cette collaboration était particulièrement fructueuse en ce qui concerne le programme élargi de vaccination; ces dernières années, plusieurs pays ont atteint les taux de couverture visés. Elle a souligné qu'il importait de s'assurer la participation des individus et des communautés. Elle a parlé de la publication "Savoir pour sauver" qui a été traduite en plus de 100 langues. Aujourd'hui, on met particulièrement l'accent sur la santé des femmes, tout au long de la vie et non pas seulement pendant la grossesse.

Evoquant le prochain Sommet mondial de l'Enfant, auquel assisteront de nombreux Chefs d'Etat africains, le Dr Racelis a exprimé l'espoir que l'objectif prioritaire de tous les gouvernements soit "les enfants d'abord" et que le message passe.

64. Le Directeur régional de l'OMS, répondant aux observations faites, a remercié tous les délégués qui avaient pris la parole et leur a assuré que tous les points soulevés seraient pris en compte par le Secrétariat. Il a particulièrement exprimé sa gratitude à l'OUA, à l'UNICEF et la Banque africaine de Développement pour leur coopération avec les gouvernements et avec l'OMS dans le domaine de la promotion de la santé. Il a fait observer que les pays devraient négocier avec les bailleurs de fonds potentiels de façon à s'assurer que l'appui fourni était conforme à leurs besoins et à leur contexte socio-économique particulier. Il a rappelé au Comité que c'étaient les pays qui devaient assurer dans le long terme des programmes tels que la vaccination - ce dernier étant d'ailleurs prioritaire en raison de la responsabilité de tous à l'égard des générations futures. Chaque famille doit en être consciente et assumer sa part de responsabilité.

65. Le Directeur régional a d'autre part souligné que l'approche fondée sur la coopération internationale représentait plus un important mécanisme d'appui aux pays qu'un appui à des programmes particuliers. Les appuis disponibles étant limités, on applique des critères de sélection pour déterminer les pays qui en ont le plus besoin.

66. Des membres du Secrétariat ont formulé des observations sur certaines questions. Il a été souligné que des stocks d'urgence de certains médicaments et vaccins étaient constamment disponibles dans trois dépôts à Dakar, Brazzaville et Nairobi. Quant au rôle des hôpitaux dans le système de santé, mention a été faite des documents (par exemple sur l'accélération de l'instauration de la santé pour tous les Africains, 1990) dans lesquels sont exposés les liens entre hôpitaux à différents niveaux ainsi les liens horizontaux avec les services de santé publique, les secteurs autres que celui de la santé et les organisations non gouvernementales.

67. A propos des accidents, il a été souligné que les efforts de prévention n'étaient pas à la mesure du problème. Le Secrétariat a informé le Comité que deux réunions interpays avaient eu lieu en 1989, l'une à Brazzaville et, l'autre, à Addis Abeba. Le programme, dont était responsable un fonctionnaire régional, se poursuivait activement mais aucun pays n'avait demandé d'appui budgétaire à cette activité particulière en 1990-1991 ni 1992-1993.

68. Quelques détails ont été donnés à propos du Programme international sur la sécurité des substances chimiques OMS/OIT/PNUE, qui est basé au Siège de l'OMS, à Genève. Aucun pays africain n'a signé le mémorandum d'accord mais les documents qui définissent des critères de salubrité de l'environnement, traitent des risques pour la santé liés à l'environnement et contiennent des directives en matière de sécurité, sont régulièrement reçus et communiqués aux Ministères de la Santé par l'intermédiaire des Représentants de l'OMS. Les pays peuvent obtenir les documents et/ou participer au programme en écrivant directement à celui-ci ou en passant par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique.

69. On a indiqué que les éléments fondamentaux de la lutte contre le paludisme étaient les suivants :

- i) soutien technique aux pays pour l'analyse de la situation et l'élaboration de programmes nationaux intégrés aux SSP;
- ii) formation du personnel de santé à tous les niveaux, en particulier au niveau du district; et approche intégrée; cette activité devrait comprendre :
 - la formation de paludologues confirmés (trois cours ont été réalisés dernièrement);
 - la formation de formateurs au niveau intermédiaire (réalisée dans huit pays);
 - le traitement des cas de paludisme, y compris des cas compliqués ou graves, et de tous les cas de paludisme chez les femmes enceintes;
 - les aspects de la lutte antivectorielle intéressant la situation locale;
 - la mise au point de matériel didactique pour les formateurs au niveau du district;
- iii) mobilisation de ressources extrabudgétaires, provenant en particulier de USAID/CCCD, du PNUD et de l'AGFUND.

70. En ce qui concerne la lutte contre les maladies parasitaires, il a été souligné que la stratégie recommandée consistait à intégrer progressivement les activités de lutte dans le système national de soins de santé primaires. La collaboration de l'OMS a consisté à assurer les services de consultants chargés de planifier les programmes nationaux de lutte, à former du personnel aux techniques de diagnostic et au traitement et, enfin, à rassembler et diffuser l'information sur la lutte contre ces maladies dans la Région.

71. Concluant le débat général, le Directeur régional de l'OMS a informé le Comité qu'un certain nombre de mesures avaient été prises pour renforcer les Bureaux de l'OMS dans les pays en vue d'accroître l'appui au processus SPT sur le plan national. A cet égard, il a souligné le rôle et l'importance des équipes de l'OMS dans les pays pour la stratégie SPT/2000 et il a appelé l'attention des participants sur un document d'information sur la question contenu dans leur dossier (document AFR/RC40/INF.DOC/3) : "Mise en oeuvre du scénario africain de développement sanitaire - les équipes OMS/pays - SPT/2000..." qui expose le principe de ces équipes, leur composition et leur mécanisme de fonctionnement. Le Directeur régional a fait observer que ce mécanisme offrait l'occasion de faire participer des nationaux au processus de coopération technique de l'OMS et leur permettait de se familiariser avec l'Organisation, conformément à l'orientation donnée par le Comité régional lui-même. Il permettait aussi de trouver dans les pays des techniciens très qualifiés qui pouvaient travailler comme consultants dans d'autres pays, renforçant ainsi la CTPD.

72. Le Directeur général a formulé quelques dernières observations. Il a dit que la Région africaine de l'OMS ne constituait pas une entité géographique clairement définie et que chaque pays avait ses caractéristiques particulières, mais qu'il se dégagait des traits socio-politiques et culturels communs. Les pays africains devraient s'efforcer de mettre au point un système de santé qui leur soit propre et qui soit durable. En ce qui concerne le SIDA, ils devaient décider si certaines stratégies étaient

acceptables ou non comme l'usage de préservatifs. On pouvait peut-être trouver des médicaments de synthèse ou des remèdes traditionnels qui pourraient au moins prolonger l'existence des malades; une recherche dans ce sens serait justifiée. Pour ce qui est de la lutte contre le paludisme, il faut trouver de nouvelles stratégies qui puissent être intégrées aux SSP. Des moustiquaires imprégnées d'insecticides pouvaient s'avérer très efficaces. Dans la situation économique actuelle, il fallait regarder les systèmes de santé d'un oeil neuf; de nouveaux modes de financement communautaire et de coopération entre les secteurs traditionnels et privés pouvaient peut-être fonctionner. L'approche fondée sur la coopération internationale était une approche holistique qui visait à assurer un développement sanitaire durable. Des processus d'évaluation plus rigoureux étaient nécessaires et l'OMS s'employait à les mettre au point; il faut trouver des indicateurs d'impact, et pas seulement des indicateurs de résultats. Il fallait en particulier que le développement des systèmes de santé soit équitable. Aucun développement n'est possible si on ne comble pas le fossé entre riches et pauvres.

SANTE MATERNELLE ET INFANTILE : SURVIE DE L'ENFANT ET MATERNITE
SANS RISQUE (document AFR/RC40/4 Rév.1)

Exposé introductif

73. Le document AFR/RC40/4 Rév.1 a été présenté par le Dr (Mme) L. Barry (Secrétariat), au nom du Directeur régional, dans le sillage de la résolution AFR/RC39/R8 qui visait à "aider les Etats Membres à faire une analyse des services existants de soins maternels". Le document se subdivise en deux parties : santé infantile et santé maternelle.

74. Santé infantile. L'état nutritionnel, comme on le note aux paragraphes 7 à 16, est insatisfaisant. Preuve en est l'incidence élevée du faible poids à la naissance et la forte prévalence du retard chronique de croissance. La carence en iode, l'avitaminose A et l'anémie sont des affections courantes chez les enfants de moins de cinq ans. Les maladies visées par le PEV ont pu être évitées dans une proportion encourageante. Cependant, les enfants continuent à être victimes d'affections aiguës des voies respiratoires, de diarrhées et du paludisme.

75. Des programmes intégrés en faveur de la survie et du développement de l'enfant ont été récemment formulés et mis en oeuvre. L'OMS et des organisations collaboratrices ont défini des objectifs pour promouvoir la santé de l'enfant et ont fixé des cibles pour l'an 2000.

76. Santé maternelle. Il a été constaté que les données sur la santé maternelle font souvent défaut et ne sont pas toujours récentes ou fiables. Cependant, les conclusions peuvent être tirées des quelques études faites dans les pays. L'analyse de l'état nutritionnel montre une sous-alimentation maternelle répandue, la forte prévalence de l'anémie chez la femme enceinte et une prévalence non négligeable de l'avitaminose A et de la carence en iode. Il ressort également que le taux de fertilité est demeuré stable, se situant en moyenne à six enfants. Les pratiques contraceptives sont limitées aux zones urbaines et reste faible (moins de 5%). Des études sur l'âge du mariage et le niveau d'instruction, réalisées dans certains pays, ont mis en évidence l'interrelation directe qui existe entre ces facteurs et l'état de santé des femmes.

77. Les informations dont on dispose sur les soins aux mères sont limitées, mais il apparaît que le nombre de femmes suivies au cours des grossesses et des accouchements par du personnel formé reste faible.

78. La description du programme régional se réfère aux activités menées en collaboration avec les pays et le Siège de l'OMS et aux activités d'autres organisations. Ces activités comprennent : l'appui à la gestion des programmes de SMI/PF, l'accent étant mis sur l'introduction/intégration de la planification familiale, l'appui à la formation et à la recherche. L'initiative du Siège de l'OMS "Maternité sans risque" et le Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine ont été particulièrement utiles dans le domaine de la formation et de la recherche.

Discussion

79. Le Comité régional s'est félicité de la clarté et de la richesse du document. Il a insisté sur l'importance du domaine concerné.

80. Le Comité a reconnu que des progrès remarquables ont été réalisés dans le domaine de la santé de l'enfant, mais beaucoup d'efforts doivent être déployés pour réduire la prévalence et l'incidence du paludisme, de la malnutrition, des infections aiguës des voies respiratoires, de la tuberculose et des maladies diarrhéiques. A cet effet, le Comité régional a demandé au Directeur régional de prendre des mesures appropriées de lutte contre le paludisme, en particulier chez les femmes enceintes et allaitantes et les enfants de moins de cinq ans, et de mettre en place des activités de lutte contre les infections aiguës des voies respiratoires.

81. Le Comité a tenu à ce qu'une importance particulière soit accordée à la protection et la promotion de l'allaitement au sein, en raison de la désaffection croissante à l'égard de cette pratique, notamment en milieu urbain.

82. La discussion concernant la santé maternelle a porté sur la nécessité d'améliorer l'information sur la santé des femmes. Les problèmes liés aux pratiques traditionnelles nuisibles à la santé des femmes devront rester au centre de préoccupations pour que des mesures vigoureuses soient prises.

83. A la suite du débat, le Comité régional a modifié puis adopté la résolution AFR/RC40/R2.

SOINS DE SANTE MENTALE COMMUNAUTAIRES FONDES SUR L'APPROCHE DU SYSTEME DE SANTE DU DISTRICT EN AFRIQUE (document AFR/RC40/10)

Exposé introductif

84. Ce document qui a été présenté par le Dr Aboo-Baker (Secrétariat), a été établi pour assurer le suivi de la résolution AFR/RC38/R1 adoptée par la trente-huitième session du Comité régional, et relative à la nécessité d'accélérer les prestations de soins de santé mentale communautaires pour tous les Africains.

85. La première partie du document intitulée "Introduction" (paragraphe 1 à 3) ainsi que la partie suivante intitulée "Scénario de développement sanitaire en trois phases : Cadre d'action pour les soins de santé mentale" (paragraphe 4 à 9), examinent les diverses insuffisances des systèmes de soins de santé mentale existants et recommandent fortement l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires, non seulement pour mettre fin à la longue négligence relative à cette composante importante de la santé dans bon nombre d'Etats Membres, mais aussi pour réformer ou pour éliminer des lois

répressives, archaïques et discriminatoires. La nécessité d'un soutien rationnel provenant du niveau du district, d'un soutien technique provenant du niveau intermédiaire et de directives politiques provenant du niveau central est discutée dans cette partie.

86. La section suivante intitulée "Soins de santé mentale au niveau communautaire" (paragraphe 10 à 21) fournit des directives pour les soins de santé mentale communautaires en Afrique qui dépendent d'une participation et d'un soutien actifs de la famille et de la communauté. Le recours à des agents de santé généraux pour la prévention (primaire, secondaire et tertiaire) des troubles mentaux et neurologiques est soulignée ainsi que le rôle des services d'orientation/recours dans les prestations de soins de santé mentale. Le traitement des problèmes de santé mentale à ce niveau se limitera au traitement par le phénobarbital d'une simple épilepsie convulsive généralisée, au traitement par la chlorpromazine des troubles mentaux, et au traitement des troubles du sommeil et de l'anxiété par les tranquillisants, ce qui se combinera à une politique résolue d'orientation/recours, pour ces troubles et des troubles plus complexes, au niveau du district.

87. La section intitulée "Soins de santé mentale au niveau du district" (paragraphe 22), définit les activités du bureau de santé du district dans le PEV, dans le programme ARI (infections aiguës des voies respiratoires) et dans le programme CDD (lutte contre les maladies diarrhéiques), ainsi que l'atténuation des complications mentales et neurologiques secondaires des maladies systémiques. Il met aussi l'accent sur la mobilisation des autres secteurs tels que l'éducation, les finances, la communication, la police, la justice, les groupes sociaux, etc., pour éduquer les populations, leur permettant ainsi de prendre mieux soin de leur santé.

88. La partie suivante intitulée "Soins de santé mentale au niveau intermédiaire" (paragraphe 23 à 38), présente les activités qui sont menées à ce niveau, y compris la fourniture au niveau du district d'un choix de technologies en faveur du district, parallèlement au soutien en matière d'orientation/recours et du déboursement des fonds alloués par le niveau central. Les hôpitaux plus spécialisés dispensent des soins de santé d'un niveau plus élevé pour les pathologies compliquées, assurent la formation continue en faveur des agents de santé et ceux liés à la santé et prêtent un soutien en matière de recherche pour une meilleure gestion des problèmes de santé mentale au niveau communautaire.

89. La partie suivante intitulée "Soins de santé mentale au niveau central" (paragraphe 39 à 47), met l'accent sur l'élaboration d'une politique nationale de santé mentale, la mobilisation des ressources, le développement des ressources humaines et la rédaction d'une législation appropriée. Le développement de la santé mentale nécessitera une approche multisectorielle faisant appel au groupe de coordination nationale de la santé mentale composé des représentants des différents ministères, des groupes de soutien, des leaders religieux, des ONG, etc.

90. La dernière partie intitulée "Conclusion" (paragraphe 48 et 49), met l'accent sur le rôle préventif (aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire) des troubles mentaux et neurologiques grâce à l'éducation et à l'information.

91. Les activités de soins de santé mentale à différents niveaux sont résumées dans les Annexes 1 à 5.

Discussion

92. Les délégués de 11 pays ont pris la parole à propos du document AFR/RC40/10. Le représentant de l'UNICEF est également intervenu. Les délégués ont accueilli ce document avec satisfaction et ils ont tous (à une exception près) appuyé sans réserve le projet de résolution. Ils étaient en particulier satisfaits de ce que la stratégie proposée intègre la santé mentale aux trois niveaux du système national de soins de santé.

93. Les délégués souhaitent, toutefois, que la composante santé mentale des soins de santé tienne compte de la contribution que les guérisseurs traditionnels pourraient apporter à la solution des problèmes de santé mentale.

94. De nombreux délégués ont été en mesure de signaler que, dans leurs pays, des lits avaient été réservés au niveau des hôpitaux de district, pour le traitement à court terme des maladies mentales ou neurologiques. Il fallait cependant que les pays mettent rapidement au point des programmes de formation efficaces en matière de santé mentale à l'intention des agents de santé et mobilisent des fonds pour les financer, l'aide de l'OMS étant sollicitée à cet effet.

95. Plusieurs délégués ont mentionné des problèmes spécifiques soulevés dans leurs pays par la réapparition des maladies parasitaires. Ils ont également mentionné tout particulièrement l'abus de l'alcool, l'épilepsie et la schizophrénie.

96. Le représentant de l'UNICEF a signalé que cette organisation avait désormais ajouté la "protection" à ses objectifs de survie et de développement de l'enfance. Il a vivement souhaité que les programmes de santé mentale communautaires comportent des mesures préventives. Les enfants des rues et les jeunes enfants qui travaillaient étaient particulièrement exposés. Le représentant de l'UNICEF estimait certes que la stratégie exposée dans le document était appropriée dans un contexte normal, stable et harmonieux, mais il souhaitait que l'on accorde une plus grande attention aux enfants susceptibles d'être traumatisés par des bouleversements sociaux et par la guerre.

97. A la suite du débat, le projet de résolution intitulé "Soins de santé mentale communautaires fondés sur l'approche du système de santé du district en Afrique" figurant dans le document AFR/RC40/10 Corr.2 a été adopté sans modification (AFR/RC40/R9).

PREPARATION ET INTERVENTION AUX URGENCES LIEES AUX CATASTROPHES
NATURELLES ET AUX EPIDEMIES EN AFRIQUE (document AFR/RC40/8 Rév.1)

98. Le rapport du Directeur régional sur la préparation aux urgences liées aux catastrophes naturelles et aux épidémies en Afrique (document AFR/RC40/8 Rév.1) a été présenté par le Dr Calvani (Secrétariat).

99. Les diverses catastrophes naturelles et épidémies qui ont affecté plus de cent millions de personnes en Afrique ont été évoquées. On a fait observer que la Déclaration des Nations Unies sur la Décennie internationale pour la Réduction des Catastrophes naturelles (1990-2000) visait à attirer l'attention internationale sur ces problèmes et à améliorer la capacité des Etats à les résoudre. Les gouvernements des Etats Membres étaient invités à jouer un rôle de premier plan dans la gestion et la réduction des catastrophes naturelles et des épidémies en sollicitant les ressources des Nations Unies et de l'ensemble des nations aux fins de prévention, de détection et de prise en charge des situations d'urgence ainsi que de la préparation en vue de ces catastrophes.

On a souligné que le rôle du Programme OMS de préparation et d'intervention aux urgences était de guider et de soutenir les Etats Membres afin qu'ils puissent s'occuper spécifiquement des aspects sanitaires des situations d'urgence grâce au développement des programmes de préparation et d'organisation de la prise en charge des situations d'urgence en vue de réduire au minimum leurs effets néfastes.

100. Quelques délégations ont souligné qu'au cours de sa première année d'existence, le Centre de préparation aux urgences s'était surtout consacré à des activités touchant la documentation, la formation et la collecte des renseignements dans les pays anglophones. Il a été suggéré que des activités analogues soient organisées dans les pays francophones.

101. En réponse, le Secrétariat a fait souligner que des négociations à ce sujet étaient déjà en cours avec les organismes de coopération de la France, du Canada et de la Belgique, en vue de la mise en route d'un programme d'activités qui serait entrepris au début de 1991 par le Centre d'Etudes supérieures en Administration et Gestion (CESAG) à Dakar.

102. Un délégué, prenant la parole au nom du Sous-Comité du Programme, a dit que celui-ci avait procédé à une évaluation très positive du rapport; plusieurs délégations se sont fait l'écho de cette déclaration.

103. Un autre délégué, dans une communication écrite, a appuyé trois points spécifiques soulevés dans le rapport au sujet de l'incorporation des activités de préparation et d'intervention aux urgences dans les programmes ordinaires de formation et de gestion des SSP établis par les gouvernements. Il a souligné en outre les liens étroits qui existent entre la préparation aux urgences et le développement sanitaire global et l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

104. La République centrafricaine a demandé au Directeur régional de fournir un soutien en vue d'un atelier national ayant pour objet l'élaboration d'un plan national d'urgence.

105. Le Comité régional a ensuite adopté le rapport et la résolution AFR/RC40/R11 y relative, avec les amendements mineurs proposés par le Sous-Comité.

PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE DANS LA REGION AFRICAINE (document AFR/RC40/7)

Exposé introductif

106. La question a été présentée par le Dr D. Barakamfitye (Secrétariat) qui a insisté sur l'importance de la lutte contre la tuberculose dans la Région.

107. La situation épidémiologique de la tuberculose dans la Région se résume de la façon suivante :

- un risque annuel d'infection qui se situe entre 1,5 et 6 % par an;
- une incidence de 100 à 300 nouveaux cas pour 100 000 habitants;
- la tranche d'âge de 15 à 45 ans, c'est-à-dire la plus productive sur le plan économique et social, et la plus touchée tout en étant également la plus exposée à l'infection à VIH et au SIDA;

- l'impact de l'épidémie d'infection à VIH et de SIDA sur la tuberculose entraînera, en particulier, une nouvelle augmentation du nombre des cas de tuberculose et accélérera le passage de l'état latent aux formes cliniques.

108. Du point de vue opérationnel, la situation se caractérise par un taux de détection et de notification tellement faible, qu'il ne peut fournir d'informations relativement précises pour mesurer les dimensions du problème ou pour lutter contre l'endémie.

109. Le Directeur régional a proposé un guide susceptible de servir de base aux responsables nationaux et à leurs partenaires pour élaborer, stimuler ou réorienter leurs programmes de lutte antituberculeuse. Ce guide peut s'insérer dans le programme de développement sanitaire approuvé par le Comité régional voici déjà six ans, ainsi que dans le scénario de développement sanitaire de la Région. Il constitue un exemple de son application à un programme technique précis ainsi que de la mise en oeuvre du programme quinquennal de développement sanitaire.

Discussion

110. On a convenu que la tuberculose prenait des proportions inquiétantes. Dans beaucoup de pays, on enregistre une augmentation considérable de son incidence. L'impact de l'infection à VIH et du SIDA sur l'incidence actuelle de la tuberculose a été souligné par la plupart des membres du Comité; il en va de même du problème posé par le coût élevé des médicaments utilisés dans les schémas thérapeutiques dits courts.

111. On a particulièrement mis l'accent sur la nécessité d'accroître les crédits du budget ordinaire et de mobiliser des ressources extrabudgétaires. Les fonds affectés aux activités de lutte contre le SIDA devraient également servir à lutter contre la tuberculose, vu l'interaction de plus en plus évidente entre les deux maladies. On a fait observer que certains pays ont intégré la lutte antituberculeuse à la lutte antilépreuse. On a insisté sur la nécessité de tenir compte des nouveaux paramètres épidémiologiques de la tuberculose lorsqu'on envisage d'intégrer les activités de lutte antituberculeuse à d'autres programmes.

112. Certains délégués ont insisté sur la nécessité d'évaluer l'importance du problème posé par la tuberculose, notamment par des enquêtes, avant d'élaborer des programmes pertinents.

113. Enfin, le Comité régional a accepté le guide proposé par le Directeur régional, pour l'élaboration et la mise en oeuvre de programmes nationaux. Il a adopté la résolution AFR/RC40/R7.

LUTTE CONTRE L'ONCHOCERCOSE DANS LA REGION AFRICAINE (document AFR/RC40/24)

114. Le document AFR/RC40/24 a été présenté par le Dr E. Samba, Directeur du Programme de lutte contre l'Onchocercose (OCP). Il a succinctement fait le point de la situation actuelle du Programme de lutte contre l'Onchocercose dans les pays OCP, en mettant l'accent sur le rôle de la lutte antivectorielle et sur l'importance de plus en plus grande d'un nouvel outil de chimiothérapie à assise communautaire faisant appel à l'ivermectine.

115. On a souligné l'importance des activités résiduelles d'intégration du Programme OCP dans le système des soins de santé primaires. On a décrit le soutien que le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (OMS/AFRO) et OCP ont fourni aux pays dans la lutte contre l'onchocercose, et les directives conjointes qui ont été rédigées figurent à l'annexe du document.

116. On a brièvement décrit le soutien OMS/AFRO aux pays hors OCP dans leur effort de lutte contre l'onchocercose.

117. Huit délégations ont pris la parole pour féliciter le Directeur régional du document et ont demandé au Bureau régional d'aider leurs pays à planifier leurs activités de dévolution et leurs programmes nationaux de lutte contre l'onchocercose.

118. On a soulevé la question de la place et de l'état actuel de la lutte antivectorielle dans les programmes nationaux de lutte contre l'onchocercose. On a expliqué que bien que la lutte antivectorielle ait été décrite comme la méthode de lutte la plus efficace, il ressort d'un examen récent de la situation que ce point de vue doit être modifié afin d'y faire figurer la chimiothérapie par l'ivermectine sur une base communautaire.

119. En réponse à la demande d'assistance extérieure supplémentaire pour les activités de dévolution, on a souligné que même s'il fallait accélérer les activités de dévolution de la lutte contre l'onchocercose, chaque pays devrait néanmoins s'efforcer de commencer à mettre en oeuvre son plan de dévolution.

120. Les pays hors OCP ont été assurés du soutien de l'OMS/AFRO dans l'organisation et la mise oeuvre de leurs programmes nationaux de lutte contre l'onchocercose.

121. A la fin de la discussion, le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC40/R10.

RAPPORT SUR LE PROGRAMME DE MEDECINE TRADITIONNELLE (document AFR/RC40/9)

122. En présentant ce point, le Directeur régional a indiqué que l'on considèrerait la médecine traditionnelle comme un élargissement des soins de santé primaires, d'un côté avec les tradipraticiens et de l'autre avec les plantes médicinales. Il n'est absolument pas question de remplacer la médecine moderne par des pratiques traditionnelles non validées ni d'encourager la poursuite de pratiques traditionnelles nuisibles.

123. Le Directeur régional a ensuite souligné l'importance tant économique que médicale des plantes médicinales. Une conférence internationale parrainée par le Gouvernement de la Tanzanie, l'OMS, le PNUE, le PNUD et la Commission Sud-Sud, a d'ailleurs eu lieu récemment sur ce sujet à Arusha en mai 1990. Ces plantes médicinales doivent être protégées, étudiées et en dernière analyse exploitées par les pays africains eux-mêmes.

124. Le Dr M. Koumare (Secrétariat), fonctionnaire régional responsable du Programme de Médecine traditionnelle, a présenté le document AFR/RC40/9 qui résume les activités de recherche et autres entreprises dans la Région et indique les types d'activité envisagés aux niveaux national et régional.

125. Le Dr O. Akerele, Administrateur du Programme à Genève, a ensuite fait un exposé sur le thème "Médecine traditionnelle et SIDA : Relever le défi" - document AFR/RC40/INF.DOC/6 (a).

126. Au cours du débat qui a suivi, les délégués ont souligné l'importance du programme, se félicitant de ce que le Directeur régional l'ait soumis pour examen au Comité régional. Certains délégués ont insisté sur le fait qu'il fallait affecter davantage de fonds régionaux à l'appui de ce programme.

127. Un certain nombre de délégués ont fait part de certaines préoccupations propres à leurs pays. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC40/R8.

EXAMEN DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE SIDA (document AFR/RC40/5)Exposé introductif

128. Le Dr S. Butera, Directeur par intérim de l'Equipe AFRO du Programme mondial de lutte contre le SIDA, a présenté ce point de l'ordre du jour en décrivant brièvement la situation en matière de lutte contre le SIDA dans la Région. Il s'est référé en particulier à la résolution AFR/RC39/R7 dans laquelle le trente-neuvième Comité régional encourageait l'OMS à décentraliser ses efforts de lutte contre le SIDA au niveau régional.

129. L'orateur a ensuite exposé les mesures prises depuis l'adoption de cette résolution. Le Directeur régional et le Directeur général ont notamment participé directement à la mise au point d'une stratégie viable permettant la décentralisation des activités GPA/Siège qui garantirait un niveau égal ou meilleur de soutien de la part de l'OMS aux programmes nationaux concernés. Le Dr Butera a cité les huit pays bénéficiant déjà d'une décentralisation et a expliqué les mesures prises aux niveaux régional, sous-régional et national pour faciliter cette décentralisation. Enfin, il a indiqué les cinq principaux domaines dans lesquels, selon le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, les Etats Membres devraient concentrer leurs activités :

- surveillance épidémiologique;
- sécurité d'utilisation du sang et des produits sanguins;
- mobilisation des femmes;
- IEC et soutien psychologique;
- rôle de la communauté dans les soins aux malades.

130. Le Directeur régional a brièvement pris la parole pour rappeler aux délégués que le débat devrait porter essentiellement sur les secteurs de décentralisation du programme de lutte contre le SIDA aux niveaux de la Région, des pays et des districts. Les aspects techniques des activités de lutte contre le SIDA seraient examinés à fond au cours de la cinquième Conférence internationale sur le SIDA et les Cancers associés en Afrique qui se tiendra à Kinshasa en octobre 1990 et de l'atelier régional pour les Directeurs de Programme du SIDA qui aura lieu juste après la Conférence de Kinshasa.

Discussion

131. Le débat a été ouvert et 24 représentants de pays ou d'organisations ayant le statut d'observateur ont formulé des observations et posé des questions sur le rapport examiné. Les délégations concernées ont accueilli avec satisfaction le rapport du Directeur régional et de l'Equipe GPA/AFRO. Elles ont aussi remercié le Directeur général et GPA/Siège d'avoir fourni l'encouragement et le soutien nécessaires à la lutte contre le SIDA en général et au processus de décentralisation en particulier. Plusieurs délégations sont intervenues pour donner des informations récentes sur la gravité de la pandémie du SIDA dans leurs pays.

132. La plupart des délégations qui ont pris la parole se sont félicitées du processus de décentralisation, étape nécessaire dans les efforts actuels, pour améliorer la réaction mondiale face à la pandémie. Certains orateurs ont dit

que la décentralisation devait se poursuivre non seulement au niveau du Bureau régional, mais également à celui des Représentants de l'OMS afin qu'ils soient en mesure de répondre comme il convient aux besoins et aux contextes particuliers de chaque pays. Certains délégués ont estimé qu'il fallait être prudent et ont émis l'espoir que tout serait fait pour assurer en permanence un niveau optimal de soutien aux programmes nationaux de lutte contre le SIDA. Le Dr Merson, Directeur du Programme mondial de lutte contre le SIDA (GPA/Siège), et le Directeur régional ont assuré aux délégués que les programmes nationaux étaient et restaient au coeur même du processus de décentralisation et que tout serait fait pour leur garantir l'appui nécessaire dans le combat entrepris contre le SIDA.

133. Il a été noté avec satisfaction qu'un certain nombre de pays avaient déjà commencé à décentraliser leur programme national au niveau provincial et, dans certains cas, au niveau du district. Etant donné les profondes répercussions du SIDA sur le tissu social même de nombreux pays, l'accent est mis sur la nécessité de transformer la lutte contre le SIDA en une action multisectorielle, voire suprasectorielle, à laquelle participeraient tous les secteurs du pays. Des orateurs ont insisté eux aussi sur la nécessité de faire participer les communautés aux efforts pour que ceux-ci donnent des résultats tangibles. Le SIDA est aujourd'hui un problème social très grave dans un certain nombre de pays et il faudra un leadership global s'appuyant sur des bases très larges dans tous les secteurs et à tous les niveaux de la société pour coordonner efficacement les actions face aux conséquences de la pandémie de SIDA.

134. Plusieurs délégations ont d'autre part soulevé certains points concernant la transmission du SIDA. A plusieurs reprises, des délégués tout comme le Directeur de GPA/Siège, ont insisté sur la nécessité d'associer plus étroitement la lutte contre le SIDA aux efforts entrepris contre d'autres maladies sexuellement transmissibles. Des délégués ont rappelé que, dans l'écrasante majorité des cas, l'infection à VIH dans le monde et dans la Région africaine était transmise actuellement encore par voie sexuelle. De sérieux efforts restent nécessaires pour encourager des pratiques sexuelles plus sûres dans la Région. Il faut faire davantage des recherches sur les pratiques sexuelles afin de trouver des moyens à la fois acceptables et efficaces de modifier dans la Région ce qui est le comportement individuel le plus intime pour assurer la protection nécessaire. Ces efforts doivent particulièrement viser les adolescents et les jeunes entrant dans la vie sexuelle active.

135. Un certain nombre de délégués ont demandé des renseignements sur la situation actuelle concernant la mise au point de médicaments qui pourraient être efficaces ou de vaccins candidats susceptibles d'être utilisés pour le traitement et/ou la prévention de l'infection à VIH et du SIDA. Des renseignements détaillés ont été donnés par le Directeur de GPA/Siège à propos des mesures prises au niveau international pour mettre au point des médicaments efficaces et mettre à l'essai des vaccins candidats. Jusqu'ici, un médicament - l'AZT - a été accepté par la communauté mondiale pour le traitement du SIDA, mais son coût actuel le rend inaccessible pour la majorité des pays en développement. Sept vaccins candidats contre diverses étapes de l'évolution du VIH se trouvent actuellement aux tout premiers stades des essais cliniques mais il faudra du temps avant que l'on puisse tirer des conclusions valables. En ce qui concerne le KEMRON, les délégués ont été informés par le Directeur régional et par le Directeur de GPA/Siège qu'il s'agissait d'un médicament potentiel qu'il fallait considérer comme étant

encore au stade expérimental. D'autres essais cliniques bien conçus seront nécessaires pour que l'on puisse déterminer l'efficacité exacte de l'Alpha interféron à faible dose dans la prise en charge clinique du SIDA. Il faudra donc attendre d'avoir les résultats de ces études avant de tirer d'autres conclusions concernant le KEMRON.

136. En ce qui concerne le projet de résolution, la plupart des délégués ont dit l'appuyer tel qu'il avait été proposé. Certains délégués ont fait observer qu'ils proposeraient des amendements mineurs au texte, tout en appuyant dans l'ensemble la résolution. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC40/R6 après amendements.

MODALITES DE MISE EN OEUVRE DES RESOLUTIONS D'INTERET REGIONAL
ADOPTÉES PAR L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE ET PAR LE CONSEIL EXECUTIF
(documents AFR/RC40/11 et AFR/RC40/11 Add.1)

137. Le Dr Williams, membre du Conseil exécutif, a présenté les points 7.1 à 7.5 de l'ordre du jour provisoire. En présentant les documents AFR/RC40/11 et AFR/RC40/11 Add.1, Rapport du Directeur régional relatif aux résolutions d'intérêt régional adoptées par la Quarante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé et par la quatre-vingt-cinquième session du Conseil exécutif, il a déclaré qu'en conformité avec la résolution AFR/RC30/R12, ce rapport est soumis par le Directeur régional au Comité pour appréciation, et invite le Comité à donner des directives pour l'application des résolutions et des recommandations à transmettre au Conseil exécutif.

138. Ces résolutions d'intérêt régional contiennent une gamme variée de propositions et ont été regroupées par le Directeur régional dans les programmes, selon la liste ordonnée du Huitième Programme général de Travail :

- Organes directeurs
- Développement et Direction d'ensemble des programmes
- Développement des systèmes de santé
- Promotion et Développement de la Recherche, y compris la Recherche sur les comportements qui favorisent la santé
- Promotion et Protection de la santé en général
- Promotion et Protection de la santé mentale
- Promotion de la sécurité de l'environnement
- Technologie diagnostique, thérapeutique et de réadaptation
- Lutte contre la maladie.

139. Le Dr Williams a présenté en détail les dispositions de chaque résolution ainsi que les renseignements sur la situation et les propositions de mesures devant être prises par le Directeur régional, lesquelles sont contenues dans le document de référence, le texte complet des résolutions pouvant être mis à la disposition des délégués. Le Comité a été invité à donner des directives au Directeur régional.

140. Le délégué de la Zambie a attiré l'attention du Comité régional sur le fait que la résolution WHA43.14 : "Lutte de libération en Afrique australe - Assistance aux Etats de première ligne, au Lesotho et au Swaziland", n'avait pas été considérée dans le rapport, ce qui constituait à son avis une lacune majeure.

141. Le Directeur régional a déclaré que la non inclusion de cette résolution dans le document AFR/RC40/11 le devait à un lapsus du Secrétariat. Un corrigendum (AFR/RC40/11 Add.2) a été préparé et distribué à cet effet.

142. Le Comité a adopté le document.

INCIDENCES REGIONALES DES ORDRES DU JOUR DE LA QUATRE-VINGT-SEPTIEME
SESSION DU CONSEIL EXECUTIF ET DE LA QUARANTE-QUATRIEME ASSEMBLEE
MONDIALE DE LA SANTE (document AFR/RC40/12)

143. Le Dr C. A. Williams (membre du Conseil exécutif) a rappelé que conformément à l'Article 50 de la Constitution de l'OMS, à la résolution WHA33.17 de l'Assemblée mondiale de la Santé ainsi qu'à la résolution AFR/RC30/R6 du Comité régional, afin de permettre la coordination des ordres du jour des Organes directeurs de l'OMS aux niveaux mondial et régional, le Directeur régional présentait au Comité régional pour examen des ordres du jour provisoires de la quatre-vingt-septième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé.

144. L'attention du Comité a été attirée sur les points de l'ordre du jour provisoire de ces deux Organes directeurs au niveau mondial qui revêtent un intérêt pour la Région, notamment :

- i) Rapports des Directeurs régionaux sur tous les faits notables sur le plan régional y compris des questions intéressant les Comités régionaux (résolution WHA33.17).
- ii) Projet de Budget Programme 1992-1993.
- iii) Stratégie mondiale de lutte contre le SIDA (Rapport d'activité) (résolutions WHA40.26 et WHA41.24).
- iv) Collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies : résolution 44/211 de l'Assemblée générale des Nations Unies.
- v) Méthode de travail de l'Assemblée mondiale de la Santé et dates de ses sessions.

145. Un projet d'ordre du jour de la quarante et unième session du Comité régional est aussi soumis pour examen à la présente session du Comité régional.

146. Le Comité régional note avec satisfaction la corrélation existant entre les ordres du jour des Organes directeurs du niveau global et de niveau régional et adopte le rapport du Directeur régional.

METHODE DE TRAVAIL ET DUREE DE L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE
(documents AFR/RC40/13 et AFR/RC40/13 Corr.1)

147. Le Dr Williams a déclaré que la Quarante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé sera ouverte à midi de lundi 6 mai 1991 à Genève, suivie de la réunion de la Commission de Désignation, laquelle, en conformité avec l'Article 25 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé, soumettra des propositions afin que les élections aient lieu lundi après-midi.

148. Le Dr Williams a déclaré au Comité que la durée de l'Assemblée devra être aussi proche que possible des deux semaines, compatible avec une conduite efficace des travaux en conformité avec la résolution WHA36.16.

149. Afin de faciliter les travaux de l'Assemblée et visant une meilleure préparation des travaux par le Comité régional, le Directeur régional soumettrait au Comité régional des propositions concrètes relatives aux sujets suivants :

- i) élection du Président et du Vice-Président de l'Assemblée;
- ii) élection des Présidents, Vice-Présidents et Rapporteurs des Commissions A et B;
- iii) élection des membres habilités à désigner une personne devant siéger au Conseil exécutif;
- iv) cérémonie de clôture de la Quarante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé;
- v) réunion informelle du Comité régional avant l'ouverture de l'Assemblée.

150. Le Comité a adopté la Décision de procédure No 9.

DISCUSSIONS TECHNIQUES DE LA QUARANTE-QUATRIEME
ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE : "STRATEGIE DE LA SANTE POUR TOUS
FACE A L'URBANISATION GALOPANTE" (document AFR/RC40/14)

151. Le thème des discussions techniques de la Quarante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé revêt une importance considérable pour la Région en raison de l'accroissement rapide des populations urbaines et des graves problèmes de santé auxquels elles sont confrontées.

152. Il a été décidé que les Etats Membres de la Région apportent une contribution active à ces discussions.

DISCUSSION DE LA RESOLUTION 44/211 DE L'ASSEMBLEE GENERALE
DES NATIONS UNIES : ACTIVITES OPERATIONNELLES DE DEVELOPPEMENT
(documents AFR/RC40/15 et AFR/RC40/15 Add.1)

Exposé introductif

153. Le Dr Williams a indiqué que cette résolution de vaste portée a été adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en décembre 1989 après un débat approfondi consacré à l'examen triennal des activités opérationnelles de développement du système des Nations Unies.

154. Elle avait des répercussions directes sur le fonctionnement de diverses institutions du système des Nations Unies telles que l'OMS, la FAO, l'OIT, l'UNESCO, etc. Si l'on respectait et mettait entièrement en oeuvre cette résolution à travers tout le système des Nations Unies, on aurait engagé une démarche importante et riche de significations tendant à réorienter le système et son approche de la coopération pour le développement.

155. La résolution couvrirait de nombreux sujets allant du rôle des femmes et des enfants dans le développement à l'achat des équipements provenant des pays en développement, mais ses points essentiels étaient les suivants :

- i) les gouvernements devaient être chargés d'exécuter les projets et être responsables de la coordination, de la conception et de la gestion de toute l'assistance extérieure;
- ii) le PNUD devrait être l'organisme central de financement et le partenaire principal, sinon exclusif, des pays pour les activités de coopération technique, les autres organismes lui fournissant des conseils et un soutien techniques;
- iii) le système des Nations Unies devrait être restructuré au niveau des pays de manière à concrétiser le rôle directeur prédominant du Coordonnateur Résident des Nations Unies.

156. Le texte complet de la résolution 44/211 avait été communiqué au Directeur général de l'OMS et aux autres chefs de secrétariat des institutions spécialisées, des organismes et des programmes du système des Nations Unies à la fin de janvier 1990. Dans sa lettre de couverture, le Directeur général au Développement et à la Coopération économique internationale de l'ONU les avait invités à coopérer pour assurer une coordination complète, coordonnée et opportune de toutes les modifications qu'il était nécessaire d'apporter aux politiques et procédures d'ensemble.

157. Dans sa réponse, le Directeur général de l'OMS a dit que les questions soulevées devaient être portées à l'attention des Organes directeurs de l'OMS, notamment des Comités régionaux, du Conseil exécutif et, en dernier ressort, de l'Assemblée mondiale de la Santé. En conséquence, les observations des Comités régionaux seraient réunies pour être soumises à l'examen du Conseil exécutif en janvier 1991, puis transmises, également pour examen, à l'Assemblée mondiale de la Santé à sa Quarante-Quatrième session, en mai 1991. Le Directeur général de l'OMS informerait ensuite le Directeur général au Développement et à la Coopération économique internationale de l'ONU de la position définie par l'Organisation au sujet de la mise en oeuvre de la résolution.

158. Le Directeur régional souhaitait donc que les opinions et les observations du Comité régional lui soient soumises de manière à les inclure dans un rapport global qui sera présenté au Conseil exécutif en janvier 1991 et, par la suite, à l'Assemblée de la Santé en mai 1991.

159. On a fait observer que plusieurs des principaux thèmes et objectifs de la résolution correspondaient dans une large mesure à des actions et des stratégies actuellement mises en oeuvre par l'OMS, qui pouvaient être considérées comme s'accordant avec l'orientation proposée par l'Assemblée générale pour les activités de développement. Notre système AFROPOC de planification des programmes, par exemple, permet aux gouvernements de jouer pleinement le rôle de partenaires responsables et d'associés du programme de coopération de l'OMS.

160. Par ailleurs, certaines questions nécessitent effectivement une étude plus approfondie. C'est ainsi qu'il est permis de se demander comment le mandat constitutionnel de l'OMS d'agir en tant qu'autorité directrice et coordonnatrice de l'action sanitaire internationale serait compatible avec le nouveau rôle que l'on envisage pour le Coordonnateur Résident du PNUD. La proposition tendant à ce que l'OMS joue un "rôle réduit de soutien" nécessitera un examen attentif.

161. Le Comité régional a été invité à faire part de ses vues sur ces questions et sur d'autres posées dans le document, et d'envisager de proposer une résolution de l'OMS qui serait présentée au Comité régional de l'Afrique et à tous les autres Comités régionaux.

Discussion

162. Un délégué a précisé qu'il ne souhaitait pas que des fonds de l'OMS figurent au titre d'un programme pays du PNUD. Actuellement, le PNUD collabore avec le Ministère du Plan et subordonner l'OMS au PNUD aurait pour effet d'alourdir et de retarder considérablement le processus de coopération technique en matière de santé entre l'OMS et le Ministère de la Santé.

163. Un délégué a estimé qu'il y aurait dédoublement des efforts, chevauchement des fonctions et gaspillage des ressources si le PNUD discutait de coopération sanitaire avec le Ministère de la Santé. A son avis, l'OMS doit demeurer le partenaire privilégié des gouvernements en matière de santé et avoir directement accès au Ministère de la Santé.

164. De nombreux délégués sont d'avis que l'OMS doit conserver son identité propre, parce que les économistes ne sont pas sensibles aux problèmes de santé et qu'ils ne sont pas qualifiés pour définir et évaluer les priorités de l'action sanitaire. Un délégué a relaté une mauvaise expérience imputable à des économistes qui s'étaient lourdement trompés dans l'évaluation du caractère prioritaire d'un problème de maladie du sommeil.

165. Le Représentant Résident du PNUD a apporté sa contribution au débat en indiquant qu'il existait une excellente coopération entre le PNUD et l'OMS dans la Région africaine. La résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies constituait, a-t-il déclaré, une tentative d'introduire une approche programmatique dans les activités de développement dans les pays et une tentative d'harmoniser les activités des diverses agences pour assurer un développement harmonieux. Il a pourvu en déclarant qu'il y avait actuellement une bonne coordination inter-organisations sur les questions techniques ainsi que financières.

166. Le Directeur régional de l'OMS a souligné qu'il existait en réalité une bonne coopération entre l'OMS et le PNUD, dans la plupart des pays de la Région africaine. Les seules exceptions concernent les pays dans lesquels les représentants d'une ou des deux organisations n'ont pas su rationaliser les différentes méthodes de travail ou les approches des deux organisations. Mais on a adopté dans les dix dernières années une approche programmatique dans le domaine de la coopération technique. Par conséquent, nous sommes bien en avance sur les buts poursuivis par la résolution. D'un autre côté, l'OMS doit étudier avec soin l'impact financier probable si l'Organisation ne doit remplir qu'un simple rôle de soutien. La résolution des Nations Unies demande aux institutions de rationaliser leur comportement et cela est très souhaitable.

167. Après le débat, le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC40/R3 relative à ce sujet.

RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME (document AFR/RC40/18)

168. Le principal rapport du Sous-Comité du Programme qui s'est réuni les 3 et 4 septembre 1990 a été présenté par son Président, le Dr J. Otete du Kenya. Les rapports sur les questions spécifiques ont été présentés par M. L. Chomera, Rapporteur, et par Mme M. Pragassen, Vice-Président.

169. La principale tâche du Sous-Comité était d'examiner le projet du budget programme au nom du Comité régional. Le Comité a passé une journée et demie sur les deux jours de réunion à examiner en détail le document du budget AFR/RC40/2. Après l'examen du document, le Sous-Comité a fait certaines propositions au Comité régional sur cette question. Le texte du rapport du Sous-Comité du Programme figure à l'Annexe 9.

170. Le Sous-Comité a aussi examiné quatre autres questions au nom du Comité régional, à savoir :

- i) Utilisation optimale des ressources de l'OMS
- ii) Rapport des Réunions régionales du Programme qui ont eu lieu en 1990
- iii) Rapport du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire, et
- iv) Préparation et intervention aux urgences liées aux catastrophes naturelles et aux épidémies en Afrique.

171. Le Président a signalé que le Sous-Comité du Programme a examiné en détail le document du budget, chapitre par chapitre, et a passé en fait la plupart du temps des deux jours de la réunion à discuter du projet de budget programme pour l'exercice 1992-1993. Les membres du Sous-Comité ont posé beaucoup de questions et ont demandé des éclaircissements; ils ont été heureux de signaler que le Secrétariat, dirigé par le Directeur régional lui-même, a répondu aux questions ou a donné des éclaircissements à l'entière satisfaction des délégués.

172. Dans la préparation du budget, le Directeur régional avait envisagé beaucoup de facteurs et de réalités et a essayé de fournir des ressources à la majorité des programmes. Pour quelques programmes, il y en a toutefois des diminutions de crédits, parce qu'il y avait moins de pays qui les avaient choisis, ou qu'ils avaient réduit leurs crédits pour ces programmes. Une autre raison expliquant quelques réductions tenait à la possibilité de disposer de fonds extrabudgétaires pendant le biennium.

173. Les activités régionales ont augmenté davantage que les activités pays, en raison du relèvement récent des frais de personnel, et de l'application des ajustements relatifs aux devises, aux frais du Bureau régional. L'accroissement réel des coûts, provisoirement inscrits au budget par le Directeur régional, était de 11 % pour les activités pays et de 12 % pour les activités régionales et interpays. Si les accroissements de coûts excèdent ces pourcentages pendant la mise en oeuvre du programme, ils devront être couverts par des diminutions réelles dans les activités programmatiques.

174. Le document du budget inclut la fourniture de fonds extrabudgétaires attendus, pour les programmes nationaux de lutte contre le SIDA, vu le processus de décentralisation actuellement en cours. Ce n'est que pour un financement dont on est raisonnablement assuré qu'on a prévu des fonds extrabudgétaires en 1992-1993. Comme d'habitude, davantage de fonds sont attendus immédiatement avant ou pendant le biennium.

175. Le budget alloué aux différents pays l'ont été conformément à la formule préparée par un groupe d'experts en 1978-1979 et approuvée par le Comité régional. Puisque la formule a été mise au point il y a de nombreuses années

et que la situation économique et sanitaire des pays d'Afrique a changé, le Comité régional a été invité à envisager de nommer une nouvelle équipe spéciale pour proposer une nouvelle formule qui tienne compte des réalités actuelles.

176. Le rapport écrit du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC40/18) fait ressortir les principaux points de débats qui ont porté sur le budget dans son ensemble et sur les dispositions propres aux différents programmes.

177. A l'issue de ces discussions approfondies et compte tenu des explications satisfaisantes fournies par le Secrétariat, le Sous-Comité du Programme a recommandé ce qui suit au Comité régional :

- "i) que le Comité régional prie le Directeur régional de revoir les critères et formules appliqués pour déterminer le budget/pays et prenne en conséquence les mesures appropriées;
- ii) que le Comité régional prie le Directeur régional de revoir le financement d'un certain nombre de programmes/pays, le financement symbolique actuel n'étant pas satisfaisant;
- iii) que le Comité régional accepte le projet de budget programme et adopte la résolution priant le Directeur régional de le transmettre au Directeur général."

178. Etant donné les rapports étroits existant entre le budget programme pour l'exercice 1992-1993 et l'examen de la politique régionale en matière de budget programme, le Dr Otete a souhaité de présenter ces deux points conjointement.

179. Il a dit que, s'agissant de l'utilisation optimale des ressources de l'OMS, le document AFR/RC40/6 constituait un examen de la politique régionale en matière de budget programme. Le document fixe les objectifs d'orientation de la politique régionale en matière de budget programme adoptés par le Comité régional en 1986. Il a rappelé que le Comité régional avait décidé d'examiner chaque année l'utilisation des ressources de l'OMS au cours de l'année écoulée, ainsi que les progrès réalisés par les Etats Membres dans l'exécution de la politique budgétaire adoptée collectivement.

180. Le document indique qu'en collaboration avec l'OMS, les Etats Membres ont appliqué le scénario de développement sanitaire en trois phases, en tant que fondement du renforcement du niveau opérationnel de leurs systèmes de santé et dans le souci d'accélérer la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous. Dans ce cadre et afin d'éviter une dispersion des efforts et des ressources de l'OMS, on a convenu que trois programmes prioritaires constitueraient pour l'OMS le noyau de la coopération et de la budgétisation.

181. Le Bureau régional s'est doté d'un système de coordination des opérations du programme appelé AFROPOC, afin de suivre et d'évaluer l'exécution des programmes et l'utilisation des ressources qui leur sont affectées. Le système fonctionne selon un cycle annuel.

182. Pour venir à bout des faiblesses structurelles dont souffrent les systèmes de santé, on a formulé un plan d'action quinquennal de développement sanitaire à l'occasion de consultations qui ont eu lieu entre les pays et l'OMS - par exemple, au cours des Réunions régionales du Programme.

183. Les budgets programmes pour 1991-1992 et 1992-1993 montrent que les pays ont concentré les ressources offertes par l'OMS sur un plus petit nombre de programmes, garantissant ainsi un plus grand impact.

184. Le document conclut que les pays et le Directeur régional ont fait des efforts considérables pour mettre en oeuvre la politique régionale en matière de budget programme. Les pays ont commencé à se concentrer sur des priorités bien ciblées, contribuant ainsi à utiliser de façon optimale les ressources de l'OMS.

185. Après avoir étudié le document, le Comité régional a été invité à examiner le projet de résolution qui y était annexé. L'un des points saillants de ce texte a été que le Comité régional se saisirait de cette question tous les deux ans et non plus tous les ans. En effet, l'examen du projet du budget programme pour l'exercice 1992-1993 incite à penser qu'il convient de se livrer à un examen biennal et non annuel.

186. Monsieur L. Chomera (Mozambique) a résumé la procédure et les résultats de la réunion régionale du programme qui a eu lieu en trois phases (aux niveaux régional, sous-régional et au niveau pays). Le principal thème était : "L'opérationalité du développement sanitaire du district". On a estimé que cette procédure était utile et contribuait à la déconcentration des responsabilités vers le niveau pays.

187. Mme Pragassen (Seychelles) a présenté les cinq thèmes examinés par le Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire qui s'est réuni à Brazzaville en juin 1990.

Discussion

188. Le Comité a accepté le Projet de Budget Programme pour l'exercice 1992-1993 en convenant, néanmoins, qu'il fallait revoir la formule et les critères utilisés pour déterminer les budgets pays.

189. Le Comité s'est félicité du choix de la gestion en tant que domaine d'action prioritaire au cours des prochaines années.

190. Plusieurs délégués se sont félicités de la coopération qui s'intensifie actuellement entre OMS/AFRO et la Banque mondiale en matière de formulation des politiques de santé. En fait, jusqu'à présent, les approches de ces deux institutions n'ont pas été coordonnées. Cela a engendré des pressions antagonistes sur les pays. En conséquence, on ne pourra que se réjouir de la coopération Banque mondiale/AFRO.

191. Un délégué a souligné l'importance de la recherche et du développement dans les domaines des systèmes de santé et s'est rallié à la suggestion formulée dans le rapport du Sous-Comité du Programme tendant à ce qu'on désigne au Ministère de la Santé un point focal pour la recherche sur les systèmes de santé. Le Directeur régional a estimé qu'il s'agit là d'un minimum que "personne ne peut se permettre de se refuser".

192. Un délégué a fait observer que si le budget du SIDA, qui s'élève à US \$38 millions constitue une part adéquate du budget total (US \$239 millions), les crédits SIDA constituent près de la moitié du budget disponible au niveau des pays.

193. Le Directeur régional a déclaré que la recommandation la plus importante du Sous-Comité était celle qui concernait la révision des formules applicables au budget pays. Il a ajouté que cette révision serait entreprise avec la participation des Ministres de la Santé.

194. Il a reconnu d'autre part que, comme le Sous-Comité du Programme l'a fait observer, certains programmes plus restreints mais importants ne disposaient pas de fonds ou disposaient de fonds insuffisants au niveau des pays et/ou au niveau régional. Cette situation est due en partie à la recommandation qui avait été faite de concentrer les efforts sur un nombre limité de programmes, ne dépassant généralement pas dix par pays. Au niveau mondial, on s'est parfois interrogé sur l'apparente modicité des crédits affectés à certains programmes. Des mesures seront prises de concert avec tous les pays pour recenser les programmes dont le financement était insuffisant et pour tenter de trouver une solution en faisant appel au budget ordinaire et aux fonds extrabudgétaires.

195. Le Directeur régional a émis l'opinion que le SIDA constitue effectivement un problème social de grande envergure qui a parfois conduit des institutions n'appartenant pas au secteur de la santé à accorder une plus grande attention aux problèmes de santé. Les crédits affectés à la lutte contre le SIDA pourraient, s'ils étaient judicieusement utilisés, contribuer au renforcement des services généraux de santé. Le Comité a adopté les résolutions AFR/RC40/R4 et AFR/RC40/R5.

PRESENTATION DU RAPPORT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES (document AFR/RC40/19)

196. Un rapport sur les discussions techniques relatives à la gestion des systèmes de santé a été présenté par le Dr L. C. Sarr, Président des discussions techniques. Ce rapport figure à l'Annexe 11.

CHOIX DU SUJET DES DISCUSSIONS TECHNIQUES POUR 1991 (document AFR/RC40/20)

197. Le Comité régional confirme sa décision prise en septembre 1988 pendant sa trente-huitième session de choisir le thème suivant comme sujet des discussions techniques de la quarante et unième session qui aura lieu en 1991 : "Formation des personnels de santé : mobilisation des ressources humaines pour la santé".

DESIGNATION DU PRESIDENT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES POUR 1991

198. Le Comité régional a désigné le Dr M. A. Bankole du Nigéria comme Président des discussions techniques qui auront lieu pendant la quarante et unième session en 1991.

DATES ET LIEUX DES QUARANTE ET UNIEME ET QUARANTE-DEUXIEME SESSIONS DU COMITE REGIONAL EN 1991 ET 1992 (document AFR/RC40/22)

199. Monsieur D. Miller (Secrétariat), au nom du Directeur régional, a présenté le document AFR/RC40/22 qui invitait le Comité régional à confirmer sa décision de tenir sa quarante et unième session à Bujumbura, Burundi, et sa quarante-deuxième session à Brazzaville, conformément à la résolution AFR/RC35/R10 par laquelle il a été convenu de tenir une fois sur deux les sessions du Comité régional à Brazzaville.

200. La délégation du Burundi a confirmé son intention d'abriter les assises du Comité régional qui se tiendra à Bujumbura en 1991, et cette invitation a été acceptée.

201. D'autres invitations pour la tenue du Comité régional ont reçu bon accueil, et le Directeur régional a indiqué aux délégués qu'il existe un accord type qui doit être signé par l'OMS et l'Etat Membre accueillant le Comité régional. Les Etats Membres qui se proposent d'accueillir des Comités régionaux peuvent se le procurer.

202. La tenue de Comités régionaux loin de Brazzaville représente des dépenses supplémentaires importantes, en particulier celles afférentes au transport et au per diem du Secrétariat. La périodicité de tenue des sessions du Comité régional hors du Bureau régional doit être revue. L'Organisation serait davantage en mesure de faire face à ces frais si une session sur trois se tenait au Bureau régional. Dans d'autres Régions de l'OMS et à l'OUA, les pays hôtes assument les frais de transport et le per diem du Secrétariat. Tout pays disposé à prendre en charge ces dépenses supplémentaires peut proposer à tout moment d'accueillir un Comité régional. Il a été suggéré d'établir à l'intention des pays une estimation du coût que représente l'organisation de Comités régionaux dans les Etats Membres, afin qu'ils soient parfaitement conscients des implications financières avant de s'engager. Le Secrétariat n'est pas en mesure d'estimer les coûts internes au niveau national, ceci étant fonction des installations et services requis et des infrastructures qui existent déjà.

203. La délégation du Tchad a maintenu son invitation d'accueillir la quarante-troisième session du Comité régional à N'Djamena. La Souaziland et le Botswana ont également réitéré leur intention d'héberger les futures sessions, dont les dates seront décidées conformément à la résolution AFR/RC35/R10 (Décision de procédure No 13).

CLOTURE DE LA REUNION

204. Le Chef de la délégation de la Namibie s'est adressé au Comité au nom de tous les délégués. Il a été heureux d'assister à la réunion du Comité régional, pour la première fois en tant que membre à part entière, a-t-il déclaré. Il a ajouté que le temps était révolu où il pouvait parler mais n'avait pas le droit de vote. Il a ajouté qu'il espérait que le Comité chargé d'examiner les allocations budgétaires accordera une attention spéciale à la Namibie vu sa situation actuelle. Il a remercié :

- le Directeur régional pour la grande qualité des documents présentés;
- les délégués pour la qualité de leurs interventions;
- les interprètes et tous ceux qui ont travaillé en coulisse pour faire de ce Comité régional un succès.

205. Il a enfin demandé au Président du Comité régional de transmettre la gratitude de tous les délégués à Son Excellence le Général d'Armée Denis Sassou Nguesso pour la générosité et l'hospitalité dont le Président et le peuple congolais ont fait preuve vis-à-vis des délégués, ce qui a rendu leur séjour très agréable au Congo.

206. L'Honorable représentant de la République de Namibie a proposé au nom de toutes les délégations présentes une motion de remerciements au Président de la République populaire du Congo pour sa participation et son allocution lors de la cérémonie d'ouverture de la quarantième session du Comité régional pour l'Afrique, et au Gouvernement et au peuple de la République populaire du Congo pour leur chaleureuse hospitalité (résolution AFR/RC40/R14). La résolution a été adoptée à l'unanimité.

207. Le Directeur régional a vivement remercié le Président et les autres membres du bureau de la quarantième session ainsi que les représentants de l'OUA, des Nations Unies et des autres organisations présentes de leur contribution à la session. Il a affirmé avec optimisme sa conviction que grâce à notre lutte conjointe, la situation sanitaire dans la Région africaine pourra passer de la médiocrité à l'excellence. Il a exprimé son adhésion totale aux efforts de l'Afrique pour réaliser son noble destin.

208. Le Président a exprimé sa satisfaction à l'issue d'une semaine de dur labeur. Il a remercié chaleureusement tous ceux qui l'ont aidé à accomplir sa tâche. Il a adressé ses remerciements en particulier à ses homologues du bureau directeur, au Directeur général et au Directeur régional pour leur contribution, et à l'OUA ainsi qu'au Président de la République populaire du Congo pour leur participation active. Il s'est félicité avec fierté de l'unanimité des voix et de la conviction commune que les soins de santé primaires nous permettront d'accéder à une vie meilleure en Afrique.

ANNEXES

ORDRE DU JOUR

1. Ouverture de la quarantième session (document AFR/RC40/INF/01)
2. Adoption de l'ordre du jour provisoire (document AFR/RC40/1 Rév.1)
3. Constitution du Sous-Comité des Désignations
4. Election du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs
5. Désignation du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
6. Activités de l'OMS dans la Région africaine en 1989
 - 6.1 Rapport succinct du Directeur régional (documents AFR/RC40/3 et AFR/RC40/3 Add.1)
 - 6.2 Santé maternelle et infantile : survie de l'enfant et maternité sans risque (rapport d'activité) (document AFR/RC40/4 Rév.1)
 - 6.3 Examen du programme de lutte contre le SIDA (document AFR/RC40/5)
 - 6.4 Utilisation optimale des ressources de l'OMS : Examen de la politique régionale en matière de budget programme régional (document AFR/RC40/6)
 - 6.5 Examen du programme de lutte contre la tuberculose (document AFR/RC40/7)
 - 6.6 Préparation et intervention aux urgences liées aux catastrophes naturelles et aux épidémies en Afrique (document AFR/RC40/8 Rév.1)
 - 6.7 Examen du programme de médecine traditionnelle (document AFR/RC40/9)
 - 6.8 Soins de santé mentale communautaires fondés sur l'approche du système de santé de district en Afrique (documents AFR/RC40/10, AFR/RC40/10 Corr.1 et 2)
7. Corrélations entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé
 - 7.1 Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et par le Conseil exécutif : Rapport du Directeur régional (documents AFR/RC40/11 et AFR/RC40/11 Add.1)
 - 7.2 Incidences régionales des ordres du jour de la quatre-vingt-septième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC40/12)
 - 7.3 Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé (Décision WHA40(10) - documents AFR/RC40/13 et AFR/RC40/13 Corr.1)

- 7.4 Discussions techniques à la Quarante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC40/14)
- 7.5 Discussion sur la résolution 44/211 de l'Assemblée générale des Nations Unies (documents AFR/RC40/15 et AFR/RC40/15 Add.1)
8. Examen du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC40/18)
 - 8.1 Projet de Budget Programme 1992-1993 (document AFR/RC40/2)
 - 8.2 Rapport de la Réunion régionale du Programme (RPM.11 a, b, c) (document AFR/RC40/16)
 - 8.3 Rapport du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS) (document AFR/RC40/17)
9. Discussions techniques : "Gestion des systèmes de santé" (documents AFR/RC40/TD/1 Rév.1 et AFR/RC40/TD/1 Add.1)
 - 9.1 Présentation du rapport des discussions techniques (document AFR/RC40/19)
 - 9.2 Choix du sujet des discussions techniques pour 1991 (document AFR/RC40/20)
 - 9.3 Désignation du Président et du Président suppléant des discussions techniques pour 1991 (document AFR/RC40/21)
10. Désignation des représentants africains au Conseil exécutif, aux différents comités de l'Assemblée mondiale de la Santé et autres organes
11. Dates et lieux des quarante et unième et quarante-deuxième sessions du Comité régional pour 1991 et 1992 (document AFR/RC40/22)
12. Adoption du rapport du Comité régional (document AFR/RC40/23)
13. Clôture de la quarantième session.

LIST OF PARTICIPANTS
LISTE DES PARTICIPANTS
LISTA DOS PARTICIPANTES

1. REPRESENTATIVES OF MEMBER STATES
REPRESENTANTS DES ETATS MEMBRES
REPRESENTANTES DOS ESTADOS MEMBROS

ALGERIA
ALGERIE
ARGELIA

Dr Mustapha Kamel Graba
Directeur de la Prévention au Ministère de la Santé publique
Chef de délégation

Dr Ouchfoun Abdelkrim
Directeur général de l'Institut national de Santé publique

ANGOLA

Dr Flávio Fernandes
Ministro da Saúde
Chefe da delegação

Dr F. Chicola
Delegado Provincial de Saúde, Provincia de Zaire

Dr Antonica Francisco R. Costa Hembe
Chefe do Sector Nacional de Saúde infantil do Departamento
de Saúde Materno-infantil

Dr Ana Maria Carreira
Conselheira na Embaixada de Angola no Congo

Sra Juliana Diogo De Jesus Gonçalves
Secretária do Ministro da Saúde

BENIN

Dr (Mme) M. Véronique Lawson
Ministre de la Santé publique
Chef de délégation

Dr (Mme) G. Dossou
Directrice adjointe
Cabinet du Ministre de la Santé publique

BOTSWANA
BOTSOUANA

Hon. Mr Kematlamang P. Morake
Minister of Health
Leader of delegation

Mrs W. G. Manyeneng
Assistant Director of Health Services/PHC

Dr John K. M. Mulwa
Deputy Permanent Secretary/Director of Health Services

BURKINA FASO

Dr Naboho Kanidoua
Ministre de la Santé et de l'Action Sociale
Chef de délégation

Dr D. Kielem
Chef du Service Planification
Direction des Etudes et de la Planification
Ministère de la Santé et de l'Action sociale

BURUNDI

Dr E. Maregeya
Directeur général de la Santé publique
Chef de délégation

Dr P. Kantabaze
Directeur, Gestion et Formation des Personnels
Ministère de la Santé publique

CAMEROON
CAMEROUN
CAMAROFES

Prof. J. Mbede
Ministre de la Santé publique
Chef de délégation

Dr E. Temgoua Saounde
Conseiller technique au Ministère de la Santé publique

Dr R. Owona Essomba
Directeur de la Médecine préventive et rurale

CAPE VERDE
CAP-VERT
CABO VERDE

Dr Antonio Pedro Da Costa Delgado
Director-Geral de Saúde
Chefe da delegação

Dr José Manuel Monteiro D'Aguiar
Delegado de Saúde de S. Vicente

CENTRAL AFRICAN REPUBLIC
REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
REPUBLICA CENTRAFRICANA

Mme G. Lombilo
Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales
Chef de délégation

Dr F. Sobela
Directeur général de la Santé publique

Dr E. Kpizingui
Directeur des Etudes, de la Planification et des Statistiques

CHAD
TCHAD
CHADE

M. G. Kotiga
Ministre de la Santé publique
Chef de délégation

Dr Daouya Granga
Médecin-Chef du Secteur No 1 de la Médecine préventive et
de la Santé rurale à N'Djamena

Dr H. Mahamat Hassan
Directeur des Soins de Santé primaires

COMOROS
COMORES

M. Mohamed A. Taki Mboreha
Ministre de la Santé publique et de la Population
Chef de délégation

Dr Ahmed Bacar
Médecin-Chef du Service de Pédiatrie, Hôpital Hombo (Anjouan)

M. Hamidi Ahmed Elharif
Directeur des Affaires administratives et financières

CONGO

Dr Ossebi Douniam
Ministre de la Santé et des Affaires sociales
Chef de délégation

Prof. J. R. Ekoundzola
Directeur général de la Santé publique

Mme Ph. Fouty-Soungou
Directrice générale des Affaires sociales

Dr H. F. Mayanda
Conseiller sanitaire du Ministre de la Santé et des Affaires sociales

Dr J. M. Niaty-Benze
Conseiller Médico-social du Chef de l'Etat

Dr A. Enzanza
Directeur de la Médecine curative

Dr R. Cuddy Zitsamele
Directeur de la Médecine préventive

Mme B. Fila
Directrice Protection sociale

Dr P. Ngouomba
Directeur des Soins de Santé primaires

Prof. S. Nzingoula
Directeur de la Santé de la Famille

Dr P. Mpele
Directeur du Programme national de Lutte contre le SIDA

Dr G. Madzou
Directeur de l'Hygiène et du Génie sanitaire

M. A. Ndinga
Directeur des Pharmacies et Laboratoires

Dr J. Miehakanda
Directeur du Laboratoire national de Santé publique

M. H. Mobonda
Conseiller Socio-culturel du Premier Ministre

M. R. D. Maboundou
Chef de Section des Organisations internationales
Ministère des Affaires étrangères et de la Coopération

Mme C. Lipiti
Chef du Service du Secteur tertiaire (M.P.E.)
Ministère du Plan et de l'Economie

COTE D'IVOIRE

M. E. Ezan
Directeur de Cabinet du Ministre de la Santé publique et de la Population
Chef de délégation

Prof. G. K. Guessend
Directeur de la Santé publique et de la Population

Dr Bouffard A. Bella
Directeur des Relations régionales et internationales
au Ministère de la Santé publique

EQUATORIAL GUINEA
GUINEE EQUATORIALE
GUINE EQUATORIAL

Dr Sima Oyana
Directeur général de la Santé

ETHIOPIA
ETHIOPIE
ETIOPIA

Dr G. Tadesse
Vice-Minister of Health
Leader of delegation

Mr Hailu Metche
Head of the Ministry's Planning and Programming Department

GABON
GABAO

Dr L. Adandé Menest
Inspecteur général de la Santé publique
Chef de délégation

Dr R. Mavoungou
Directeur général de la Santé

Dr J. Zue N'Dong
Conseiller du Ministre de la Santé

THE GAMBIA
GAMBIE
GAMBIA

Mr Boubacar M. Baldeh
Parliamentary Secretary
Ministry of Health
Leader of delegation

Dr Melville Omorlabie George
Director of Health Services

GHANA*
GANA

* Unable to attend/N'a pas pu participer/Nao pôde participar.

GUINEA
GUINEE
GUINE

Dr Ousmane Bangoura
Secrétaire général du Ministère de la Santé publique et de la Population
Chef de délégation

Dr Mohamed Sylla
Conseiller au Ministère de la Santé publique et de la Population

Dr Pogba Gbanacé
Directeur de la Division Médecine traditionnelle

GUINEA-BISSAU
GUINEE-BISSAU
GUINE-BISSAU

Dr Henriqueta Godinho Gomes
Ministro da Saúde Pública
Chefe da delegação

Dr Juliao César Nogueira
Director de Cuidados de Saúde Primários

Dr Augusto Paulo José da Silva
Director
Ministério da Saúde Pública

KENYA
QUENIA

Hon. Tobias Ochola-Ogur, M.P.
Assistant Minister for Health
Leader of delegation

Dr J. Otete
Senior Deputy Director of Medical Services

Dr Frank M. Mueke
Senior Deputy Director of Medical Services

Mr Danson G. A. Omolo
Assistant Chief Nursing Officer

Mr James K. Ndegwa
Senior Assistant Secretary for Health

LESOTHO
LESOTO

Hon. Mrs Anna M. Hlalele
Assistant Minister for Youth and Women's Affairs
Leader of delegation

Mrs M. K. Matsau
Chief Health Planner

LIBERIA*

MADAGASCAR

Dr J. J. Séraphin
Ministre de la Santé
Chef de délégation

M. R. Fari
Inspecteur au Ministère de la Santé

MALAWI

Hon. Mr E. C. Katola Phiri
Minister of Health
Leader of delegation

Dr P. Chimimba
Chief of Health Services

Mr B. W. Gidala
Under Secretary for Health

MALI

Dr Zakaria Maiga
Conseiller technique du Ministère de la Santé publique
et des Affaires sociales
Chef de délégation

Dr Mamadou Adama Kane
Directeur national adjoint de la Santé publique

* Unable to attend/N'a pas pu participer/Não pôde participar.

MAURITANIA
MAURITANIE

M. Mohamed Abderrahmane Ould Moine
Ministre de la Santé et des Affaires sociales
Chef de délégation

Dr Dah Ould Cheikh
Directeur, Hygiène et Protection sanitaire

MAURITIUS
MAURICE
ILHA MAURICIA

Mr S. Subramanien
Principal Secretary, Ministry of Health
Leader of delegation

Mr Djamil Fareed
WHO National Representative

MOZAMBIQUE
MOCAMBIQUE

Dr Leonardo Santos Simao
Ministro da Saúde
Chefe da delegação

Sr Jeremias Lucas Chomera
Director Nacional Adjunto de Saúde

Sra Margarida Matsinhe
Chefe do Departamento do P.A.V.

NAMIBIA
NAMIBIE

Dr S. Natangue Amadhila
Permanent Secretary of Health and Social Services
Leader of delegation

Ms L. Dessa Onesmus
Nurse (Delegation, Ministry of Health and Social Services)

Mr Andrew-John Fudge
Pharmacist in Rundu Region

NIGER

Médecin Lieutenant-Colonel Ousmane Gazéré
Ministre de la Santé publique
Chef de délégation

M. Abdoulaye Sabbou Maiga
Secrétaire général Adjoint du Ministère de la Santé publique

Dr Yahaya Amadou
Directeur départemental de la Santé de Tillabéri

NIGERIA

Hon. Prof. Olikoye Ransome-Kuti
Minister of Health
Leader of delegation

Dr G. A. Williams
Director of Disease Control and International Health
Federal Ministry of Health

Dr A. O. O. Sorungbe
Director of Primary Health Care

Dr (Mrs) O. O. Dokunmu
Deputy Director, Management, Monitoring and Evaluation/PHC Division

Mr C. A. B. Sule
Assistant Director

Mr E. A. Oniyide
Personal Assistant to the Minister

RWANDA
RUANDA

Dr P. Ngendahayo
Ministre de la Santé
Chef de délégation

Dr J. B. Kanyamupira
Directeur général de santé

SAO TOME AND PRINCIPE
SAO TOME ET PRINCIPE
SAO TOME E PRINCIPE

Dr A. Vaz de Almeida
Ministro de Saúde, Trabalho e Segurança social
Chefe da delegação

Dr A. Soares Marques de Lima
Director do Hospital Dr Ayres de Menezes

SENEGAL

M. Assane Diop
Ministre de la Santé publique et de l'Action Sociale
Chef de délégation

Médecin Commandant Lamine Cissé Sarr
Directeur de la Santé publique

Dr Fodé Diouf
Conseiller technique du Ministre de la Santé publique
et de l'Action Sociale

SEYCHELLES
ILHAS SEYCHELLES

Hon. Mr Ralph Adam
Minister of Health
Leader of delegation

Mrs M. Pragassen
Director General - PHC Division

SIERRA LEONE
SERRA LEOA

Hon. Dr Wiltshire S. B. Johnson
Minister of Health
Leader of delegation

Dr Ibrahim I. Tejan-Jalloh
Deputy Chief Medical Officer

SWAZILAND
SOUAZILAND
SUAZILANDIA

Dr Fanny Friedman
Minister of Health
Leader of delegation

Mr Chris M. Mkhonza
Principal Secretary

Dr R. Ndlangamandla
Medical Officer

TOGO

Dr Komla Siamevi
Directeur général de la Santé publique
Chef de délégation

Dr E. Batchassi
Médecin-Chef, Subdivision Sanitaire - CHR, Kara

UGANDA
OUGANDA

Mr Zak Kaheru
Minister of Health
Leader of delegation

Dr E. G. N. Muzira
Director of Medical Services

Dr G. W. Imani
Director, Urban and Rural Health Services
Ministry of Local Government

UNITED REPUBLIC OF TANZANIA
REPUBLIQUE UNIE DE TANZANIE
REPUBLICA UNIDA DA TANZANIA

Hon. Mr C. Kabeho
Minister of Health
Leader of delegation

Prof. P. Hiza
Chief Medical Officer

Dr J. M. V. Temba
Assistant, Chief Medical Officer (Preventive)

ZAIRE

M. Lengelo Muyangandu
Ministre de la Santé publique
Chef de délégation

Dr Musinde Sangwa
Conseiller médical du Ministre de la Santé publique

Dr Duale Sambe
Directeur du Projet Soins de Santé primaires en Milieu rural (SANRU)

Dr Mbona-Riba Makamba
Médecin-Directeur du Projet Santé pour Tous - Kin

M. Tshioni Kalamba
Conseiller chargé de la Coopération internationale

M. Mulembwe N'Sapidi Lubwese
Secrétaire particulier du Ministre de la Santé publique

ZAMBIA
ZAMBIE

Hon.(Mrs) Mavis L. Muyunda
Minister of Health
Leader of delegation

Dr Sam L. Nyaywa
Deputy Director of Medical Services (PHC)

Dr Ruth A. K. Mwansa
Provincial Medical Officer

ZIMBABWE
ZIMBABUE

Hon. Dr Swithun T. Mombeshora
Minister of State for Local Government, Urban and Rural Development
Leader of delegation

Dr G. Sikipa
Principal Medical Director

2. OBSERVERS INVITED IN ACCORDANCE WITH RESOLUTION WHA27.37
OBSERVATEURS INVITES CONFORMEMENT A LA RESOLUTION WHA27.37
OBSERVADORES CONVIDADOS EM CONFORMIDADE COM A RESOLUCAO WHA27.37

African National Congress (ANC)
Congrès national africain
Congresso Nacional Africano

Dr R. Mgijima
Secretary for Health
P.O. Box 31791
Lusaka
Zambia

Dr K. S. Chetty
26, Wolsey Road
Rondebosch East
Cape Town
South Africa

3. REPRESENTATIVES OF THE UNITED NATIONS AND SPECIALIZED AGENCIES
REPRESENTANTS DES NATIONS UNIES ET DES INSTITUTIONS SPECIALISEES
REPRESENTANTES DAS NACOES UNIDAS E SUAS INSTITUICOES ESPECIALIZADAS

Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO)
Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation (FAO)
Organizaçao das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO)

M. M. Ibra N'Gom
Représentant Résident de la FAO
B.P. 972
Brazzaville
République populaire du Congo

Mr W. Clay
Nutrition Officer
Nutrition Division (FAO)

World Meteorological Organization (WMO)
Organisation météorologique mondiale (OMM)
Organizaçao Meteorológica Mundial

M. A. Lebvoua
Intérimaire du Représentant permanent du Congo auprès de l'OMM
Direction de la Météorologie
B.P. 208
Brazzaville
Congo

United Nations Development Programme (UNDP)
Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD)
Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)

M. A. Ouedraogo
Représentant Résident a.i.
PNUD
B.P. 465
Brazzaville
République populaire du Congo

M. A. Nkouka
Chargé des Programmes
B.P. 465
Brazzaville
République populaire du Congo

United Nations Volunteer Programme (UNV)
Programme des Volontaires des Nations Unies

Mr Jérôme Madingar
c/o PNUD
P.O. Box 7248
Kinshasa
Zaïre

United Nations Children's Fund (UNICEF)
Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (FISE)
Fundos das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)

Dr Mary Racelis
Regional Director, UNICEF Eastern and Southern African Region
P.O. Box 44145
Nairobi
Kenya

Dr Gladys E. Martin
Senior Officer Health
UNICEF
B.P. Box 44145
Nairobi
Kenya

M. Mukalay Mwilambwe
Représentant de l'UNICEF
B.P. 2110
Brazzaville
République populaire du Congo

United Nations Fund for Population (UNFPA)
Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP)
Fundos das Nações Unidas para a População (FNUAP)

M. J. Fransen
 Directeur FNUAP, Congo
 s/c PNUD
 B.P. 465
Brazzaville
 République populaire du Congo

African Development Bank (ADB)
Banque Africaine de Développement (BAD)

Dr R. Wanji Ngah
 Expert Santé publique
 Banque africaine de Développement
 B.P. V316
Abidjan
 Côte d'Ivoire

4. REPRESENTATIVES OF OTHER INTERGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS
 REPRESENTANTS D'AUTRES ORGANISATIONS INTERGOUVERNEMENTALES
 REPRESENTANTES DAS OUTRAS ORGANIZACOES INTERGOVERNAMENTAIS

Organization of African Unity (OAU)
Organisation de l'Unité Africaine (OUA)
Organização da Unidade Africana (OUA)

M. Wawa-Ossay Leba
 Directeur du Département ESCAS
Addis Abeba
 Éthiopie

Organization for Coordination and Cooperation
in the Control of Major Endemic Diseases
Organisation de Coordination et de Coopération pour la Lutte
contre les Grandes Endémies (OCCGE)

Dr E. Akinocho
 Secrétaire général de l'OCCGE
 01 B.P. 153
Bobo-Dioulasso
 Burkina Faso

West African Health Community (WAHC)
Communauté sanitaire d'Afrique occidentale (CSAO)
Comunidade Sanitaria da Africa Ocidental (CSAO)

Dr A. K. Abashiya
 Executive Director/Head of Mission
 West African Health Community, Edmund Crescent
 6 Taylor Drive
 P.M.B. 2023
 Yaba, Lagos
 Nigeria

5. REPRESENTATIVES OF NON-GOVERNMENTAL ORGANIZATIONS
 REPRESENTANTS DES ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES
 REPRESENTANTES DAS ORGANIZACOES NAO-GOVERNAMENTAIS

International Committee of Military Medicine and Pharmacy (ICMMP)
Comité international de Médecine et de Pharmacie militaires (CIMPM)
Comité internacional de Medicina e de Farmácia Militares

Médecin Colonel J. B. Mayoulou-Niamba
 Chef de la Division technique, Service Santé Militaire
 Hôpital militaire
 B.P. 864
 Brazzaville
 République populaire Congo

International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations (IFPMA)
Fédération internationale de l'Industrie du Médicament (FIIM)
Federação Internacional da Industria Farmacêutica

M. C. M. Pintaud
 11 bis, rue César Franck
 75015 Paris
 France

Solidarity and Development
Solidarité et Développement
Solidariedade e Desenvolvimento

M. Jos Orenbuch
 Président de Solidarité et Développement
 16, rue Commone
 B 1325 Chaumont-Gistoux
 Belgique

6. OBSERVERS
OBSERVATEURS
OBSERVADORES

World Federation for Medical Education (WFME)
Fédération mondiale pour l'Education médicale (FMEM)
Federação Mundial de Educação Médica (FMEM)

Prof. K. Mukelabai
President, Association of Medical Schools in Africa (AMSA)
Dean, School of Medicine
University of Zambia
P.O. Box 50110
Lusaka
Zambia

International Baby Food Action Network (IBFAN)
Réseau d'action international concernant l'Alimentation des nourrissons
Rede de Acção Internacional de Alimentos para Lactentes

M. G. J. Bagui
Coordinator, Francophone Africa Network
IBFAN-AFRICA Regional Office
P.O. Box 34308
Nairobi
Kenya

African Medical and Research Foundation (AMREF)
Fondation internationale pour la Médecine et la Recherche en Afrique

M. Ongewe Deborah
Director, Planning, Overall Management, Marketing
P.O. Box 30125
Nairobi
Kenya

Inter-African Committee (IAC)
Traditional Practices Affecting The Health of Women and Children in Africa
Comité Inter-Africain (CI-AF)
Pratiques Traditionnelles ayant effet sur la santé des femmes et des enfants
en Afrique

Dr (Mrs) Olayinka A. Kosso-Thomas
National President of Sierra Leone Committee of
IAC on Traditional Practices affecting the Health
of Women and Children in Africa
P.O. Box 1069
Freetown
Sierra Leone

Center on Integrated Rural Development for africa (CIRDAFRICA)

Mr Mussa-Nda Ngumbu
Ag. Director General
CIRDAFRICA
P.O. Box 6115
Arusha
Tanzania

Africa Médecine et Santé

Mme T. Lethu
11, rue de Téhéran
75008 Paris
France

ALLOCUTION DE SON EXCELLENCE
LE MINISTRE DE LA SANTE DU NIGER,
LE MEDECIN LIEUTENANT-COLONEL OUSMANE GAZERE,
PRESIDENT DE LA TRENTE-NEUVIEME SESSION DU COMITE REGIONAL

Monsieur le Président de la République populaire du Congo,
Messieurs les Membres du Gouvernement,
Monsieur le Directeur régional,
Mesdames et Messieurs les Ministres,
Messieurs les Ambassadeurs,
Messieurs les Représentants des Organisations internationales,
régionales et non gouvernementales,
Honorables Délégués,
Mesdames, Messieurs,

En ma qualité de Président de la trente-neuvième session du Comité régional qui s'est tenue du 6 au 13 septembre 1989 à Niamey, j'ai l'honneur, le privilège et l'agréable devoir de prendre la parole devant cette auguste assemblée réunie à l'occasion de la cérémonie solennelle d'ouverture de la quarantième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique qui tient en ce moment ses assises à la belle cité du Djoué.

D'abord, permettez-moi de m'acquitter d'un devoir, celui de transmettre le salut fraternel et cordial du Président de la République, Chef de l'Etat, le Général de Brigade, Ali Saibou et du peuple nigérien et ensuite de vous souhaiter la bienvenue à cette quarantième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

Monsieur le Président,

Votre présence à cette cérémonie d'ouverture officielle de la quarantième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique est, une fois de plus, un réel réconfort moral pour le Bureau régional et les délégations des pays membres de la Région, qui sont à la recherche des solutions aux problèmes de santé des populations africaines.

Toutes les sessions du Comité régional tenues au Djoué ont bénéficié de votre soutien indéfectible et combien appréciable par les sages conseils que vous avez bien voulu prodiguer. Nous en sommes très reconnaissants et saisissons cette opportunité pour vous exprimer toute notre gratitude et nos vifs remerciements.

Monsieur le Président,
Monsieur le Directeur régional,
Mesdames et Messieurs,

La crise économique mondiale qui frappe durement en ce moment nos pays a pour corollaire la réduction considérable des ressources déjà maigres allouées aux programmes de développement socio-économique et sanitaire (éducation - santé, etc.). A cela s'ajoute la pandémie galopante du SIDA pour lequel il n'existe pour le moment ni vaccin, ni médicament efficace. Le SIDA, depuis 1987, fait payer un lourd tribut à nos populations jeunes et actives.

Face à cette situation, l'objectif santé pour tous les Africains que nous nous sommes fixé reste notre idéal commun du combat contre le sous-développement, l'ignorance et la maladie. Comme stratégie, nous avons opté pour le scénario de développement sanitaire en trois phases adopté lors de la trente-cinquième session du Comité régional en septembre 1985 à Lusaka, en Zambie, et qui est en application dans tous nos Etats.

Ainsi, au cours des discussions techniques en 1987 à Bamako, il s'agissait d'analyser l'appui opérationnel du niveau périphérique, en 1988 à Brazzaville l'appui technique du niveau intermédiaire et récemment à Niamey en 1989, à la trente-neuvième session du Comité régional, nous avons examiné l'appui stratégique du niveau central de ce scénario de développement sanitaire. La gestion a été identifiée comme une faiblesse majeure de nos systèmes de santé. Nous avons en conséquence décidé à cette même session de mettre un accent tout particulier sur le renforcement de la capacité gestionnaire à tous les niveaux du système de santé au cours des cinq années à venir du Huitième Programme général de Travail 1990-1994. En outre, nous avons retenu des programmes prioritaires tels que :

- la santé de la mère et de l'enfant, y compris la planification familiale;
- la prévention et la lutte contre la maladie;
- l'approvisionnement en eau saine et l'assainissement de base du milieu.

Nous espérons que des ressources conséquentes seront allouées à ces programmes pour promouvoir la santé de la mère, la survie de l'enfant, et assurer la réduction du taux de morbidité et de mortalité dues aux nombreuses endémies de la Région. Enfin, elles permettront d'améliorer l'accès de nos populations à une eau saine et aux mesures d'assainissement de base du milieu.

A Monsieur le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, le Dr G. L. Monekosso et son équipe, nous saisissons cette occasion pour leur renouveler le témoignage de notre satisfaction pour le travail accompli, pour le dévouement et la disponibilité dont ils ont constamment fait preuve, et enfin pour le soutien qu'ils ne cessent d'apporter à nos pays malgré la conjoncture difficile et défavorable.

Je voudrais, pour terminer mon propos, renouveler mes très vifs remerciements à Son Excellence, le Président de la République populaire du Congo, le Général d'Armée Denis Sassou Nguesso, pour avoir rehaussé de sa présence cette cérémonie et aux autorités administratives pour l'accueil fraternel et plein de chaleur et les soins dont nous avons été l'objet pendant ce séjour au Congo.

Vive la Coopération internationale.

Vive l'OMS.

Je vous remercie de votre aimable attention.

ALLOCUTION DU DR G. L. MONEKOSSO,
DIRECTEUR REGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE

Excellence Monsieur le Président de la République populaire du Congo,
Excellences Messieurs les membres du Bureau politique,
Excellences Messieurs les Ministres de la Santé et Chefs de délégations,
Excellences Messieurs les Ambassadeurs et Chefs de Missions diplomatiques,
Excellence Monsieur le Représentant du Secrétaire général de l'OUA,
Mesdames et Messieurs les invités,

La cérémonie d'ouverture de la présente quarantième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique me donne l'occasion de vous adresser, au nom de l'ensemble du personnel du Bureau régional et en mon nom propre, nos très chaleureuses salutations et de vous souhaiter la bienvenue à la cité du Djoué. J'aimerais plus particulièrement, au-delà de notre respectueuse déférence, adresser nos très sincères remerciements à Son Excellence le Général d'Armée Denis Sassou Nguesso, Président de la République populaire du Congo, pour avoir accepté de rehausser l'éclat de cette cérémonie.

Votre présence parmi nous, Monsieur le Président de la République, en dépit de vos lourdes et multiples responsabilités, nous honore et nous encourage à persévérer dans le combat dans lequel nous nous sommes engagés : celui de la santé pour tous les Africains.

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique sait gré à votre gouvernement, pour la sollicitude dont il a toujours bénéficié de sa part et à tout moment.

Je voudrais aussi, en votre nom, Excellences Messieurs les Ministres de la Santé et Chefs de Délégations, saluer le Représentant du Secrétaire général de l'OUA, Son Excellence Monsieur Salim Ahmed Salim, le Dr Cambournac, Premier Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, et l'ensemble des invités qui ont accepté de venir participer avec nous, à ce grand forum de réflexion sur la santé des populations africaines.

Point n'est besoin de dire ici notre engagement total, au sein de l'OMS, pour la défense de la dignité de l'homme africain, qui commence par la restitution de sa complète souveraineté, de sa totale responsabilité, et de son état de complet bien-être physique, mental et social, c'est-à-dire de sa santé.

Je m'en voudrais de ne pas dire un mot particulier de bienvenue à la délégation de la République de Namibie qui, après une lutte digne de respect, a enfin arraché sa place dans le concert des nations libres.

Excellence Monsieur le Président de la République,
Mesdames et Messieurs,

La présente session de notre Comité régional sera inscrite en lettres d'or dans les annales de notre Bureau régional. Il s'agit, en effet, de notre quarantième session, l'âge révélateur de maturité.

C'est aussi la première session de cette dernière décennie du deuxième millénaire, que nous avons choisi pour instaurer la santé pour tous.

En effet, notre planète est secouée de toute part par des violents remous. Partout, les peuples se remettent en question et s'interrogent sur leur devenir. Sur notre Continent, après l'euphorie et les espoirs suscités par les indépendances auxquelles la plupart des pays ont accédé dans les années 60, l'heure est aujourd'hui au bilan.

En effet, les infrastructures sanitaires n'ont cessé de se dégrader. La situation sanitaire générale est alarmante. Les affections les plus bénignes continuent de tuer, surtout les enfants. Le paludisme est toujours là, plus menaçant que jamais. Le SIDA avance à grands pas. C'est partout le désarroi. La crise économique et sanitaire est si profonde et si dramatique sur notre continent que certains théoriciens alarmistes n'accordent plus aucune chance de survie à l'Afrique.

C'est maintenant le moment de réagir, de prendre conscience de nos responsabilités et de nous affirmer dans le concert des nations.

L'Afrique devrait se mobiliser; l'Afrique devrait se soigner; l'Afrique devrait s'autogérer. C'est pourquoi, nous nous adressons à la jeunesse africaine, nous nous adressons aux individus, aux familles, aux collectivités africaines; nous nous adressons à toutes les populations des villes et des zones rurales; nous nous adressons à la femme africaine, elle sur qui repose en très grande partie le bien-être de l'homme africain et de la famille.

Face à la situation actuelle, vous avez, Messieurs les Ministres de la Santé, élaboré un cadre organisationnel et structurel approprié. Ce cadre privilégie les actions de développement sanitaire à assise communautaire. Le défi de la santé pour tous les Africains exige que les activités soient mises en oeuvre dans les villgages ou les communautés des zones rurales et urbaines, au sein des districts bien déterminés, en vue de promouvoir le bien-être physique, mental et social des individus, des familles et des communautés. Ces activités doivent être adéquatement gérées et supervisées par un comité de santé du district.

Elles doivent enfin bénéficier du soutien du niveau provincial et de l'encadrement du niveau central. C'est la trame du scénario africain de développement sanitaire, adopté en 1985, au coeur même de la crise.

Le cadre de développement sanitaire ainsi défini fait du district la pierre angulaire de la mise en oeuvre de l'approche des soins de santé primaires. Dans cette approche, la mobilisation communautaire, en vue d'une participation effective de tous, est la condition sine qua non de la réussite.

C'est que la santé est avant tout une affaire personnelle. Elle ne se donne pas. Elle s'arrache suite à des actions conscientes et responsables. Les gouvernements ne peuvent pas offrir la santé aux collectivités, aux familles ou aux individus; chacun doit, en toute responsabilité, collaborer avec les autorités et oeuvrer pour préserver sa santé.

Les soins de santé primaires que nous avons adoptés comme stratégie devant nous conduire vers la santé pour tous, reposent sur cette auto-responsabilisation des individus, des familles et des collectivités. Il ne saurait en être autrement. Pour éviter les affections bucco-dentaires par exemple, chaque individu doit se brosser les dents. Personne d'autre ne pourra le faire à sa place.

Pour garantir la propreté du village, chaque famille doit balayer les alentours de sa case. C'est la conjugaison des efforts des uns et des autres qui fera le bien-être de tous.

Si toutes ces tâches individuelles et collectives sont accomplies, les centres de santé et les hôpitaux, dont la gestion est si onéreuse, ne seront plus que de simples "garages de réparation" d'éventuels accidents de parcours, et non des lieux de gestion des deuils, comme cela est, hélas, encore bien souvent le cas.

Excellence Monsieur le Président de la République,
Mesdames et Messieurs,

Notre avenir n'est pas à jamais compromis. Bien au contraire, de nombreux exemples jalonnent notre parcours et démontrent que, mobilisées, organisées et encadrées, les populations africaines sont à même de prendre en main leur destin. Les résultats de l'Année africaine de la Vaccination, lancée en 1986, constituent à cet égard un témoignage éloquent. Dans la majorité des pays, les taux de couverture vaccinale contre les maladies cibles, qui étaient de l'ordre de 5 à 10 %, avaient, dès la première année, atteint ou dépassé les 50 %. Ces résultats sont dûs à la mobilisation générale qui a pu être effectuée, et surtout, à l'engagement de nos Chefs d'Etat qui ont eux-mêmes, seringues à la main, conduit les opérations sur le terrain.

C'est donc un appel à la mobilisation communautaire que nous lançons ce jour. Nous voulons un type nouveau de partenariat entre les peuples et leurs gouvernements, dans une quête commune d'un développement sanitaire soutenu.

Le développement sanitaire, à l'instar des autres entreprises humaines, exige une gestion judicieuse des ressources disponibles : humaines, matérielles et financières. Les insuffisances gestionnaires ont justement été identifiées comme étant la cause principale de nos déboires. C'est pourquoi vous avez, Messieurs les Ministres de la Santé, adopté un programme de travail destiné à améliorer nos capacités gestionnaires au cours de la période 1990-1994.

La gestion constitue justement le thème central des discussions techniques au cours de cette quarantième session de notre Comité régional. Ce programme qui a été lancé cette année est en bonne voie et le Bureau régional n'épargnera aucun effort pour son aboutissement.

Nous avons, d'autre part, identifié les cibles qu'il nous faut atteindre à court et à moyen terme. Il s'agit plus particulièrement de l'éradication de la poliomyélite et de l'élimination du tétanos néonatal et de la dracunculose, que nous voulons voir disparaître du panorama sanitaire africain, avant l'an 2000. C'est là un pari que nous sommes déterminés à gagner coûte que coûte.

Nous avons conscience que des obstacles, surtout économiques, se dresseront sur notre chemin pour entraver notre marche.

Pour y répondre, et sur recommandation expresse des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'OUA, il a été institué un Fonds spécial de la Santé pour l'Afrique.

Officiellement lancé le 7 juillet 1990, pendant la 52ème session du Conseil des Ministres de l'OUA à Addis Abeba, le Fonds spécial est une fondation autonome qui fait appel à tous les hommes de bonne volonté, désireux d'apporter leur soutien aux populations africaines les plus démunies.

Des hauts cadres africains assumant des fonctions au plan international ont été responsabilisés, à titre personnel, pour mettre en oeuvre cette initiative.

Le Fonds fait appel avant tout à nous-mêmes, Africains, qui devons donner l'exemple avant que la communauté internationale ne s'y joigne.

C'est là aussi un défi qu'il nous faut relever à tout prix. Nous avons confiance en l'avenir car, déjà, des voix se sont élevées à travers l'Afrique pour saluer cette initiative. Il reste à concrétiser cette adhésion par une participation massive.

Le Fonds spécial constitue un outil indispensable pour la mise en oeuvre de la stratégie de développement sanitaire que nous avons adoptée pour les années 1990, et qui est basée sur la mobilisation et la participation communautaires.

Au-delà de l'apport financier, le Fonds vise la mobilisation des communautés, en vue de leur auto-responsabilisation. Il s'agit d'encourager les nombreuses communautés qui, à travers le continent, ont déjà entrepris d'organiser des systèmes d'entraide et de solidarité couvrant tous les domaines de la vie.

J'en appelle donc à la communauté africaine et internationale à se joindre à nous dans cette vaste entreprise, pour la santé des populations africaines.

Le combat pour la santé est un combat pour le développement, tant il est vrai que la santé est la pierre angulaire du développement. Pour que l'Afrique soit forte et en bonne santé, ses populations doivent oeuvrer autant pour la santé que pour le développement. C'est ainsi que nous pourrons combattre l'actuelle pandémie du SIDA, supprimer les contraintes économiques aux soins de santé, et préserver notre patrimoine économique, culturel et spirituel. Nous avons le devoir de faire reculer la mort, de promouvoir la santé et de préserver les richesses de notre continent. Voilà le défi que nous lance la dernière décennie de ce siècle. Nous sommes persuadés et espérons qu'une Afrique forte et en bonne santé, libérée de l'ignorance, de la faim et de la maladie, prendra la place qui lui revient dans le concert des nations.

Je souhaite pleins succès à nos travaux.

Je vous remercie.

MESSAGE DE SON EXCELLENCE M. SALIM AHMED SALIM,
SECRETAIRE GENERAL DE L'ORGANISATION DE L'UNITE AFRICAINE (OUA)

Excellence Monsieur le Président de la République populaire du Congo,
Excellences, Mesdames, Messieurs les Ministres et Chefs de Délégations,
Monsieur le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique,
Distingués Délégués,

Je regrette très profondément de ne pouvoir participer personnellement ni de me faire représenter par l'un de mes Adjoints, élus politiques, à la quarantième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique qui se tient à Brazzaville, capitale de la République populaire du Congo, ville riche d'histoires glorieuses pour la libération de l'Afrique.

En effet, face à l'évolution rapide de la situation en Afrique du Sud, le Président en exercice de l'Organisation de l'Unité africaine, Son Excellence Yoweri Kaguta Museveni, Président de la République de l'Ouganda, a décidé de convoquer à Kampala, le 8 septembre prochain, date à laquelle j'avais programmé d'être parmi vous, la réunion du Comité ad hoc des Chefs d'Etat et de Gouvernement sur la question de l'Afrique australe, réunion à laquelle l'absence de votre serviteur ne saurait être admise.

C'est ainsi que j'ai chargé M. Wawa O. Leba, Directeur du Département ESCAS, de vous apporter mon message et de me faire rapport, non seulement sur le déroulement de vos assises, mais aussi sur toutes les questions qui nécessiteront mon action personnelle.

De prime abord, je voudrais exprimer ma profonde gratitude à Son Excellence le Général Denis Sassou Nguesso, Président de la République populaire du Congo, pour l'aimable invitation qu'il a bien voulu m'adresser de pouvoir visiter officiellement son pays en marge de votre session.

L'occasion me sera offerte de lui traduire personnellement les sentiments qui continuent à m'habiter à la suite de cette marque d'honneur et de sympathie.

D'ores et déjà, je tiens à saluer au nom de l'Organisation de l'Unité africaine, les efforts que Lui-même, son peuple et son Gouvernement déploient pour la promotion de la paix, la libération de l'Afrique, et le développement économique et social du Continent.

Qu'il me soit permis, à cette occasion, d'adresser les chaleureuses salutations du Secrétariat général de l'OUA à vous, Excellences Mesdames, Messieurs les Ministres de la Santé et Chefs de Délégations. Depuis ma prise de fonction à la tête du Secrétariat général de l'OUA en septembre 1989, je suis avec le plus grand intérêt les activités de l'OMS. Aussi, c'est avec un réel plaisir que j'aurais bien voulu être des vôtres et cela d'autant plus que votre présente session est la première occasion qui s'offrait à moi depuis ma nomination, pour m'entretenir personnellement avec vous.

Je voudrais enfin remercier du fond du coeur mon ami et frère, le Professeur G. L. Monekosso, pour l'honneur qu'il m'a fait en m'invitant à venir partager avec vous ces temps forts de réflexion sur la situation sanitaire du Continent, afin d'envisager l'avenir avec optimisme.

Excellences,
Mesdames et Messieurs,

Depuis quelques mois, nous nous sommes engagés dans la dernière décennie du deuxième millénaire. Un nouveau siècle nous attend avec ses inconnues qui vont, sans nul doute, requérir de ceux qui travaillent dans le domaine de la santé autant de courage et de dévouement, de compétences et de connaissances qu'il en faut aux astronautes pour la conquête de l'espace. Neuf années seulement nous séparent de l'échéance de l'an 2000.

C'est dire que le moment est venu pour jeter un coup d'oeil en arrière et constater, qu'au regard de tous les événements qui ont marqué les années quatre-vingt, on est en droit de s'interroger sur le visage que présentera le Continent à l'orée du troisième millénaire.

Question angoissante lorsque l'on considère le visage que présente actuellement le monde en général et l'Afrique en particulier.

Au plan politique, la lutte intense que nous avons menée contre le colonialisme a permis de libérer la quasi-totalité des pays du Continent sur lequel, il ne reste plus qu'une tâche sombre : l'Afrique du Sud, où les choses ont commencé du reste à bouger sérieusement depuis la libération historique du Camarade Nelson Mandela. C'est pourquoi, nous nous rejouissons de la première participation à la session du Comité régional de l'OMS de Son Excellence le Ministre de la Santé de l'Etat indépendant de la Namibie.

Ces succès obtenus au plan politique sont le témoignage qu'unis, solidaires et déterminés, les peuples africains sont à même d'assumer leur destin.

Au plan économique, les lendemains ne sont pas aussi prometteurs. En effet, les prix des produits de base, principales sources de revenus de nos pays, ont connu et continuent d'enregistrer une chute vertigineuse compte tenu du rapport de force qui nous conduit à un paradoxe qui fait que c'est l'acheteur qui fixe les prix. L'amenuisement des ressources qui en a résulté a conduit à des réductions drastiques des budgets des secteurs sociaux, en particulier ceux de la santé et de l'éducation.

S'agissant des produits de base, comme vous le savez, la Conférence des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'OUA avait, au cours de sa vingt-quatrième session tenue à Addis Abeba en 1988, demandé par sa résolution AHG/Res.177(XXIV) au Secrétaire général des Nations Unies de créer un groupe d'experts de haut niveau chargé d'examiner le problème des produits de base africains. L'Assemblée générale avait entériné cette décision dans sa résolution 43/27. Le groupe d'experts du Secrétaire général présidé par Hon. Malcolm Fraser vient de déposer son rapport.

Le Comité plénier de rédaction du Projet de Traité portant création de la Communauté économique africaine a analysé ce rapport ainsi que d'autres documents en vue de l'élaboration de la position commune africaine sur les produits de base, position qui sera présentée à New York au cours de ce mois de septembre.

Là, je n'ai évoqué qu'un problème auquel il faut associer ceux relatifs au fardeau de la dette extérieure ainsi que de son service. Et que dire du climat émaillé de conflits et de souffrances sous de formes diverses, qui caractérise l'Afrique au plan social : conflits armés, catastrophes naturelles, dégradation de l'environnement entraînant dans leur sillage des problèmes de réfugiés, de la famine et autres épreuves.

Au plan sanitaire, et là je ne m'étendrai nullement car vous êtes, Excellences Mesdames, Messieurs les Ministres, mieux qualifiés que moi en la matière, la situation n'est guère meilleure. Les populations africaines et plus particulièrement les couches les plus vulnérables que sont les femmes et les enfants, continuent de succomber à des affections qui, sous d'autres cieux, ne sont plus que de lointains souvenirs. Ainsi, les maladies diarrhéiques, les affections respiratoires et même des maladies pour lesquelles existent des vaccins efficaces telles que le tétanos néonatal, la rougeole, la tuberculose, la poliomyélite, la diphtérie, etc., continuent de décimer nos enfants. Le paludisme demeure un fléau majeur avec près d'un million de victimes par an.

On assiste même à la résurgence de certaines endémies que l'on était parvenu à juguler pendant les années 60 et 70. En conséquence, l'espérance de vie qui se situe aujourd'hui autour de 51 ans en moyenne sur le Continent nous fait accuser, dans ce domaine, un retard de plus de 20 ans par rapport aux pays les plus nantis de la planète. D'autre part, avec un taux de mortalité infantile de l'ordre de 106 ‰, l'Afrique affiche là un autre record peu élogieux.

Point n'est besoin de parler du SIDA qui continue sa progression inexorable dans un terrain apparemment perméable et encore plus fragilisé par les retombées de la crise économique.

Dans un tel contexte, quel est donc l'avenir du Continent ? Sombre, répondent les observateurs extérieurs qui n'accordent aucune chance de succès à l'Afrique qui abordera, selon eux, l'an 2000 à genoux.

En ce qui nous concerne, loin de nous l'idée de créditer une telle vision des choses. S'il est vrai que l'Afrique a connu bien des déboires au cours de la décennie écoulée, il n'en demeure pas moins vrai que nous avons aussi signé de nombreuses victoires significatives, notamment dans le domaine politique.

Dans le domaine de la santé, comme vous le savez, les résultats de l'Année africaine de la Vaccination lancée en 1986 sont là pour montrer que l'Afrique n'est pas à jamais condamnée. D'autre part, l'éradication de la variole constitue un autre exemple qui nous donne des raisons d'espérer à une situation meilleure dans les années à venir.

C'est ainsi que nous adhérons totalement au programme lancé par l'OMS en vue de l'éradication de la poliomyélite, de l'élimination du tétanos néonatal et de la dracunculose ou ver de Guinée avant l'an 2000. Je suis convaincu qu'avec une mobilisation générale de toutes nos forces, ces objectifs seront atteints et nous aurons ainsi sauvé des milliers de vies humaines.

Excellences,
Mesdames et Messieurs,

Il ne fait plus aujourd'hui l'ombre d'aucun doute que parler de la santé en Afrique équivaut à parler du développement économique du Continent. Les Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'OUA avaient eux-mêmes, au cours de leur vingt-troisième session en juillet 1987, réaffirmé l'interdépendance entre la santé et le développement lorsqu'ils adoptaient l'importante Déclaration AHG/DECL.1/XXIII), intitulée : "Santé, Base du Développement".

La crise économique que traversent nos pays a plus que jamais mis en évidence cette liaison étroite entre la santé et le développement. Si l'amenuisement des ressources compromet la mise en oeuvre des programmes de santé, la détermination de la situation sanitaire des populations prive l'économie de ses forces productives. Seule une main-d'oeuvre en bonne santé est à même de garantir la production et de bâtir l'économie du pays.

Nous nous réjouissons de constater les efforts inlassables que ne cesse de déployer le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique en vue de la mise en oeuvre des orientations de cette Déclaration de nos Chefs d'Etat et de Gouvernement.

Et l'OMS qui, dans sa Constitution, reconnaît elle-même le danger pour tous d'un développement inégal de la promotion de la santé et de la lutte contre la maladie, a pris le taureau par ses cornes.

En effet, le cadre organisationnel proposé par ce Bureau et adopté par l'ensemble des Ministres de la Santé de la Région africaine et connu sous les vocables de scénario africain de développement sanitaire en trois phases, qui met l'accent sur le district, nous semble très judicieux. Il est en effet conforme aux réalités socio-économiques de notre Continent.

Les stratégies verticales adoptées jusqu'alors et qui faisaient des communautés de simples receveurs passifs d'aumones, ont montré toutes leurs limites. La politique actuelle du Bureau régional, qui privilégie les activités à assise communautaire avec une participation active et responsable des populations concernées, est porteuse d'espoir; car on ne peut faire la santé des gens contre leur gré. L'expérience en effet montre que seules des actions menées avec le plein consentement et la participation des bénéficiaires peuvent donner des résultats durables.

C'est du reste dans ce contexte que le vingt-sixième Sommet des Chefs d'Etat et de Gouvernement, tenu dernièrement à Addis Abeba, a entériné la résolution CM/Res.1286(LII) du Conseil des Ministres adoptant la Charte africaine de la participation populaire au développement et à la transformation de Arusha 1990.

Dans ce noble combat, vous pouvez être assurés du soutien sans faille de l'OUA. Déjà, nous nous attelons à mettre en oeuvre la résolution CAMH/RES.1(III) adoptée par la troisième session de la Conférence des Ministres de la Santé de l'OUA tenue à Kampala du 3 au 5 mai 1990, qui demande entre autres au Secrétaire général de renforcer le bureau de santé de l'OUA en moyens humains, matériels et financiers pour lui permettre de répondre à l'élargissement des activités de l'OUA en matière de santé. Des dispositions pratiques ont d'ores et déjà été prises dans ce sens.

Nous nous réjouissons aussi de l'action entreprise par le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique en vue du renforcement du Bureau de Liaison de l'OMS avec l'OUA à Addis Abeba. Avec ces deux structures, nous disposerons ainsi, dans les prochains jours, du cadre institutionnel nécessaire à une coopération accrue. Sans oublier la collaboration fructueuse qui existe entre l'OMS/AFRO et la Commission scientifique, technologique et de la recherche de l'OUA à Lagos, dont les activités menées conjointement avec l'OMS dans les domaines de l'oncologie, le listing des plantes médicinales africaines et la publication de la première pharmacopée africaine fait la fierté du Continent. Cette unité dans l'action va s'intensifier dans la lutte contre la dracunculose ou ver de Guinée.

Nous attachons beaucoup de prix à une coopération de plus en plus étroite entre nos deux organisations car, la volonté politique que peut mobiliser l'OUA peut être un support indispensable à la mise en oeuvre des programmes de santé de l'OMS. Je n'en voudrais pour illustration que les activités menées dans le cadre de l'Année africaine de la Vaccination en 1986. Les pays où les Chefs d'Etat et de Gouvernement et les responsables politiques se sont personnellement investis, ont connu des résultats plus spectaculaires que ceux où la volonté politique n'a pas été à la hauteur de l'enthousiasme et de la bonne volonté des responsables de la santé.

Excellences,
Mesdames et Messieurs,

Pour être efficace, la collaboration entre nos différentes organisations doit se baser sur des projets concrets et spécifiques. C'est ce à quoi nous nous attelons au niveau de l'OMS et de l'OUA. Le Fonds spécial de la Santé pour l'Afrique que j'ai eu le privilège de lancer le 7 juillet 1990 pendant la 52ème session ordinaire du Conseil des Ministres de l'OUA et dont j'ai l'honneur d'assurer la présidence du Conseil d'Administration, en est un exemple porteur d'espoir.

Je voudrais profiter de cette occasion solennelle pour réitérer l'appel lancé par le Conseil des Ministres de l'OUA à ce sujet dans la résolution CM/Res.1300(LII) qui invite, entre autres, les Etats Membres à mener des campagnes de promotion du Fonds et à mettre en place les mécanismes nationaux nécessaires pour la mobilisation des ressources et leur distribution aux communautés bénéficiaires.

Ceci veut dire que ceux d'entre nous qui n'ont pas encore apporté leur contribution de US \$1000 minimum à la constitution du capital de départ, sont invités à s'acquitter au plus tôt de ce noble devoir.

Excellences,
Mesdames et Messieurs,

Notre chemin vers la santé est encore long, sinueux et parsemé d'écueils. Le combat pour la santé est une tâche de longue haleine. C'est l'affaire de chacun et de tous. Unissons-nous comme un seul homme. Conjuguons nos efforts pour bâtir un monde dont nos descendants seront satisfaits et fiers d'hériter au vingt et unième siècle. Oeuvrons tous en vue d'atteindre notre objectif de la santé pour tous les Africains en l'an 2000.

C'est sur ces mots d'espoir que je souhaite pleins succès à vos délibérations.

Je vous remercie.

ALLOCUTION DU DR F. J. C. CAMBOURNAC
PREMIER DIRECTEUR REGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE

Son Excellence, Monsieur le Président de la République
populaire du Congo,

Je suis grandement honoré, Monsieur le Président de la République, de
pouvoir, en ce moment, vous présenter mes hommages respectueux.

Près de 30 ans après une longue période, durant laquelle j'ai eu
l'honneur d'exercer les fonctions de Directeur du Bureau régional de l'OMS, me
voilà de retour ici avec la grande satisfaction de revoir la République
populaire du Congo, les beautés de Brazzaville et son développement
considérable.

Je suis très ému de pouvoir évoquer cette époque si heureuse que je ne
pourrai jamais oublier.

Je formule, Monsieur le Président de la République, mes vœux les plus
sincères pour votre bonheur et votre prospérité ainsi que pour le bonheur et
la prospérité de la République populaire du Congo et de tout son peuple.

Monsieur le Président,
Illustres Délégués,
Mesdames, Mesdemoiselles et Messieurs,

Je ne pourrais pas poursuivre ce discours sans avoir, avant toute chose,
remercié Son Excellence le Dr Gottlieb Lobe Monekosso, Directeur régional de
l'OMS pour l'Afrique, de l'honneur qu'il m'a fait en m'invitant à assister à
la cérémonie d'ouverture de la quarantième session du Comité régional de l'OMS
pour l'Afrique. Je voudrais profiter de cette occasion pour manifester ma
joie de pouvoir m'exprimer en portugais, du fait de la présence dans cette
assemblée des délégations des pays de langue officielle portugaise.

L'honneur de me trouver en présence du Directeur régional et des très
illustres membres des délégations des pays de la Région africaine de l'OMS
éveille en moi le souvenir des travaux réalisés en 1946, lors de la Conférence
internationale sur la Santé, qui a eu lieu à New York, et au cours de laquelle
fut créée l'Organisation mondiale de la Santé, création à laquelle j'ai
souscrit en qualité de représentant du Gouvernement portugais. Je me souviens
aussi de la régionalisation de l'Organisation qui a suivi et de toute une
série d'événements liés à l'époque où l'OMS commençait ses activités.

Avant la création du Secrétariat régional, je me souviens des premiers
pas de l'OMS en vue de démarrer ses activités en Afrique, avec la Conférence
sur le Paludisme qui s'est tenue en novembre 1950 à Kampala, et dont la
préparation m'a fourni l'occasion d'entrer en contact avec tous les
gouvernements de la Région et leurs services de santé respectifs, occasions
lors desquelles je m'évertuais à mieux faire connaître la nouvelle
Organisation.

La création de la Région africaine en 1952 et le choix de Brazzaville
pour abriter le Siège du Bureau régional, lorsque sur la demande des membres
de la Région, j'ai eu la satisfaction de proposer Brazzaville, en raison de la
situation sociale du Congo, de l'amabilité de son peuple et de sa localisation
géographique sur le continent, ainsi que des moyens de communication et
existants et de nombreuses autres qualités qui ont influencé de manière
décisive sa sélection.

Ma réélection au poste de Président de la session du Comité régional, qui a eu lieu à Monrovia en 1952 et au poste de Directeur régional au cours de la même session, le Directeur général de l'OMS étant, à l'époque, le Dr Brock Chisholm; il y a eu aussi une résolution du Conseil exécutif m'accordant un délai de deux ans avant de pouvoir entrer en fonctions le 1er février 1954.

Je me souviens encore de la petite maison dans laquelle était installé le Siège du Bureau régional et aussi de la construction du nouveau bâtiment commencée en 1955, don gracieux du Gouvernement français à l'OMS, et qui a commencé à être opérationnel en 1957.

Ma réélection comme Directeur régional de l'OMS lors de la session du Comité régional, qui se tenait à nouveau à Monrovia en 1958, le Directeur général de l'OMS étant alors le Dr Marcolino Candau.

Je me souviens aussi avec émotion du temps passé au service de l'OMS, où j'exerçais mes fonctions dans la Région africaine, tentant de donner le meilleur de moi-même pour la mise en oeuvre des activités du Bureau régional, en collaboration avec les gouvernements de la Région, pour améliorer l'état de santé des populations et, par conséquent, pour assurer leur développement économique et social. Je me souviens de tout le personnel du Bureau régional qui m'a accordé son concours dans le déroulement de mes activités.

Et enfin, le moment où j'ai atteint la limite d'âge en 1964. Et je considère aujourd'hui comme un grand privilège de pouvoir prendre la parole devant vous, tant d'années s'étant écoulées depuis.

Durant toute cette période, j'ai connu par moments d'énormes difficultés en raison de l'insuffisance des ressources financières - et il ne pouvait en être autrement - et, à d'autres, j'ai éprouvé de très grandes satisfactions, mais dans toute mon expérience, ce que je retiens de plus beau, c'est sans aucun doute, d'avoir appris à apprécier chaque jour davantage les peuples africains, et à apprécier toujours plus l'Organisation mondiale de la Santé que j'ai eu le bonheur de voir naître.

J'ai eu le grand privilège d'assister à l'évolution sociale du continent africain, au moment de l'indépendance de la plupart des pays de la Région africaine, et de proposer les adaptations nécessaires de la structure du Bureau régional pour donner à cette Région des possibilités de développement et de progrès constants.

Le nombre de projets en cours dans les Etats Membres est passé de 15 en 1954, année où j'ai commencé à exercer mes fonctions, à 199 en 1964, avec un nombre de bourses d'études proche de 350.

De la fin de ma carrière, en tant que Directeur régional, je conserve avec une grande tendresse les références figurant dans les Actes de l'Assemblée mondiale de la Santé, du Conseil exécutif et du Comité régional, outre un document contenant un message signé par les chefs des délégations des Etats Membres de la Région qui, à l'époque, étaient au nombre de 32 et qui s'achève par ces mots : "... en l'assurant que son nom restera toujours attaché à la Région...."

Je conserve précieusement ce document et son souvenir repose à jamais dans mon coeur.

Qu'il me soit maintenant permis d'exprimer ma très sincère reconnaissance pour l'appui dont l'OMS a bénéficié, ici à Brazzaville, de la part, d'abord du Gouvernement français qui, au cours d'une cérémonie organisée en avril 1963, a solennellement remis à l'OMS tout le domaine du Djoué et le bâtiment du Bureau régional, ensuite après l'indépendance, du Gouvernement de la République populaire du Congo qui nous a fourni sans défaillance toute l'aide et tous les moyens en sa possession, réalisant ainsi les conditions indispensables à l'accomplissement de notre mission de façon optimale et harmonieuse, non seulement au Bureau régional, mais également dans toute la Région.

De même, je tiens également à exprimer ma sincère gratitude aux gouvernements de tous les pays de la Région africaine - certains avant, certains après les indépendances respectives - pour toute l'aide inconditionnelle et diversifiée qu'ils ont toujours mise à la disposition de l'OMS, afin de lui permettre de continuer par ses travaux à accomplir sa mission de protection et d'amélioration de la santé et du bien-être des populations et, partant, d'amélioration des conditions économiques et sociales des pays respectifs.

En ce qui me concerne personnellement, il m'est difficile de trouver les mots qui conviennent pour exprimer toute ma reconnaissance et toute ma gratitude pour l'aide qui m'a toujours été généreusement accordée et pour tous les témoignages de considération dont j'ai été l'objet dans l'exercice de mes fonctions.

Si je n'ai pas fait davantage, ce n'est pas faute d'avoir bénéficié de l'aide et du soutien indéfectibles des gouvernements de tous les pays qui, sans exception, m'ont permis de consacrer tous mes efforts au service des activités régionales.

Après avoir cessé mes fonctions au Bureau régional de l'Afrique en 1964, fidèle à mes sentiments et mes convictions, j'ai constamment suivi les progrès réalisés grâce aux actions menées par l'OMS sur le plan mondial, et j'y ai même été associé en effectuant, à différentes reprises, des missions de consultation dans diverses régions du monde.

Je n'ai jamais non plus cessé de suivre, le plus attentivement possible, l'évolution constante de l'action menée dans la Région africaine car j'ai également effectué des missions de coopération dans différents pays de ce continent.

Je connais donc les problèmes ardues qui se posent dans différentes zones, sans que la situation, envisagée dans son ensemble, ne cesse cependant d'évoluer à pas de géant.

Le continent africain, ou plus exactement l'Afrique tropicale, est sans doute l'une des régions du monde, sinon la région du monde, où les problèmes liés au développement économique et social soulèvent les plus grandes difficultés, en raison des graves problèmes de santé auxquels les populations se trouvent confrontées bien que les peuples d'Afrique soient, de tous les peuples du monde, ceux qui se sentent les plus concernés par la lutte contre les maladies.

Sur ce continent, les maladies, et surtout les maladies transmissibles, constituent certainement l'un des plus grands, sinon le plus grand, des obstacles au développement économique et social. Dans ces conditions, la tâche du Bureau régional de l'OMS qui consiste à soutenir et coordonner les activités mises en oeuvre pour résoudre les problèmes qui découlent d'une telle situation est et demeure considérable.

Le Bureau régional doit également se préoccuper des problèmes posés par les maladies qui revêtent ici des caractéristiques particulières ainsi que des nouvelles maladies encore mal connues et qui, en raison de leurs particularités épidémiologiques, présentent une plus grande gravité et dont la répartition géographique s'élargit de plus en plus.

Je veux ici rendre hommage à l'oeuvre réalisée par l'OMS en Afrique à en juger par les excellents rapports qu'elle ne cesse de publier, et dire toute l'estime et toute la considération que m'inspirent mes successeurs, le Dr Quenum et, en particulier, le Dr G. L. Monekosso, dont l'action mérite les plus grands éloges.

Je n'entends assurément pas traiter en détails de ce qui s'est fait et de ce qui est en train de se faire dans le domaine de la santé et de la lutte contre la maladie sur ce continent, ou de rappeler tel ou tel aspect de l'épidémiologie des affections qui y sévissent, le temps de parole qui m'est imparti ne me le permettant pas.

Néanmoins, je ne peux m'empêcher d'évoquer quelques-unes de ces maladies telles que la maladie du sommeil, la fièvre jaune, le paludisme, avec sa gravité, la répartition géographique particulière de son agent étiologique et la versatilité de comportement de son vecteur principal, les virus et surtout le syndrome d'immunodéficience acquise, y compris les deux types de virus qui en sont la cause.

Il suffit de se reporter, outre les maladies transmissibles, aux points figurant à l'ordre du jour de cette quarantième session du Comité régional pour avoir une idée de la situation.

D'autre part, on n'insistera jamais assez sur la nécessité d'une coopération entre les individus et les institutions au niveau national ou international et entre les gouvernements des pays concernés afin de pouvoir résoudre tous les problèmes dans un délai aussi réduit que possible, en tenant compte également des coûts supportables par l'économie et sans préjudice de la qualité d'exécution.

Nous savons tous qu'il est nécessaire de déployer des efforts pour modeler et développer les services de formation adéquate de tout le personnel de santé ou pour développer la recherche dans le domaine de l'épidémiologie, de la thérapeutique et de la prévention, de l'amélioration de l'environnement pour contribuer à l'élévation du niveau de santé et, partant, pour stimuler la coopération des institutions scientifiques et de l'industrie afin que celles-ci apportent leur indispensable contribution à la possibilité de mettre en pratique rapidement, la méthodologie et les techniques connues, en dépensant les sommes compatibles avec les ressources existantes.

Je dois dire ici que je suis très satisfait de savoir que dans diverses institutions auxquelles on a fait référence, beaucoup des acquisitions qui ont déjà été mises à notre disposition pour résoudre les problèmes, constituent pour nous de grandes préoccupations.

A diverses occasions, il m'a été donné d'observer que cette carence est liée parfois à l'incompréhension individuelle ou institutionnelle, sans qu'il soit possible d'en faire plus.

Malgré cela, on peut considérer que les 25 dernières années ont été spectaculaires, en ce qui concerne la santé dans le monde, et l'amélioration des indices de santé qu'on ne pouvait prévoir auparavant.

A cet effet, il est toutefois indispensable que le financement de ces actions puisse être facilement obtenu et que ceux qui jouissent du bonheur de disposer de fonds les mettent, sans réticence et dans un esprit de justice, à la disposition des plus nécessiteux, ce qui d'ailleurs, en contrepartie, se révèle très souvent être une source de profits appréciables pour les donateurs eux-mêmes.

Etant convaincu que les problèmes de santé du continent africain sont généralement et de par leur nature plus difficiles à résoudre que ceux de toute autre Région du monde, je pense qu'il va sans dire que cette situation doit être jugée avec la plus grande impartialité.

Toutefois, il sera extrêmement important de ne pas perdre de vue qu'aux yeux des institutions de financement, les coûts ne se justifient que par les profits qui en résultent, ce qui d'ailleurs est parfaitement logique.

A cet égard, il est très intéressant de mentionner le discours récemment prononcé par le Dr Hiroshi Nakajima, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, qui disait : "Nous devons avant tout nous débarrasser de l'idée selon laquelle le secteur de la santé serait seulement consommateur. Il s'agit en réalité d'un secteur productif : ce qu'il produit c'est une population saine, animée de l'énergie et de la volonté indispensables pour faire avancer l'économie du pays".

Je formule le vœu sincère que le Directeur du Bureau régional de l'OMS ait toujours à sa disposition tous les moyens nécessaires pour que l'action de l'OMS, en tant qu'autorité directrice ou coordonnatrice de l'OMS dans la Région africaine, puisse progresser constamment et produire les meilleurs résultats possibles dans la voie de l'amélioration de la santé et du bien-être des populations de nos pays respectifs, à la grande satisfaction de tous.

Pour l'Organisation mondiale de la Santé, je formule les vœux les plus sincères de prospérité, condition indispensable pour que les peuples de notre planète puissent jouir des bienfaits des conditions élémentaires de santé, telles qu'elles sont exprimées dans la "Constitution" de l'OMS et atteindre le but fixé, à savoir la santé pour tous d'ici à l'an 2000.

Permettez-moi de saisir cette occasion pour présenter mes hommages à tous les illustres membres des délégations ici présentes, et de souhaiter bonne chance à tous les Etats Membres de la Région africaine en les remerciant tous de l'aide et de la considération qu'ils m'ont apportées pendant l'exercice de mes fonctions de Directeur régional.

Permettez-moi de renouveler encore une fois ma gratitude pour le document que je conserve avec beaucoup d'attachement, signé par les 32 Chefs de Délégation des Etats Membres de la Région africaine, qui m'a été remis au cours de la session du Comité régional en 1969 et sur lequel figure un message se terminant par ces mots : "... en l'assurant que son nom restera toujours attaché à la Région ..."

... SE SOUVENIR ET VIVRE ...

Ainsi, je revis et je conserve dans ma mémoire avec la plus grande satisfaction les faits relatifs à l'évolution de la Région africaine auxquels j'ai eu la chance d'assister et le privilège de pouvoir les évoquer en cette occasion.

Pour terminer, permettez-moi, une fois de plus, d'adresser mes plus sincères remerciements au Dr G. L. Monekosso pour l'honneur qu'il m'a fait de m'inviter à assister à cette session du Comité régional. Je lui souhaite beaucoup de succès dans sa charge difficile de Directeur du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique.

Merci, Dr Monekosso, de m'avoir donné l'occasion de revivre aujourd'hui l'une des périodes les plus heureuses de ma vie.

ALLOCUTION D'OUVERTURE DE SON EXCELLENCE
LE GENERAL D'ARMEE DENIS SASSOU NGUESSO, PRESIDENT
DU COMITE CENTRAL DU PARTI CONGOLAIS DU TRAVAIL,
PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE ET CHEF DE GOUVERNEMENT

Monsieur le Président de la trente-neuvième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé,
Messieurs les Ministres,
Monsieur le Directeur régional de l'OMS,
Mesdames et Messieurs les délégués,
Mesdames, Messieurs,

Dans le contexte que nous vivons, la tâche de l'Organisation mondiale de la Santé avoisine la gageure. En effet, la crise économique impose une contraction parfois drastique des budgets sociaux, donc la réduction des moyens de lutte, alors que les fléaux demeurent et prennent même parfois une ampleur dramatique parce qu'ils sont moins combattus. Pire, de nouveaux fléaux émergent avec leur cortège d'angoisses et les regards se tournent vers l'Organisation mondiale de la Santé. C'est le paradoxe : demander plus quand on donne moins.

Cependant, une telle situation ne démobilise pas. Tout au contraire, elle rencontre encore plus de dévouement et de détermination. Il faut, ici, féliciter le Docteur Hiroshi Nakajima, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé et l'ensemble de ses collaborateurs, pour toutes les qualités humaines, intellectuelles et techniques qu'ils investissent dans leur mission. Je voudrais les assurer de notre confiance et de l'entière disponibilité du Gouvernement de la République populaire du Congo à leur endroit.

Il me plaît, enfin, de rendre un hommage bien mérité au Docteur Lobe Monekosso, Directeur régional de l'Organisation mondiale de la Santé, qui ne cesse de déployer son énergie et ses qualités de combattant tenace pour le développement sanitaire de l'Afrique.

Je voudrais l'assurer de mon entière confiance et de l'étroite collaboration de mon gouvernement.

Monsieur le Président,
Messieurs les Ministres,
Mesdames et Messieurs,

L'Afrique demeure, à ce jour, confrontée à de nombreux fléaux : famine, guerres, sécheresse, et nos populations continuent à payer un lourd tribut à la plupart des endémo-épidémies. Quelques exemples suffisent à illustrer cette situation dramatique :

- le paludisme demeure un problème majeur de santé publique dans la plupart des pays de notre Région où il occupe le premier rang parmi les cinq causes de morbidité et de mortalité : 88 millions de cas sont enregistrés par an avec un million de décès chez les enfants;
- l'évolution du SIDA dans la Région prend un cours inquiétant, le nombre de cas notifiés à l'Organisation mondiale de la Santé par les Etats Membres n'a fait que monter en flèche, passant de 8576 cas en 1987 à 37 723 cas en 1989;

- la lèpre, avec une prévalence moyenne de un (1) malade pour 1000 habitants, constitue l'une des priorités de la Région africaine;
- la recrudescence de la tuberculose ces dernières années devrait interpeller notre conscience en vue d'une lutte plus efficace.

Mesdames, Messieurs,

Chacun sait que le développement sanitaire est étroitement lié à l'amélioration de la salubrité de l'environnement. Mais, force est de constater que, dans notre Région, les conditions d'hygiène du milieu demeurent encore précaires. L'élimination des déchets solides et toxiques s'effectue dans de mauvaises conditions, un grand nombre d'habitations restent encore insalubres.

La pollution de l'environnement représente un réel danger pour la santé publique, la desserte en eau potable demeure insuffisante.

Voilà autant de facteurs qui constituent d'importants obstacles à notre marche inexorable vers l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000.

La résolution des nombreux problèmes de santé de nos populations nécessite la mise en place de systèmes de santé cohérents et rationnellement gérés.

C'est l'occasion de considérer le thème que vous avez retenu pour vos travaux, à savoir : "Gestion des systèmes de santé".

La gestion des systèmes de santé, dans nos différents pays, doit en effet constituer une base indispensable pour le déploiement des mesures intégrées qui devraient, à notre sens, reposer sur les entreprises individuelles et collectives. Aussi, l'organisation et la gestion de nos systèmes de santé représentent-elles des conditions essentielles de succès de nos programmes de santé qui doivent répondre aux besoins réels et fondamentaux de nos peuples.

C'est pour cette raison que nos gouvernements ont adhéré à la Déclaration d'Alma-Ata sur les Soins de Santé primaires en 1978, ratifiée par la Charte africaine de Développement sanitaire en 1980.

Il est important d'accélérer le développement sanitaire de la Région africaine. Le scénario d'une action en trois phases (niveaux central, intermédiaire et local), qui garantit le succès et la pérennité des activités de santé à assise communautaire, constitue à cet effet une démarche adéquate.

Pour sa part, la République populaire du Congo avance dans la mise en oeuvre des soins de santé primaires. Une des illustrations en est l'adoption de l'Initiative de Bamako, une approche sûre pour le renforcement de la gestion et du financement des activités des soins de santé primaires au niveau local.

Plusieurs expériences sont menées par le Gouvernement et les organisations non gouvernementales : des résultats encourageants sont obtenus à Linzolo, Itoumbi, Mossendjo, dans le village-centre de Lékana, dans le district de Mindouli, etc.

Ainsi, malgré la conjoncture défavorable qui sévit dans nos pays, et compte tenu de notre volonté et notre détermination d'agir, nous pouvons vaincre l'ignorance, la dénégation et l'impuissance à l'égard de tous ces fléaux.

Je demeure convaincu que vos analyses et vos réflexions constitueront un pas significatif dans l'organisation de nos efforts et de nos moyens, en vue d'assurer le bien-être de nos peuples.

Je voudrais rappeler, en terminant, que la solidarité internationale en matière de santé n'est pas un devoir théorique, une simple exigence morale. Le mal qui frappe les uns est aussi aux portes des autres, par conséquent, aider à le combattre, c'est aussi se protéger soi-même.

En souhaitant à vos travaux le succès qu'en attendent nos populations, je déclare ouverte la quarantième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique.

Je vous remercie.

DECLARATION DU DR HIROSHI NAKAJIMA,
DIRECTEUR GENERAL DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Monsieur le Président,
Excellences,
Distingués Représentants,
Mesdames et Messieurs,
Chers collègues et amis,

C'est avec grand plaisir que je vous retrouve à Brazzaville pour cette quarantième session du Comité régional de l'Afrique.

L'ordre du jour de cette session est très chargé et comporte de nombreux points importants, dont l'examen du projet de budget programme régional pour l'exercice 1992-1993 n'est pas le moindre. L'examen du projet de budget programme régional est une responsabilité capitale dans une organisation décentralisée comme la nôtre, puisque plus des deux tiers des ressources du budget ordinaire sont prévues, allouées et gérées dans les Régions et les pays. Le Dr Monekosso et moi-même comptons sur votre avis, sur vos conseils et sur votre appui pour l'élaboration du projet de budget programme pour 1992-1993.

Dans la résolution EB79.R9, le Conseil exécutif m'a prié "de veiller à ce que tous les Etats Membres aient la possibilité de participer de façon satisfaisante au processus de coopération permettant de parvenir à un accord sur les budgets programmes régionaux et mondial". Je m'y efforce premièrement par une consultation continue et une programmation conjointe gouvernement/OMS dans la Région et, deuxièmement, en respectant la séquence des examens par le Comité régional, le Conseil exécutif et l'Assemblée de la Santé. La résolution EB79.R9 prie les Comités régionaux "d'examiner les projets de budget programme régionaux dans un esprit de coopération harmonieux visant à parvenir à un consensus sur leurs recommandations au Directeur général".

Au niveau mondial, le Directeur général est chargé, lorsqu'il établit le projet de budget programme, d'assurer la cohérence d'ensemble et la direction de l'action de l'OMS, à tous les échelons de l'Organisation et dans toutes les Régions. L'efficacité avec laquelle je suis en mesure de m'acquitter de cette responsabilité dépend beaucoup de la qualité de l'examen du programme au niveau des pays, dans les Bureaux régionaux et, ici, au Comité régional de l'Afrique. En période de restrictions économiques, il est d'autant plus nécessaire de se concentrer sur les priorités. Le Conseil m'a prié de "continuer à préparer et à soumettre au Conseil exécutif des projets de budget programme qui utilisent le plus efficacement possible les ressources de l'OMS aux niveaux national, régional et mondial et assurent pour l'avenir prévisible une croissance zéro du budget en valeur réelle".

Lorsque je me suis adressé au Comité régional de l'Afrique l'année dernière, puis au Conseil exécutif et à l'Assemblée mondiale de la Santé, j'ai dénoncé à maintes reprises les conséquences fâcheuses pour la santé et le développement d'une série de nouvelles tendances qui se dessinent partout dans le monde dans les domaines économique, démographique, social et politique, ainsi que la dégradation de l'environnement naturel. Ce tableau vient d'être confirmé par la Banque mondiale dans son Rapport sur le Développement dans le Monde 1990 qu'elle vient de publier. Pour la plupart des pays en développement, les années 80 ont été à bien des égards une "décennie perdue", qui a été marquée par l'élargissement du fossé entre les riches et les pauvres.

Ces tendances vont-elles se maintenir ? On prévoit déjà que les années 90 seront la "décennie de la dette et de la pauvreté", des années de crise et de catastrophe. Nous espérons, quant à nous, qu'elles seront des années de remise en état, de reconstruction et de relèvement. Je préférerais les baptiser d'ores et déjà la "décennie de toutes les occasions". Mais pour que ces espoirs prennent corps, développement économique et développement sanitaire et social doivent aller de pair. Il faut toute l'énergie et la volonté d'une population en bonne santé pour développer l'économie d'un pays. Aussi notre stratégie de lutte contre la pauvreté dans le monde doit-elle associer une croissance efficiente, à forte intensité de main-d'oeuvre, et la fourniture adéquate de services sociaux, comprenant l'éducation de base, ainsi que des soins de santé primaires et des services de planification familiale si nous voulons qu'à une décennie perdue succède la décennie de toutes les occasions.

La santé fait partie intégrante du développement socio-économique et fait appel à des moyens complexes et interdépendants. Les systèmes de soins de santé de demain devront répondre à trois critères : 1) l'amélioration constante de l'efficacité et de l'efficience des interventions techniques; 2) la compatibilité avec le système socio-politique et l'intégration dans le développement économique communautaire, national, régional et mondial; et 3) le respect des droits de l'homme, comme celui d'être informé, et de l'intégrité de l'individu, y compris son libre arbitre, en même temps que l'observation des principes de la justice sociale et de l'équité. Ces caractéristiques devront également guider l'action de l'OMS à l'appui des Etats Membres.

Les grands problèmes des années 90, leurs incidences et leurs solutions exigeront une action interdépendante et une solidarité aux niveaux local, national, régional et mondial. Les stratégies et les solutions appliquées à chaque niveau auront des répercussions sur les stratégies et les solutions requises à tous les autres niveaux. C'est pourquoi l'OMS doit faire preuve de la même solidarité et de la même cohésion au service des Etats Membres dans toutes les Régions et à tous les niveaux organiques. Le moment est peut-être venu de revoir et de renforcer les mesures stratégiques d'appui mutuel et les mécanismes opérationnels de notre Organisation aux niveaux national, régional et mondial.

Les grandes orientations de l'action de l'OMS, en matière d'infrastructure sanitaire et de développement des ressources humaines, de promotion de la santé et de lutte contre la maladie, seront poursuivies dans les années 90, mais de nouvelles approches devront être entreprises dans de nouveaux domaines prioritaires. Il serait plus facile pour l'OMS d'aborder ces priorités nouvelles si elle pouvait compter sur une augmentation des ressources du budget ordinaire. Mais, étant donné le climat politique et économique actuel, il n'y aura manifestement pas d'augmentation. Aussi, pour la cinquième fois consécutive, le budget programme de l'OMS pour 1992-1993 a-t-il été établi selon une politique de croissance zéro en valeur réelle.

Pour exécuter des initiatives nouvelles, il faudra soit réduire les activités de certains programmes, soit pouvoir compter davantage sur des contributions volontaires extrabudgétaires, soit les deux à la fois. En entreprenant la préparation du projet de budget programme pour 1992-1993, j'ai pris la décision de réduire les dotations initialement prévues au budget ordinaire pour les programmes mondiaux et interrégionaux de 2 % en valeur réelle, afin de réaffecter des ressources à de nouvelles activités programmatiques prioritaires, en particulier en vue d'intensifier l'appui aux pays qui en ont le plus besoin. Les programmes qui bénéficieront ainsi de

ressources supplémentaires sont les suivants : organisation de systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires, nutrition, promotion de la salubrité de l'environnement, paludisme et lutte intégrée contre la maladie.

Nous devons maintenant, ensemble, parvenir à un consensus sur ces priorités et, à partir de là, élaborer un projet de budget programme effectif qui réponde véritablement aux besoins des populations des Etats Membres. La situation de chaque Région et de chaque pays est bien sûr unique. Néanmoins, après avoir écouté attentivement les préoccupations exprimées par les Etats Membres dans toutes les parties du monde et pris l'avis des Directeurs régionaux, des Comités régionaux, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé, j'ai décidé de privilégier, au niveau mondial, pendant la période biennale à venir, cinq domaines prioritaires.

Ces domaines sont les suivants : 1) la santé de l'homme dans un environnement en mutation; 2) une alimentation et une nutrition appropriées pour une vie saine et un développement sain; 3) une lutte intégrée contre la maladie dans le cadre du développement d'ensemble des soins de santé et de l'être humain; 4) la diffusion d'informations pour le plaidoyer en faveur de la santé et à des fins éducatives, gestionnaires et scientifiques; et dans tous ces domaines 5) l'intensification du développement sanitaire et du soutien aux pays, en particulier à ceux qui en ont le plus besoin ou que la situation économique actuelle affecte le plus. Le projet de budget programme régional que vous allez examiner tient compte de ces domaines prioritaires. Il est important que vous précisiez ce que vous attendez de l'OMS dans ces domaines, dans les pays ainsi qu'aux niveaux régional et mondial.

La Région africaine est particulièrement touchée par la crise économique mondiale. En 1990, nous constatons une nette baisse de productivité et des investissements et une chute brutale du prix de la plupart des matières premières exportées. Cette situation est encore aggravée par la sécheresse et autres catastrophes naturelles ainsi que par les conflits politico-militaires qui sapent la capacité des gouvernements à répondre aux besoins fondamentaux de leur population. Le Dr Monekosso a exposé le scénario du développement sanitaire en trois phases, qui a reçu l'aval du Comité régional. L'OMS porte une attention accrue et consacre davantage de ressources au développement sanitaire en Afrique. Le Fonds spécial de la Santé pour l'Afrique, dont le capital initial reste à constituer, est l'un des moyens dont on dispose pour attirer des ressources.

Comme vous le savez, la Quarante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA43.17 concernant le renforcement de l'appui technique et économique aux pays confrontés à de graves difficultés économiques. Les ressources récupérées grâce à la réduction de 2 % dans les allocations aux programmes mondiaux et interrégionaux serviront donc à renforcer l'action des Bureaux régionaux et des bureaux de pays afin d'intensifier l'appui aux pays qui en ont le plus besoin ou qui sont le plus gravement touchés par la crise de la dette et qui se trouvent dans une situation socio-économique difficile. A cette fin, des missions d'évaluation conjointes se sont rendues au Ghana, en Guinée, en Guinée-Bissau, au Malawi, en République centrafricaine et au Tchad. D'autres missions sont prévues dans dix autres pays de la Région africaine.

L'OMS reste résolument attachée à l'objectif de la santé pour tous au moyen des soins de santé primaires. Mais, avant d'aborder le cap des années 90, il importe de redéfinir le but qu'elle s'efforce d'atteindre et de promouvoir, à savoir le "droit fondamental" à la santé pour tous. Des inégalités inacceptables de toute nature existent entre pays développés et

pays en développement et même entre certains groupes de population d'un même pays. Or, l'équité est une des pierres angulaires de la politique sanitaire. En même temps, les droits de l'individu et ceux de la communauté doivent être mis en regard. Il incombe à chaque nation de trouver l'équilibre qui convient entre ce qui est abordable pour la population, ce à quoi les individus ont droit et les intérêts de la société, qui doivent être protégés. En mettant en place des systèmes de santé nationaux, il importe de prendre en considération l'intérêt relatif pour la société et pour l'individu de soins qui traitent les symptômes et sont plus abordables et de soins de haute technologie qui permettent parfois de sauver des vies mais qui coûtent plus cher. Nous devons déterminer combien la société est prête à payer pour prolonger la vie et assurer la qualité de la vie et prendre des décisions qui tiennent compte de l'efficacité, de l'efficience et du coût, tout en garantissant que les services sont d'une qualité acceptable.

Le monde ne peut plus se permettre d'ignorer les réalités des tendances démographiques et des changements de comportement que l'on peut observer partout autour de soi. D'ici la fin de la décennie, la population mondiale aura franchi le cap des six milliards d'habitants, augmentant à un rythme qui risque de dépasser celui des disponibilités en produits alimentaires et en services essentiels. Cela veut dire qu'au cours des dix prochaines années, le monde va se peupler d'un milliard d'êtres humains supplémentaires, dont environ 20 %, soit 200 millions, rien que pour l'Afrique au sud du Sahara. Les problèmes que cela va poser ne vont pas se résoudre d'eux-mêmes. Il faut prendre dès maintenant des mesures pour stabiliser la croissance démographique, grâce à des méthodes de planification familiale culturellement acceptables et à un espacement approprié des naissances. L'OMS doit continuer d'oeuvrer pour la santé maternelle et infantile, ainsi que pour la recherche en reproduction humaine et la planification familiale, en insistant sur la maternité sans risque et la croissance normale des enfants. Un accent nouveau sera mis sur le rôle de la femme non seulement en tant que bénéficiaire des soins de santé mais aussi en tant que dispensatrice de ces soins et responsable de la prise de décisions dans le domaine du développement sanitaire.

On ne peut ignorer le tragique gaspillage de ressources humaines dans de trop nombreuses sociétés où les personnes âgées sont oubliées et la vie des jeunes est gâchée par l'alcool, les drogues et la violence. Certaines conditions contribuant à un mauvais état de santé, dont les maladies sexuellement transmissibles et le problème grandissant du SIDA, sont liées à des comportements à risque. Il faut s'attaquer aux problèmes avec plus de franchise et d'honnêteté. Si les préservatifs font partie de la solution, il ne faut pas avoir peur de le dire. L'éducation sanitaire est essentielle pour dissiper la peur et les malentendus et promouvoir l'adoption de modes de vie sains et l'utilisation d'une technologie appropriée, efficace et d'un coût abordable. Compte tenu des tendances actuelles de la structure par âge des populations et de notre engagement constitutionnel en faveur d'une vie longue et productive, nous devons redoubler d'efforts pour obtenir l'utile participation de nos aînés au développement de la santé et du bien-être de la communauté à laquelle ils appartiennent.

Dans les pays développés comme dans les pays en développement, on assiste depuis plusieurs décennies à la destruction inconsidérée de l'environnement naturel par l'homme. Ce problème est un problème mondial. Si nous n'agissons pas bientôt, il y a peu de chance que nous réussissions à éviter que des dégâts irréversibles soient infligés à l'écosystème et à la santé de l'homme. Nous ne sommes pas en face d'un choix qui serait "la santé ou le développement". Les deux nous sont indispensables. Un développement sain,

voilà l'objectif. Nous avons besoin d'aide pour comprendre les problèmes que cela implique. C'est pourquoi la Commission Santé et Environnement, présidée par Mme Simone Veil, s'est réunie en juin dernier pour élaborer son plan de travail. La Commission s'est divisée en quatre groupes correspondant aux quatre axes du développement, à savoir : 1) les besoins en énergie; 2) l'urbanisation, accroissement démographique et mouvements de population compris; 3) l'alimentation et l'agriculture; et 4) l'industrie. Leurs conclusions nous aideront à comprendre les relations complexes qui existent entre le développement, l'environnement et la santé de la population et à trouver des mesures de protection de l'environnement favorables à la santé et à un développement durable. Le résultat des travaux de la Commission constituera la contribution de l'OMS à la Conférence des Nations Unies sur l'Environnement et le Développement, qui aura lieu en juin 1992. Un surcroît de ressources sera nécessaire pour donner suite aux avis de la Commission et soutenir les pays qui en ont le plus besoin.

La solution des problèmes déborde du cadre de la santé et des limites traditionnelles de ce que l'on appelle le "secteur de la santé". Ainsi, l'économie mondiale devra être restructurée de manière à permettre et favoriser un développement économique et social durable. Il sera peut-être nécessaire d'ajuster les systèmes de fixation des prix des produits de base compte tenu des dépenses requises pour la protection de l'environnement. Il faudra peut-être fixer certaines limites au développement pour permettre à l'économie mondiale de s'adapter progressivement à des formes de développement écologiquement plus durables. Des décisions fondamentales devront être prises concernant le rôle respectif du secteur public et du secteur privé dans le domaine de l'économie et dans celui du développement sanitaire et social. Il appartient à chaque pays de décider de la manière dont les coûts des services essentiels de santé, d'éducation, etc., doivent être partagés. Des choix réfléchis devront être faits, par exemple entre divers moyens de financement des services de santé : imposition à l'échelle nationale, systèmes d'assurance et rémunération à l'acte. Des efforts devront être faits pour éviter l'apparition de services parallèles (ou marché noir) et les différences en matière de coût et de service qui élargissent le fossé entre les riches et les pauvres. De même que nous cherchons à assurer la "sécurité alimentaire" des populations, nous devons veiller à la "sécurité sanitaire" de tous.

Il convient d'exploiter toutes les sources possibles de financement supplémentaire. Nous savons que dans de trop nombreux pays développés et en développement des sommes énormes ont été dépensées à des fins qui n'ont rien à voir avec la santé, le développement social ou la réduction de la pauvreté. Ainsi, dans les pays en développement, le montant des dépenses militaires est souvent près de cinq fois supérieur à celui des aides pour le développement qu'ils reçoivent de toutes sources extérieures. Et c'est juste au moment où l'on commençait à voir s'éloigner le spectre de la guerre froide entre l'Est et l'Ouest que l'on assiste à une reprise des conflits régionaux, comme la crise du Golfe, qui ont des conséquences mondiales et sont coûteux pour le développement. S'il doit y avoir un "dividende de la paix" résultant d'une réduction des armements, ce qui n'est plus du tout une certitude, les économies réalisées devront servir à promouvoir la santé et un développement socio-économique satisfaisant du point de vue écologique, en particulier dans les pays les moins avancés.

S'il y avait une guerre nucléaire, nul n'en sortirait vainqueur. Elle ne pourrait qu'entraîner la destruction totale des acteurs du conflit comme des spectateurs ainsi que de l'environnement. Même l'utilisation pacifique de l'énergie nucléaire, des combustibles fossiles et des produits chimiques doit s'entourer de toutes les mesures de sécurité nécessaires, comme nous l'ont

trop bien rappelé les récents accidents de Bhopal et de Tchernobyl. Les conséquences de tels accidents dépassent largement les frontières locales, régionales, nationales ou sectorielles.

Une autre de nos préoccupations essentielles a trait au mode d'alimentation et à la "sécurité alimentaire" nécessaires pour jouir d'une vie longue, saine et productive. Une bonne alimentation et un style de vie sain pendant la jeunesse sont le meilleur garant d'une bonne santé pendant la vieillesse. Nous devons assurer la production locale, la disponibilité et la consommation d'aliments de qualité nécessaires à une alimentation équilibrée, à un prix abordable, tout en veillant à bien gérer notre sol, notre eau et nos ressources biologiques. Dans certaines sociétés, le problème qui se pose est celui d'une suralimentation et d'une alimentation mal équilibrée. D'autres sociétés, par contre, manquent encore d'aliments de base et souffrent de carences nutritionnelles évitables, par exemple en iode et en vitamine A. J'ai pris des mesures pour organiser au niveau mondial un programme alimentaire et nutritionnel regroupant des activités nouvelles et les activités en cours dans le domaine de la nutrition, de l'aide alimentaire et de la sécurité des produits alimentaires en vue d'apporter une meilleure collaboration et un meilleur soutien aux Régions et aux pays pour l'élaboration et l'application d'une nouvelle stratégie dans ce domaine. En collaboration avec l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture et d'autres institutions du système des Nations Unies, l'OMS réunira en décembre 1992 une conférence internationale sur la nutrition destinée à faire prendre conscience du problème dans le monde entier.

L'OMS doit continuer d'accorder un rang de priorité élevé à la lutte contre la maladie, en prêtant particulièrement attention à la situation exceptionnellement difficile des pays tropicaux. Il faut, par exemple, sensibiliser davantage l'opinion publique au problème du paludisme et c'est là l'objectif de la réunion au sommet que nous envisageons d'organiser. Nous n'avons pas les moyens de nous attaquer à chaque maladie séparément. Tout en reconnaissant la spécificité biomédicale de chacune d'entre elles, nous devons élaborer des méthodes de lutte contre la maladie qui soient logiques, qui se soutiennent mutuellement, qui soient davantage intégrées et qui s'inscrivent dans le cadre d'une stratégie de développement sanitaire et socio-économique d'ensemble.

Si nous mettons l'accent sur la lutte contre la maladie dans les pays tropicaux, c'est parce que ces pays sont victimes à la fois de certaines des maladies les plus dévastatrices et des pires conditions socio-économiques et environnementales. Dans ces pays, nous observons les conséquences les plus néfastes de l'interaction entre la mauvaise gestion des ressources naturelles, le mauvais usage de produits chimiques industriels et agricoles, l'explosion démographique, la pauvreté, la malnutrition et la présence de vecteurs de maladies infectieuses. L'action visant à remédier à ces conséquences exige la participation de tous les secteurs. Le seul secteur de la santé doit fournir une technologie nouvelle, des médicaments et des vaccins efficaces et des approches novatrices. Les programmes techniques de l'OMS sont prêts à aider à coordonner et à renforcer la coopération technique accordée aux pays pour contribuer à résoudre ces problèmes.

Il est pratiquement impossible de combattre efficacement certains problèmes de santé sans se préoccuper de leur contexte intégral, sur le plan de la santé comme sur le plan socio-économique. Face à la quasi-pandémie de SIDA par exemple, il faut reconnaître que divers facteurs touchant aux domaines du comportement humain, de l'économie, du droit, des droits de l'homme, de l'éthique et de la technologie médicales ainsi que des services

sociaux sont inextricablement liés à l'origine du problème comme à sa solution. Le rôle de l'OMS est d'aider les pays à affronter l'ensemble de ces problèmes complexes. Il ne s'agit pas simplement de distribuer de maigres crédits dans le cadre d'une relation donateur-bénéficiaire.

Certains milieux se méprennent peut-être encore sur le rôle que joue l'OMS dans le développement sanitaire. L'OMS est une organisation technique et non un organisme de financement. Elle n'assure pas de services de santé pour le compte des pays. Ses fonctions englobent la prestation de conseils relatifs à l'élaboration des politiques, la coordination, la recherche, le développement et le transfert de la technologie appropriée ainsi que de l'information sanitaire connexe. Cette technologie et cette information doivent être appropriées, absorbées, adaptées et utilisées efficacement par les pays pour leur propre développement sanitaire. Tous les échelons organiques de l'OMS doivent oeuvrer ensemble pour y parvenir. Etant donné le caractère limité des ressources du budget ordinaire de l'OMS, l'Organisation doit rechercher des contributions extrabudgétaires pour étendre ses programmes et mobiliser des ressources extérieures, surtout pour les pays qui en ont le plus besoin. En dernière analyse, le critère de l'efficacité de l'activité de l'OMS est son utilité pour le développement sanitaire national dans les pays où la santé pour tous doit être instaurée.

Il est donc capital qu'un examen efficace du budget programme soit effectué par les pays, le Secrétariat de l'OMS, les Bureaux régionaux, le Conseil exécutif et l'Assemblée de la Santé. Les activités programmatiques sont durables et ne devraient en fait être maintenues que si elles satisfont à l'épreuve de la justification technique et financière, grâce à une surveillance, une évaluation et un contrôle constants à tous les niveaux, pour assurer une mise en oeuvre efficiente et efficace.

C'est grâce aux efforts de tous ceux qui sont ici rassemblés aujourd'hui et de tous les personnels de santé travaillant dans les pays et à l'OMS que cette Région a surmonté les obstacles rencontrés et qu'elle offre de si grands espoirs pour la santé des populations de ses Etats Membres. Mettons en commun nos succès, nos problèmes et nos solutions et travaillons de concert à une cause commune. Les Etats Membres fondateurs n'ont-ils pas établi l'Organisation mondiale de la Santé "dans le but de coopérer entre eux et avec tous autres pour améliorer et protéger la santé de tous les peuples" ? Telle est la cause qui vous rassemble aujourd'hui. Que vos travaux soient couronnés de succès.

RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME

INTRODUCTION

1. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni à Brazzaville du 3 au 4 septembre 1990 sous la présidence du Dr J. Otete (Kenya). Mme M. Pragassen (Seychelles) a été élue Vice-Président et M. L. Chomera (Mozambique) a été élu Rapporteur. La liste des participants figure à l'Appendice 1.
2. Le Dr G. L. Monekosso, Directeur régional, a souhaité la bienvenue aux participants et a souligné les fonctions du Sous-Comité du Programme. Il a insisté pour qu'on examine avec soin les documents dont est saisi le Sous-Comité. Il a souligné que le Sous-Comité devra faire rapport au Comité régional sur les questions inscrites à l'ordre du jour et que cela aidera beaucoup le Comité régional dans ses activités, spécialement pour son examen du Projet de Budget Programme. Il a ensuite souhaité aux participants un agréable séjour à Brazzaville.
3. Le Président a remercié le Directeur régional et son personnel de l'excellence de l'accueil réservé aux participants.
4. Le programme de travail a été adopté à l'unanimité. Il fait l'objet de l'Appendice 2.

PROJET DE BUDGET PROGRAMME POUR L'EXERCICE 1992-1993 (document AFR/RC40/2)

Présentation

5. Monsieur D. E. Miller, Directeur du Programme de Soutien, a présenté le document AFR/RC40/2 "Projet de Budget Programme pour l'exercice 1992-1993", au nom du Directeur régional. Le document reflète l'accent mis sur les activités au niveau pays. Tous les exposés sur les programmes incluent une référence très claire aux incidences budgétaires du Projet de Budget Programme.
6. L'allocation budgétaire globale pour la Région révèle un accroissement de 14,6 %, comparée à l'allocation de 1990-1992; ainsi le budget ordinaire pour l'exercice 1992-1993 s'élève à US \$137 230 000. Ce chiffre doit toutefois demeurer provisoire jusqu'à ce que les propositions de budget de l'Organisation dans son ensemble soient finalisées. Les augmentations de coûts allouées à titre provisoire par le Directeur général étaient de 11 % pour les activités de pays, et de 12 % pour les activités régionales, ce qui correspond à une augmentation moyenne des coûts de 11,4 %. Toutefois, pour les activités régionales, une augmentation au titre de l'ajustement des taux de change (voir paragraphe 7) porte l'augmentation totale à 14,6 %.
7. Le Projet de Budget Programme a été préparé en utilisant le taux de change existant au moment de l'établissement du budget (mars 1990), soit 285 Francs CFA pour un dollar des Etats-Unis. Si le cours du dollar des Etats-Unis tombe en dessous de 285 francs CFA, cette situation engendrera des difficultés dans la mise en oeuvre des programmes. D'un autre côté, si le cours s'élève au-dessus de 285 francs CFA, les gains supplémentaires pourraient être reversés à l'OMS pour aider à financer le prochain budget biennal. Toutefois, la résolution WHA39.4 permet au Bureau régional de tirer profit du mécanisme de compensation des pertes au change de l'OMS, qui compense partiellement les effets défavorables des fluctuations des taux de change. Il est prévu que ce mécanisme sera prorogé pour couvrir la période 1992-1993. Le taux de change utilisé pour le projet de budget sera examiné et, si besoin est, modifié au Siège avant que le budget général ne reçoive sa forme définitive.

8. Le budget programme régional a tenu compte de la nécessité de soutenir les composantes de la stratégie de la santé pour tous en l'an 2000 ainsi que des contraintes budgétaires actuelles. Comme pour les deux précédents bienniums, l'allocation régionale globale a été fixée avec un taux de croissance zéro en termes réels, ce qui restreint les possibilités d'activités nouvelles.

9. Les allocations totales pour chaque pays sont provisoires et soumises à la révision définitive lorsque l'ensemble de l'Organisation mettra au net son budget général.

10. Les montants prévus au budget sous la rubrique "Autres sources" sont ceux pour lesquels les financements étaient assurés ou attendus, au moment où les documents ont été préparés. Des fonds extrabudgétaires additionnels seront probablement disponibles plus près du début du biennium 1992-1993, divers organismes de financement ayant des cycles de programmation/budgétisation différents.

Analyse du programme régional

11. La présentation du Projet de Budget Programme pour l'exercice 1992-1993 met l'accent sur le choix des activités par les pays, sur la nature et la portée de l'engagement de l'OMS et sur l'utilisation des ressources en fonction des cibles et des buts des programmes sanitaires nationaux. Les exposés relatifs aux programmes régionaux ont été préparés en se fondant sur les examens et sur les analyses des exposés des pays.

Discussion

12. Il a été procédé à un examen détaillé, critique et exhaustif des différents programmes, et des explications ont été données au Sous-Comité au sujet des augmentations ou des diminutions entre les crédits affectés aux programmes en 1990-1991 et ceux de 1992-1993.

13. Pendant l'examen du Projet du Budget Programme, les questions suivantes ont été examinées.

Notes explicatives et introduction

14. Un délégué a demandé des précisions sur les augmentations "réelles", les augmentations "des dépenses" et la "croissance zéro", expressions qui apparaissent à plusieurs reprises dans le texte. Il a été expliqué que le programme d'activité de 1992-1993 était chiffré deux fois, une fois à partir des anciens facteurs de dépenses 1990-1991, et une deuxième fois à partir des nouveaux facteurs de dépenses 1992-1993, liés aux nouveaux barèmes de traitement, au nouveau prix des marchandises, etc. Le coût total du programme 1992-1993 à partir des anciens facteurs de dépenses 1990-1991 est comparé au budget approuvé pour 1991-1992 pour ce même programme. Si, sur la base de cette comparaison, le programme de 1992-1993 coûte plus cher, la différence est une augmentation réelle, s'il coûte moins cher, c'est une diminution "réelle". Si le coût est le même, on a alors une "croissance zéro". Lorsqu'on compare le coût total du programme 1992-1993, chiffré à partir des facteurs de dépenses de 1992-1993, et le coût total du même programme chiffré à partir des anciens facteurs de coût 1990-1991, si le coût établi avec les nouveaux facteurs est plus élevé, la différence est considérée comme une augmentation des dépenses. Une explication plus détaillée est donnée au paragraphe 22 de la page x du Projet de Budget Programme 1992-1993.

15. Un délégué a demandé quelle était la signification du diagramme de concentration à la page 14 (Graphique 7). On lui a expliqué qu'il s'agissait du pourcentage cumulé du budget total pour les activités dans les pays en partant du programme le plus important et en ajoutant les autres par ordre décroissant de valeur monétaire. Le diagramme indiquait que 11 grands programmes avaient reçu 90 % du budget et que, sur ces 11, les six premiers en avaient reçu 80 %. C'est un bon moyen de faire apparaître les programmes le plus souvent choisis par les pays - ce qui donne une idée des priorités.

16. A propos du tableau "Budget ordinaire par section de la résolution portant ouverture de crédits" (page 23), un délégué a demandé quelle était la signification réelle de l'expression "infrastructure des systèmes de santé" - ensemble de programme qui reçoit 46,6 % de l'ensemble du budget. Si cela signifiait "infrastructure physique", il n'était pas d'accord avec cette orientation du budget puisque la priorité devait aller aux programmes de science et technologie de la santé et non pas à des investissements dans l'"infrastructure physique".

17. Il a été précisé que, conformément au Huitième Programme général de Travail (PGT.8), la rubrique "Infrastructure des systèmes de santé" couvrait les programmes suivants : a) Appréciation de la situation sanitaire et de ses tendances; b) Organisation de systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires; c) Développement des ressources humaines pour la santé; d) Information du public et éducation pour la santé; et aussi e) les secteurs de programmes qui appuient le développement des systèmes de santé nationaux. Le programme "Développement des systèmes de santé" (page 25) est un programme d'ensemble comprenant "Appréciation de la situation sanitaire et de ses tendances" (3.1), "Processus gestionnaire pour le développement sanitaire national" (3.2), "Recherche dans le domaine des systèmes de santé" (3.3) et "Législation sanitaire" (3.4). Le terme "infrastructure" n'avait donc pas été utilisé dans le sens restrictif d'"infrastructure physique". Il a par ailleurs été précisé que l'"infrastructure physique" était incluse dans les soins de santé primaires. Enfin, on a indiqué que, puisque les Bureaux des Représentants de l'OMS appuyaient le processus gestionnaire au niveau des pays, les dépenses de fonctionnement de ces bureaux étaient incluses dans le programme "Processus gestionnaire", ce qui explique qu'il bénéficie d'un important crédit budgétaire au niveau des pays.

18. Le Directeur régional a ajouté que, pour éviter ce type de confusion terminologique dans la Région africaine, ce secteur de programme était considéré comme "Soutien aux systèmes nationaux de santé".

19. Un délégué s'est enquis des critères utilisés pour déterminer la somme allouée à chaque pays. Il a été souligné que le crédit total pour les activités dans les pays se répartissait entre les pays en fonction des paramètres suivants : population, situation sanitaire, couverture sanitaire, disponibilité de personnel, produit national brut et aussi selon qu'il s'agissait d'un pays nouvellement indépendant, d'un pays enclavé, d'un pays faisant partie de la ligne de front ou d'un pays particulièrement touché par la crise économique. Les formules utilisées pour la pondération de ces critères ont été établies en 1979 par un groupe d'experts désigné par le Comité régional. Le Sous-Comité a recommandé que le Comité régional prie le Directeur régional d'étudier les critères et les formules qui sont appliqués depuis 10 ans et de prendre les mesures appropriées en se fondant sur cette étude.

Analyse du budget par programme

Gestion informatique (ISS) - Programme 2.6

20. On a dit que le programme 2.6 (Gestion informatique) était une initiative heureuse de l'OMS destinée à aider les pays dans le domaine des systèmes d'information sanitaire grâce à l'informatisation.

Processus gestionnaire pour le développement sanitaire national (MPN) - Programme 3.2

21. A propos de ce programme, le Président a demandé comment étaient établis les buts de ce programme, notamment le but ii) : "Au moins 70 % des pays auront mis en oeuvre aux niveaux local, intermédiaire et central, le cadre gestionnaire contenu dans le scénario du développement sanitaire en trois phases". Il souhaitait savoir où en était la mise en oeuvre du programme.

22. Le Secrétariat a précisé qu'au moment de l'établissement du document budgétaire, on estimait que 50 % des districts de la Région étaient opérationnels. Il a également indiqué que la mise en oeuvre du scénario avait été examinée au Comité régional en 1987 (niveau du district), en 1988 (niveau intermédiaire) et en 1989 (niveau central). A la suite de ces discussions, il avait été décidé d'améliorer les critères d'opérationnalité des districts et de fixer des critères pour d'autres niveaux du système de santé. Un consultant a été recruté à cette fin et son rapport contient des propositions qui sont en cours d'examen.

Législation sanitaire (HLE) - Programme 3.4

23. Il a été précisé qu'au titre du programme 3.4 (Législation sanitaire), l'OMS pouvait donner aux pays des avis d'ordre juridique sur l'élaboration d'une législation sanitaire et les informer lorsqu'il existait déjà une législation sur certains sujets. Il a été souligné que les stratégies de la santé pour tous exigeaient parfois une série de mesures législatives que ce programme pouvait aider à prendre. Le programme concerne aussi la législation sur le SIDA, sur les médicaments essentiels, sur l'abus des drogues et sur la protection de l'environnement.

Organisation de systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires - Programme 4

24. A propos de ce programme, le Président s'est étonné du fait que l'allocation budgétaire proposée accusait une augmentation de 6,5 % seulement au niveau des pays et de 30 % au niveau régional. Ce programme étant essentiellement destiné à être mis en oeuvre au niveau local, les activités régionales ne devraient pas, selon lui, primer sur les activités dans les pays.

25. L'Administrateur du Budget et des Finances (BFO) a précisé que ces chiffres donnaient lieu à des malentendus parce que l'importante augmentation en pourcentage au niveau régional venait de ce que le crédit pour 1990-1991 était très faible. Etant donné que le crédit budgétaire pour les activités au niveau des pays était de plus de US \$8 millions en 1990-1991, une augmentation d'environ US \$600 000 ne représentait que 6,5 %.

26. Le Directeur régional a, d'autre part, expliqué qu'une partie importante des activités SSP était couverte par le programme "Développement d'ensemble des programmes" (GPD) de sorte que, dans le cadre de l'allocation pour chaque pays, il fallait ajouter les montants alloués à GPD à ceux des SSP pour avoir une idée des activités de l'OMS dans ce secteur.

Développement des ressources humaines pour la santé (HMD) - Programme 5

27. Pour 1992-1993, le programme a mis l'accent sur l'information destinée aux pays, l'assistance technique, la formation et le soutien matériel aux pays et aux institutions.

28. Le Directeur régional a appelé l'attention des délégués sur la nécessité d'une utilisation plus rationnelle des bourses afin d'accélérer les progrès dans la voie de la santé pour tous (SPT). Il est essentiel d'assurer une corrélation plus étroite entre les priorités retenues et les demandes de bourse. Il est devenu nécessaire d'instituer un système logique de gestion des bourses. Un fonctionnaire nouvellement recruté sera spécialement responsable, au niveau du Bureau régional, de l'amélioration de la gestion du programme de bourse de l'Organisation.

29. Un délégué a souligné que la formation des gestionnaires restait inadéquate. On a fait observer que l'OMS procédait à des investissements considérables pour financer des efforts dans ce domaine, notamment en appuyant des centres de formation tels que ceux de Yaba (Nigéria), Lomé (Togo) et Maputo (Mozambique) dont les programmes font une large place à la formation de gestionnaires. En outre, depuis des années, l'Organisation favorise le renforcement de la formation de gestionnaires dans les programmes des écoles de sciences de la santé.

Information du public et Education pour la Santé (IEH) - Programme 6

30. Ce programme revêt une importance capitale dans la stratégie de la SPT basée sur les SSP. L'objectif général pour 1992-1993 est de renforcer l'IEH dans le cadre du scénario africain de développement sanitaire. Un appui sera donné aux pays membres dans les domaines suivants :

- formation du personnel en IEH;
- planification, mise en oeuvre, suivi et évaluation des programmes IEH axés surtout sur le district.

31. La collaboration multisectorielle, surtout avec les médias, les organisations de femmes et de jeunes, et les ONG reste une des stratégies de pointe à renforcer en matière d'IEH. La production d'un matériel didactique adapté et l'usage des moyens traditionnels de communication sont des domaines prioritaires.

32. Sur le plan budgétaire, on note un accroissement de 19,8 % consenti sur le plan régional, mais une baisse de 51,2 % dans le budget pays. Ceci ne reflète pas cependant un manque d'intérêt de la part des pays dans les activités IEH, mais plutôt une prise de conscience du fait que l'IEH est une activité multisectorielle qui bénéficie du soutien de sources telles que l'éducation nationale, les ONG, la jeunesse, les sports, etc.

Promotion et développement de la recherche (RPD) - Programme 7

33. Au cours de l'examen du programme 7 - Promotion et Développement de la Recherche - on a expliqué que la stratégie consistait à disposer d'un élément recherche dans tous les programmes techniques. Le budget prévu au titre de ce programme couvre le coût d'un fonctionnaire régional à AFRO ainsi que d'un autre dans chacune des équipes sous-régionales.

Nutrition (NUT) - Programme 8.1

34. Pendant l'examen du programme 8.1 - Nutrition, on a noté que les objectifs correspondent à ceux du programme mondial, et les activités à celles adoptées par le Comité régional dans sa résolution AFR/RC39/R4. Cela était nécessaire pour assurer un soutien technique aux pays dans le cadre de la Décennie internationale de l'Alimentation et de la Nutrition dans la Région africaine, telle qu'elle a été proposée par le Comité régional et l'équipe spéciale régionale africaine sur le développement de l'alimentation et la nutrition. Les demandes de budget des pays ont été réduites au cours de ce biennium. Toutefois, des crédits extrabudgétaires, égaux ou supérieurs aux crédits du budget ordinaire, sont actuellement réunis pour appuyer différentes activités sous-programmatiques. Le montant de ces crédits disponibles en 1992-1993 n'est donc pas encore connu.

Santé bucco-dentaire (ORH) - Programme 8.2

35. Le programme 8.2 - Santé bucco-dentaire - vise à instaurer une collaboration avec les Etats Membres en matière d'élaboration de politiques et d'activités de santé bucco-dentaire, dans le cadre du scénario de développement sanitaire africain, afin d'enrayer la détérioration rapide de la situation en accroissant la couverture de la population par des services de santé bucco-dentaire.

Tabac ou Santé (TOH) - Programme 8.4

36. Le Bureau régional continuera d'apporter son appui à l'organisation de la Journée sans Tabac et pour l'élaboration de la législation anti-tabac en vue de lutter contre le tabagisme passif dans les lieux publics fermés. Le Bureau régional, en collaboration avec le Siège, continuera à diffuser des informations sur les méfaits du tabac et des orientations à suivre pour trouver des activités de substitution à la culture du tabac.

37. Concernant le budget, aucun pays n'a retenu ce programme pour financement, mais le Bureau régional a prévu des fonds pour appuyer des efforts nationaux en matière de planification des activités d'information et de sensibilisation de la population.

Santé maternelle et infantile, planification familiale
comprise (MCH) - Programme 9.1

38. Le programme 9.1 - Santé maternelle et infantile y compris la planification familiale - reste une priorité pour la Région africaine. La preuve en est que 21 pays ont choisi ce programme pour coopérer avec l'OMS. Les pays qui n'ont pas utilisé de fonds OMS à cette fin ont disposé de ressources extrabudgétaires importantes pour la SMI/PF.

39. Il s'agira, entre autres, en se fondant sur le programme à moyen terme 1990-1995 et la mise en oeuvre du scénario de développement sanitaire 1990-1994, de procéder à une analyse quantitative et qualitative de la situation de la SMI/PF dans tous les pays de la Région, analyse devant aboutir à l'élaboration de plans nationaux d'action pour la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile, d'assurer la formation/perfectionnement du personnel de SMI/PF dans 25 % au moins des districts sanitaires, de créer et/ou renforcer les services d'orientation/recours dans 25 % au moins des districts.

Santé des adolescents (ADH) - Programme 9.2

40. On a remarqué que la santé des adolescents ne disposait pas de financements suffisants, bien que ce programme bénéficie d'une priorité non seulement au titre du programme 9.2, mais aussi au titre du programme 9.1 (SMI/PF) en relation avec les grossesses d'adolescentes, au titre du programme 8.4 (tabac ou santé), au titre du programme 13.13 (SIDA) où il y a une composante très importante d'éducation pour la santé.

Santé des personnes âgées (HEE) - Programme 9.5

41. La santé des personnes âgées a nécessité une attention particulière du fait que l'espérance de vie s'accroît dans la Région.

Protection et promotion de la santé mentale - Programme 10

42. Ce programme comprend trois sous-programmes, à savoir : 10.1 (Aspects psychosociaux et comportementaux de la promotion de la santé et du développement humain); 12.2 (Mesures de prévention et de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues); et, 10.3 (Prévention et traitement des troubles mentaux et neurologiques).

43. Un délégué a suggéré que "les jeunes" devraient être le groupe cible du programme de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues et que "Tabac ou Santé" devrait être intégré à ce groupe.

44. Le même délégué a noté que la santé mentale des jeunes mères qui ne bénéficient pas de soins pendant leur grossesse pouvait être à l'origine de troubles mentaux et neurologiques chez l'enfant. La santé maternelle et infantile est directement liée à la question des troubles neurologiques.

Approvisionnement public en eau et assainissement (CWS) - Programme 11.1

45. Un délégué a suggéré que le programme 11.1 - Approvisionnement public en eau et assainissement - consacre davantage d'attention à la gestion des déchets solides afin de compléter l'excellent travail déjà fait par l'OMS en matière de traitement des eaux usées et des effluents liquides.

46. Les participants ont suggéré qu'en fonction du pays et de son cadre institutionnel, des organes interministériels appropriés tels que des comités nationaux d'action (créés dans de nombreux pays pour la Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement), des divisions de l'hygiène du milieu au Ministère de la Santé, des conseils nationaux de l'hygiène du milieu, etc., soient appelés à coordonner les activités de gestion des risques pour la santé liés à l'environnement.

Evaluation des risques pour la santé liés aux substances chimiques potentiellement toxiques (PCS) - Programme 11.3

47. On a noté que les crédits pour le programme d'évaluation des risques pour la santé liés aux produits chimiques potentiellement toxiques étaient modiques par rapport aux besoins dans les pays. Le Secrétariat a exposé les activités menées jusqu'à présent à l'échelon régional, depuis l'inclusion de cet objectif dans le Huitième Programme général de Travail. Les deux programmes - Evaluation des risques pour la santé liés aux substances chimiques potentiellement toxiques et Lutte contre les risques pour la santé liés à l'environnement - ont été gérés par le même fonctionnaire régional. Le crédit plus important prévu pour le second programme correspond à la rémunération de

ce fonctionnaire. L'action de promotion et notamment la distribution d'une brochure d'information au cours de la trente-neuvième session du Comité régional et la collection de textes législatifs dans la Région et ailleurs pour distribution aux Etats Membres ont été réalisées. Des nationaux reçoivent une formation grâce à des bourses d'études de l'OMS. Ces efforts prennent du temps. Les activités inter pays sont actuellement prédominantes.

Sécurité des produits alimentaires (FOS) - Programme 11.5

48. Au cours de l'examen du programme 11.5 - Sécurité des produits alimentaires - on a souligné l'importance qu'il convient d'accorder aux manipulateurs de produits alimentaires et aux techniques simples de conservation de ces produits. Le Secrétariat partage ce point de vue ainsi qu'en témoigne l'inscription de la question des manipulateurs de produits alimentaires et de la vente d'aliments dans les rues au programme d'un atelier. Des informations sur les méthodes et les techniques de conservation des produits alimentaires seront recueillies afin d'être diffusées dans la Région. Un membre a proposé un accroissement du budget régional relatif à ce programme afin d'aider les pays à participer aux réunions du Codex Alimentarius. Le Secrétariat a suggéré que cette participation soit financée par les budgets de pays.

Technologie clinique, radiologique et de laboratoire (CLR) - Programme 12.1

49. Pendant la discussion de ce programme, un membre a souhaité voir les efforts du Bureau régional porter sur :

- i) la normalisation de l'équipement et la production locale des réactifs;
- ii) la création de centres régionaux de formation.

Il est souligné que ce souhait est partagé par le Bureau régional qui a déjà :

- i) envoyé dans certains pays des experts pour les aider à élaborer des stratégies de normalisation de l'équipement; et,
- ii) commencé à mettre en place deux centres régionaux de production de réactifs immuno-diagnostiques à Ibadan et à Yaoundé;
- iii) quant aux centres régionaux de formation, des contacts sont pris pour obtenir des ressources extrabudgétaires pour mener cette activité, car le budget ordinaire est insuffisant.

Médicaments et vaccins essentiels (EDV) - Programme 12.2

50. On a fait observer que le budget régional avait été augmenté. La diminution apparente de l'allocation budgétaire au niveau pays est due au fait que les pays bénéficient d'un soutien financier direct du Siège de l'OMS et d'autres agences et organisations.

51. Le Secrétariat a informé le Sous-Comité du Programme qu'au moment où l'on préparait le document du budget, les contributions annoncées ne s'élevaient qu'à US \$33 000 pour le biennium 1990-1991 au niveau régional. Malgré tout, le Bureau régional, avec la collaboration du Siège, avait pu obtenir environ US \$470 000 pour 1990. Des négociations sont en cours pour un montant égal ou même plus élevé pour 1991 et il y a de bonnes raisons de penser qu'on disposerait de crédits plus importants qu'en 1992-1993.

52. Un délégué a fait part aux autres membres du Sous-Comité de l'expérience intéressante que son pays était en train de tenter pour adhérer au programme EDV et il s'en est félicité.

Qualité, sécurité et efficacité des médicaments et des vaccins (DSE) -
Programme 12.3

53. Le Sous-Comité a été informé des efforts déployés par AFRO pour soutenir la création et le développement de quatre laboratoires sous-régionaux de contrôle de la qualité, au Cameroun, au Ghana, au Niger et au Zimbabwe, respectivement.

54. Un membre a insisté sur le fait qu'on doit accorder la priorité absolue au programme 12.3 - Qualité des médicaments et des vaccins. Il a ajouté qu'un pays qu'il connaissait bien éprouvait de sérieuses difficultés du fait de l'existence de médicaments frelatés et inférieurs aux normes (médicaments antipaludiques et antibiotiques en particulier). Il a proposé que l'OMS facilite l'échange d'informations sur ces questions. Il a aussi dit que l'OMS pouvait aider les pays en leur transmettant des informations sur les sources de médicaments frelatés et en fournissant une assistance technique pour développer des méthodes simples de contrôle de la qualité qui pourraient être utilisées sans équipements de pointe.

Médecine traditionnelle (TRM) - Programme 12.4

55. A la lecture du document distribué, un participant a voulu savoir si le message à transmettre aux pays était "l'intégration" de la médecine traditionnelle à la médecine moderne. En réponse, il lui a été dit que les experts de la Région estimaient que le terme "intégration" portait à confusion; à leur avis, cela veut dire que la médecine traditionnelle est un maillon du système sanitaire national, au même titre que la médecine moderne.

56. Le Sous-Comité a aussi été informé que le Directeur régional était tout à fait en faveur de la recherche sur les plantes médicinales et que, quel que soit l'aspect de la médecine traditionnelle retenu par un pays, une législation serait nécessaire à cet égard.

Réadaptation (RHB) - Programme 12.5

57. Les activités de l'OMS sur le programme 12.5 - Réadaptation - s'orientent vers la promotion de la RBC (réadaptation à base communautaire) au niveau national, l'identification des situations et l'élaboration des programmes nationaux de réadaptation intégrés aux SSP.

Lutte contre la maladie - Programme 13

58. La lutte contre la maladie est l'un des trois programmes prioritaires retenus par la Région. Des épidémies de maladies transmissibles continuent à être signalées dans beaucoup de pays de la Région africaine et il y a une recrudescence d'autres maladies, notamment le paludisme et la tuberculose. Conformément au Huitième Programme général de Travail, il y a 18 programmes repris séparément dans le document du budget programme 1992-1993. Des buts et des activités précis pour le biennium sont indiqués et suivis de tableaux budgétaires.

59. Au cours des discussions, le Sous-Comité du Programme a étudié de manière approfondie les buts et les activités proposés pour le biennium 1992-1993, en particulier pour les programmes suivants : les vaccinations, le paludisme, les autres maladies parasitaires, la recherche sur les maladies tropicales, les infections aiguës des voies respiratoires, la tuberculose et les autres maladies transmissibles.

60. Le Sous-Comité du Programme est ensuite revenu sur la question de la gravité du paludisme dans la Région africaine. Il a pris note avec satisfaction des efforts faits par le Directeur régional pour mobiliser des ressources extrabudgétaires pour le programme et a recommandé que ces efforts soient poursuivis.

61. Au sujet des autres maladies transmissibles, la discussion a porté surtout sur les aspects relatifs à l'utilisation de la vaccination pour lutter contre la fièvre jaune, la méningite méningococcique et l'hépatite B. Il a été indiqué que, dans beaucoup de pays, l'intégration du vaccin anti-amaril au programme élargi de vaccination est déjà chose faite tandis que des projets pilotes pour introduire le vaccin contre l'hépatite B dans le PEV sont en cours essentiellement pour évaluer sa faisabilité économique et pratique.

Vaccination (PEV) - Programme 13.1

62. Le programme 13.1 - Vaccination - porte sur les maladies visées par le PEV en vue de leur réduction ou de leur élimination. L'élimination du tétanos néonatal est fixée pour 1995, l'éradication de la poliomyélite pour l'an 2000, et il est prévu de réduire au moins de moitié la morbidité due à la rougeoleuse d'ici à 1995. L'accent mis auparavant sur le PEV a permis d'accroître la couverture vaccinale. A la fin de 1989, la couverture par BCG était de 60 %, celle du DTC3 de 47 %, du Polio 3 de 47 %, de l'antirougeoleux de 45 % et du TT2 de 25 %.

63. On a regretté la diminution des crédits alloués aux pays. On a fait remarquer que cela était dans une large mesure dû au fait que cinq pays n'ont pas inscrit le PEV dans leur budget.

64. Un délégué a posé une question relative aux expériences menées jusqu'à présent sur l'utilisation de réfrigérateurs alimentés à l'énergie solaire pour maintenir la chaîne de froid. On a répondu que l'utilisation des réfrigérateurs alimentés à l'énergie solaire serait évaluée par le Programme régional 1990-1991, et que l'OMS formerait des techniciens à l'occasion des deux cours qui auront lieu plus tard cette année.

65. Le Sous-Comité s'est interrogé sur la sécurité d'utilisation des injecteurs à pression en vaccination de masse compte tenu du risque de SIDA. Il a été mentionné qu'aucune indication ne permet de croire que ces injecteurs puissent transmettre le VIH, mais que des recherches sur le sujet se poursuivent. L'utilisation des seringues et aiguilles non jetables a été recommandée par le programme après stérilisation à la vapeur. On pourrait se servir d'injecteurs à pression en vaccination de masse, notamment en cas d'épidémies nécessitant la vaccination d'un grand nombre d'individus en peu de temps.

Paludisme - Programme 13.3

66. Seuls 13 pays ont affecté des fonds à la lutte contre le paludisme comme programme prioritaire pendant le biennium 1992-1993, et ceci en dépit du fait que le paludisme demeure un problème majeur de santé publique et un immense obstacle au développement socio-économique dans la Région. L'apparition et

la rapide propagation de parasites résistant aux médicaments antipaludiques ont aggravé la situation. De récentes flambées épidémiques graves survenues dans plusieurs pays, en particulier dans les zones de transmission saisonnière, rendent la situation plus urgente encore. A l'échelle mondiale, on reconnaît que le problème est important et le Directeur régional mettra tout en oeuvre pour drainer vers ce programme des fonds extrabudgétaires.

67. Une question a été soulevée concernant la recherche sur le vaccin contre le paludisme. On a expliqué que les dérivés des sporozoïtes n'avaient pas une activité antigénique aussi importante que celle à laquelle on s'attendait. On intensifie les recherches sur la variété synthétique, et on estime que quelques produits améliorés pourront être disponibles pour être testés dans les cinq années à venir.

Recherche sur les maladies tropicales (TDR) - Programme 13.5

68. La plupart des activités du programme de recherche sur les maladies tropicales (TDR) sont gérées à partir du Siège de l'OMS. Aussi n'y voit-on aucune trace dans le budget régional.

69. En juin 1990, les activités de TDR à AFRO consistaient à collaborer avec 32 centres de recherche et à offrir 283 subventions de formation à la recherche, 20 subventions destinées à des visiteurs scientifiques et 50 subventions de réinsertion. Il a été proposé qu'un crédit soit ouvert afin d'accélérer les recherches sur l'impact économique et social des maladies tropicales.

Maladies diarrhéiques (CDD) - Programme 13.6

70. En réponse à la question de savoir pourquoi il n'y avait pas de crédits au titre du budget ordinaire dans le budget régional pour le programme des maladies diarrhéiques, il a été précisé que le programme régional est financé sur des fonds extrabudgétaires, de CDD/HQ et CCCD/USAID. On s'attend à ce que ce financement soit maintenu à son niveau actuel ou à ce qu'il augmente. Seuls cinq pays ont inclus CDD dans leur budget pays.

Recherche et développement dans le domaine des vaccins (RDV) - Programme 13.12

71. Pour le programme Recherche et développement dans le domaine des vaccins, on dispose de crédits pour les programmes de soutien régional au titre du PEV (13.1) et de qualité, de sécurité et d'efficacité des médicaments et des vaccins (Programme 12.3). Les nouveaux vaccins présentant un intérêt pour la Région sont :

- i) le vaccin antirougeoleux Edmonston-Zagreb que l'on peut utiliser dès l'âge de six mois et qui est à l'essai en Gambie, au Ghana, au Sénégal et au Zaïre;
- ii) les nouvelles formulations de vaccins antipoliomyélitiques oraux qui ont aussi été mises à l'essai en Gambie.

Des laboratoires de la Région collaboreront à ces essais.

Programme mondial de lutte contre le SIDA (GPA) - Programme 13.13

72. On a fait observer que les services de contrôle du sang et de transfusion sanguine sont absolument indispensables dans la lutte contre le SIDA. Il faut en tenir compte dans la formulation et la reformulation des stratégies du programme de lutte contre le SIDA.

73. Observant la similarité qui existe entre l'épidémiologie du SIDA et celle de l'hépatite B, il a été suggéré que l'on envisage d'intégrer les mesures de prévention et de lutte relatives à ces deux maladies.

Cécité et Surdité (PBD) - Programme 13.15

74. Au sujet du programme 13.15 - Lutte contre la cécité et surdité - un délégué a proposé de le diviser en deux parties indépendantes. Le Secrétariat précise que ce programme a été retenu comme tel par le Huitième Programme général de Travail, mais qu'il n'y a pas d'inconvénient à les séparer si le besoin se faisait sentir. Il a été également noté qu'un seul pays a retenu ce programme pour financement.

Cancer (CAN) - Programme 13.16

75. Quant au programme 13.16 - Lutte contre le cancer - la question s'est posée d'intégrer dans le cadre des SSP la vaccination contre l'hépatite B, son coût étant jugé exorbitant.

76. Des exemples d'essai de vaccination à grande échelle contre l'hépatite ont été cités, notamment le projet d'immunisation contre l'hépatite B en Gambie mené en collaboration avec le Centre international de Recherche sur le Cancer   Lyon. Sur la base de l'expérience acquise dans ce domaine en Gambie, il a été décidé de conduire des expérimentations similaires au Cameroun et d'étendre ensuite le programme à d'autres pays.

Maladies cardio-vasculaires (CVD) - Programme 13.17

77. A propos du programme 13.17 - Lutte contre les maladies cardio-vasculaires - des éclaircissements ont été demandés sur les méthodes et stratégies de prévention et de lutte contre ces maladies dans la population. Le Secrétariat a indiqué, à titre d'exemple, un projet intégré en cours en Tanzanie sur la lutte contre les maladies non transmissibles, y compris les maladies cardio-vasculaires qui ont les mêmes facteurs de risque. Ce projet a pour but de prévenir et de lutter au niveau communautaire contre les maladies chroniques et dégénératives ayant les mêmes facteurs de risque comme le tabac, l'alcool, le sédentarisme et le régime alimentaire inadéquat.

78. Pour plus de précision, le Directeur régional a donné un autre exemple concernant le programme de prévention et de lutte contre les rhumatismes articulaires aigus et les cardiopathies rhumatismales au niveau des écoles pour les enfants de 5 à 15 ans au Mali, en Zambie et au Zimbabwe. Il a été également indiqué qu'une réunion est prévue l'année prochaine pour discuter de la stratégie de lutte contre les maladies chroniques dues au régime alimentaire.

Autres maladies non transmissibles (NCD) - Programme 13.18

79. S'agissant du programme 13.18 - Autres maladies non transmissibles - les membres du Sous-Comité du Programme ont demandé d'étudier les moyens d'augmenter le budget régional pour appuyer le programme de lutte contre ces maladies qui constituent un fléau en Afrique.

80. Le Directeur régional a demandé que l'on étudie les moyens de modifier ou de revoir à la hausse le budget pour appuyer les activités de ce programme et, au besoin, appuyer les activités du programme même au niveau des pays. Le Directeur régional a enfin souligné la nécessité de rechercher activement des ressources extrabudgétaires pour appuyer les activités des programmes des maladies non transmissibles en général.

Appui au plan de l'information sanitaire (HBI) - Programme 14

81. Le Sous-Comité a approuvé le programme de soutien informationnel aux pays. Il a fait observer que le Bureau régional serait, dans un proche avenir, relié par télécommunications à tous les autres bureaux de pays et qu'à ce moment-là, les chercheurs pourraient faire appel à la bibliothèque de l'OMS pour interroger les bases de données internationales sur les publications scientifiques.

Services d'appui - Programme 15

82. Le Sous-Comité a noté que les augmentations récemment apportées au barèmes des traitements et des indemnités des Nations Unies se traduisent par une progression de 20 à 25 % du coût des programmes d'appui : Personnel, Administration et Services généraux, Budget et Finances, Matériels et Fournitures destinés aux Etats Membres. L'une des principales raisons de cette progression des coûts est l'indemnité pour conditions de vie et de travail difficiles, étant donné qu'il y a dans la Région africaine de nombreux lieux d'affectation où cette indemnité est la plus forte et où les congés dans les foyers sont accordés aux membres du personnel et à leurs familles tous les ans plutôt que tous les deux ans. L'affaiblissement du franc CFA par rapport au dollar des Etats-Unis a également contribué à ces accroissements.

83. Le Sous-Comité a été informé que le système d'approvisionnement de l'OMS procédait à des achats remboursables d'une très large gamme d'articles pour des projets OMS. Il procède aussi à des achats pour des pays, comme l'y autorisent diverses résolutions de l'Assemblée de la Santé. Ces achats sont faits auprès de fournisseurs du monde entier par l'intermédiaire du Siège de l'OMS. Ils sont effectués auprès de l'UNIPAC lorsque cet organisme assure le meilleur service. L'OMS n'envisage pas de soustraire des crédits importants à ses activités programmatiques pour installer un dépôt tel que celui de l'UNIPAC.

Equipes interpays de Développement sanitaire

84. Les membres du Sous-Comité ont été informés que le poste de Directeurs des équipes interpays de développement sanitaire a été supprimé et que les équipes sont maintenant dirigées par les Représentants de l'OMS au Mali, au Burundi et au Zimbabwe, respectivement. Ces équipes sont actuellement dirigées par les Bureaux des Représentants de l'OMS. Les coûts de personnel de ces équipes sont financés par des crédits régionaux au titre des activités interpays, bien que l'aide soit intégralement destinée aux différents pays de chaque Sous-Région, ce qui apparaîtra dans les futurs documents du budget.

Conclusions concernant le Projet de Budget Programme pour l'exercice 1992-1993

85. Le Sous-Comité a exprimé sa vive déception du fait des très faibles crédits alloués à des programmes très importants tels que la Santé des adolescents (programme 9.2), la Prévention et la lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues (programme 10.2), l'Evaluation des risques pour la santé liés aux substances chimiques potentiellement toxiques (programme 11.3), la Qualité, la sûreté et l'efficacité des médicaments et des vaccins (programme 12.3), la Réadaptation (programme 12.5), la Cécité et la Surdité (programme 13.15). Le Directeur régional s'est déclaré disposé à diriger certains des crédits régionaux vers des pays pour y être utilisés dans des secteurs insuffisamment financés. Les pays devraient également réexaminer leurs programmes à la lumière des programmes ultra-prioritaires, tels que la lutte antipaludique.

86. Après un examen détaillé du document AFR/RC40/2, le Sous-Comité a approuvé le Projet de Budget Programme pour le biennium 1992-1993 et a convenu d'un projet de résolution du Comité régional priant le Directeur régional de transmettre le document au Directeur général de l'OMS pour inclusion dans le budget de l'Organisation.

UTILISATION OPTIMALE DES RESSOURCES DE L'OMS

87. Les membres du Sous-Comité ont aussi examiné le document AFR/RC40/6 intitulé : "Utilisation optimale des ressources de l'OMS - Examen de la politique du budget programme régional". Le document résume les actions entreprises par les Etats Membres et par le Directeur régional pour mettre en oeuvre la politique du budget programme régional adoptée par le Comité régional en 1986.

88. Après avoir étudié le document, le Sous-Comité a approuvé un projet de résolution du Comité régional qui, entre autres, invite les Etats Membres à poursuivre les efforts déjà déployés pour mettre en oeuvre la politique régionale en matière de budget programme, et demande au Directeur régional de faire rapport au Comité régional, tous les deux ans, sur les progrès réalisés et sur les difficultés rencontrées dans la mise en oeuvre de cette politique.

RAPPORT RELATIF A LA REUNION REGIONALE DU PROGRAMME (RPM.11 a, b, c) (document AFR/RC40/16)

89. Ce rapport a été présenté par le fonctionnaire régional pour la gestion des programmes.

90. Habituellement, la Réunion régionale du Programme a pour objectif de préparer la programmation des activités de développement sanitaire de la Région.

91. Mais, en tenant compte de l'accent particulier mis sur les districts, pierre angulaire de la mise en oeuvre des SSP selon le scénario de développement sanitaire en trois phases (RC35 Lusaka, Zambie 1985) et, dans le souci de décentraliser les activités régionales pour se rapprocher le plus des pays et recueillir ainsi un plus grand nombre d'avis autorisés sur la planification détaillée du budget programme 1990-1991, il a été décidé de procéder en trois étapes :

- i) RPM.11 a : au Bureau régional, à Brazzaville
- ii) RPM.11 b : dans les bureaux interpays de développement sanitaire, Bamako, Bujumbura, Harare
- iii) RPM.11 c : dans chaque pays de la Région.

92. Le Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS), tenu à Brazzaville du 6 au 8 février 1989 a étudié la question de la définition du district sanitaire selon la résolution AFR/RC37/R4 et s'est penché sur l'opérationnalité du district en proposant des orientations pour définir les critères d'opérationnalité objectifs et mesurables.

93. Les RPM.11 a) et b) ont apporté des clarifications sur le concept de district opérationnel et mis en évidence les relations entre les 12 indicateurs mondiaux, les 27 indicateurs régionaux et les critères d'opérationnalité des districts dans le processus de surveillance de progrès vers la SPT/2000.

94. Les objectifs des RPM.11 c) étaient les suivants :

- i) analyser la situation des districts sanitaires et déterminer leur degré d'opérationnalité;
- ii) examiner les programmes de santé du niveau intermédiaire notamment les ressources, les activités réalisées et les résultats obtenus;
- iii) examiner la planification détaillée du budget programme 1990-1991 en tenant compte des ressources, des projets prioritaires et en choisissant parmi eux les projets bancables;
- iv) promouvoir une meilleure collaboration intersectorielle.

Analyse des rapports

95. Seuls 13 pays n'ont pas pu tenir les RPM.11 c). Quatre rapports sur les 21 rapports reçus (19 %) montrent que le RPM.11 a été précédé par une enquête sur le terrain.

96. En se fondant sur les critères d'opérationnalité des districts, malgré des variations observées dans les rapports, il apparaît que plus de 53 % des districts dans 14 pays sont considérés comme étant opérationnels.

97. L'option retenue dans 19 pays sur 21 (soit 90,4 % des pays) consiste à concentrer les ressources de l'OMS sur les programmes prioritaires; cinq pays ont produit des projets bancables.

98. La collaboration intersectorielle a été envisagée d'une part sous l'approche multidisciplinaire et multisectorielle incluant les ONG, les gouvernements et les institutions spécialisées. Toutefois, on a considéré que les différences entre les politiques des divers bailleurs de fonds constituaient la principale contrainte dans l'approche qui a été choisie.

99. En conclusion, les RPM.11 sont apparues comme des outils devant permettre aux pays et à l'OMS d'examiner les progrès accomplis dans les programmes de SSP en utilisant l'expérience acquise pour mieux bâtir un budget programme réaliste qui puisse effectivement permettre l'instauration de la SPT/2000. On a remarqué que l'opérationnalité des districts était un important concept. Les critères d'appréciation choisis, tout en relevant le niveau des districts, font également apparaître les lacunes des niveaux intermédiaire et central. En comblant ces lacunes et en renforçant ces niveaux, on peut leur assurer un appui technique et stratégique.

100. Dans une large mesure enfin, ces trois RPM.11 en trois étapes mettent effectivement en pratique la décentralisation recommandée par le CCADS, en tant qu'outil efficace pour une gestion efficiente des systèmes de santé.

COMITE CONSULTATIF AFRICAÏN POUR LE DEVELOPPEMENT SANITAIRE (document AFR/RC40/7)

101. La dixième réunion du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS) s'est réunie à Brazzaville du 11 au 15 juin 1990 sous la présidence du Professeur L. Kaptue. Le Ministre de la Santé publique du Congo, Son Excellence le Dr Ossebi Douniam, le Directeur régional de l'OMS, le Dr G. L. Monekosso se sont adressés aux membres du Comité.

102. Le Comité a examiné les questions suivantes :

- i) cadre gestionnaire pour renforcer les systèmes de santé et les programmes de santé;
- ii) critères pour évaluer la capacité gestionnaire des systèmes de santé;
- iii) mobilisation de toutes les ressources humaines disponibles en faveur de la santé;
- iv) cadre de recherche pour la surveillance des progrès accomplis;
- v) la santé et les politiques de financement de la santé.

103. Au cours des discussions sur le cadre gestionnaire pour renforcer les systèmes de santé et les programmes de santé, le CCADS a examiné la matrice de développement sanitaire et a reconnu que :

- i) la mise en oeuvre et la gestion des activités sélectionnées supposent au moins trois principaux paramètres : gestion, technologie et ressources;
- ii) à chaque niveau d'un pays donné, le processus gestionnaire devrait être amélioré afin que, dans le cadre des ressources disponibles et utilisables, on puisse acquérir les meilleures technologies pour la mise en oeuvre des activités.

104. Dans le cycle gestionnaire, la planification, l'organisation, la dotation en personnel, le leadership, le contrôle (surveillance, suivi et évaluation) et la reprogrammation, le CCADS a considéré qu'il était important de garder présent à l'esprit les nombreuses relations liant ensemble l'évaluation, la formation et la recherche. Le CCADS a en outre recommandé l'intégration du processus gestionnaire des systèmes nationaux de santé et des programmes de santé dans les structures et institutions existantes.

105. Le CCADS a examiné et approuvé la sélection des trois programmes prioritaires régionaux - lutte contre la maladie, santé maternelle et familiale, planification familiale comprise, approvisionnement public en eau et salubrité de l'environnement, tout en notant l'importance croissante que revêtent la prévention des accidents et la santé des jeunes. D'autres programmes pourraient être choisis à la carte, en fonction de la situation épidémiologique économique, sociale et démographique, ainsi que d'une rétro-information appropriée et d'un cadre de surveillance et d'évaluation approprié.

106. Le CCADS a estimé qu'il était nécessaire de disposer d'un service de recherche au sein du Ministère de la Santé, en mettant l'accent sur la recherche sur les systèmes de santé (considérée comme étant une appellation plus complète que la recherche opérationnelle).

107. Enfin, les contraintes recensées dans le cadre gestionnaire comprennent : une formation insuffisante du personnel de recherche sur le terrain, un décalage entre la formation et les tâches gestionnaires, une collaboration intersectorielle insuffisante, une coordination insuffisante entre les organismes bilatéraux et les donateurs, un faible engagement communautaire et une décentralisation déficiente. L'engagement politique, le développement du leadership, la recherche sanitaire, la formation des personnels et la mobilisation sociale ont été considérés comme étant des remèdes efficaces permettant de vaincre ces contraintes.

108. Il a été recommandé que les conseils nationaux de la santé soient de composition multisectorielle et entretiennent des relations de travail avec divers services du gouvernement ainsi qu'avec les ONG au niveau central. Les membres du Comité se sont mis d'accord sur les critères d'opérationnalité.

109. Toutefois, quelques exemples concrets ont été proposés pour définir de façon plus précise quelques-uns des critères. Bien que le Comité ait accepté les approches proposées pour la mobilisation des ressources humaines au niveau du district, il a été recommandé que les enseignants et leurs étudiants ainsi que les leaders politiques et religieux soient considérés comme des partenaires dans les activités de développement communautaire. Au niveau provincial, le partenariat touche à la gestion et à l'organisation des systèmes de santé, en plus du fait de fournir des conseils techniques. Le rôle du Ministère de la Santé dans la planification, la coordination et la mobilisation des ressources pour les niveaux de la province et du district, exige d'être renforcé dans ces secteurs. De plus, il a été recommandé de renforcer la formation à la gestion et à la recherche sanitaire. On a proposé de développer la coordination de la recherche et un service de consultation dans chaque Ministère de la Santé; ce service aurait la responsabilité de définir les priorités en matière de recherche, de recenser et de suivre les projets pour soutenir les activités de recherche et d'utiliser et de diffuser les résultats de la recherche.

110. Après avoir examiné trois documents (le premier sur la promotion de la recherche, le deuxième sur la surveillance des progrès accomplis vers l'instauration de la SPT/2000, et le troisième sur les 27 indicateurs sanitaires), le Comité a souligné à nouveau l'importance de la recherche sanitaire et a proposé, entre autres choses, que les Ministères de la Santé allouent 5 % de leur budget à la recherche sanitaire.

111. Le Comité a maintenu que les 27 indicateurs jouent un rôle capital pour déterminer l'état de santé de la communauté et a demandé leur extension pour inclure les enfants de 6 à 9 ans. On a mis un certain accent sur les moyens de rendre les indicateurs plus utiles et plus pratiques. Le Sous-Comité du Programme approuve les recommandations du CCADS.

112. Le Directeur régional a signalé que 30 pays de la Région avaient commencé à appliquer les 27 indicateurs sanitaires et a poursuivi en faisant référence à l'octroi de subventions de recherche, à la création de points focaux pour la recherche, à la diffusion des résultats de la recherche et à l'utilisation des résultats de cette recherche dans la prise de décision, qui est un des moyens par lesquels la Région a l'intention de renforcer la recherche sanitaire.

113. Enfin, les membres du Comité, après avoir examiné un document de politique de la Banque mondiale relatif à la santé, a réaffirmé que les pays d'Afrique étaient conscients de leurs responsabilités en matière de gestion du secteur santé et a demandé qu'on entreprenne des actions de coopération dans le cadre du scénario du développement sanitaire africain mis en oeuvre par les pays.

114. Après cette présentation, il n'y a pas eu de discussion; le rapport a donc été unanimement adopté.

PREPARATION ET INTERVENTION AUX URGENCES LIEES AUX CATASTROPHES
NATURELLES ET AUX EPIDEMIES EN AFRIQUE (document AFR/RC40/8 Rév.1)

115. Le rapport du Directeur régional sur la préparation aux urgences, et notamment aux catastrophes naturelles et aux épidémies en Afrique (document AFR/RC40/8 Rév.1) a été présenté par le Dr Calvani (Secrétariat).

116. En 1987-1988, l'Afrique a été frappée par diverses catastrophes naturelles et des épidémies qui ont touché plus de 100 millions de personnes. La déclaration des Nations Unies sur la Décennie internationale pour la Réduction des Catastrophes naturelles (1990-2000) vise à attirer l'attention internationale sur ces problèmes et à améliorer la capacité des Etats à les résoudre. Les gouvernements des Etats Membres devront jouer un rôle de premier plan dans la gestion et la réduction des catastrophes naturelles et des épidémies en sollicitant les ressources des Nations Unies et de l'ensemble des nations quant à la prévention, la détection et la prise en charge de situations d'urgence et enfin quant à la préparation en vue de ces catastrophes. Le rôle du programme OMS de préparation et d'intervention aux urgences est de guider et de soutenir les Etats Membres afin qu'ils puissent s'occuper spécifiquement des aspects sanitaires des situations d'urgence grâce au développement des programmes de préparation et d'organisation de la prise en charge des situations d'urgences en vue d'une atténuation de leurs effets néfastes.

117. Pendant une brève discussion, les membres du Sous-Comité ont aussi proposé quelques modifications qui ont été introduites dans la version finale du document et ont soutenu le projet de résolution sur ce sujet, pour présentation au Comité régional.

CONCLUSION

118. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni du 3 au 4 septembre 1990 à Brazzaville, avant la quarantième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, et a concentré son attention sur cinq principaux sujets traitant du renforcement du développement sanitaire dans la Région africaine. Le Sous-Comité s'est félicité du travail accompli par le Directeur régional et par son personnel et a fait un certain nombre de recommandations qui doivent être examinées par le Comité régional.

APPENDICE 1

LISTE DES PARTICIPANTS

KENYA

Dr J. Otete
Senior Deputy Director of Medical Service
Ministry of Health
P.O. Box 30016
Nairobi

LESOTHO

Mrs M. K. Matsau
Chief Health Planner
Health Planning & Statistics Unit
Ministry of Health
P.O. Box 514
Maseru

MALI

Dr Zakaria Maiga
Conseiller technique
Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales
Bamako

MAURITANIE

Dr Dah Ould Cheikh
Directeur Hygiène et Protection sanitaire
Ministère de la Santé et des Affaires sociales
B.P. 4701
Nouakchott

MAURICE

Mr S. Subramanien
Principal Secretary, Ministry of Health
Port-Louis

MOZAMBIQUE

M. L. Chomera
Director Nacional Adjunto de Saúde
Ministério da Saúde
C.P. 264
Maputo

Appendice 1

NIGER

M. Abdoulaye Sabbou Maiga
Secrétaire général adjoint du Ministère de la Santé publique
B.P. 623
Niamey

NIGERIA

Dr G. A. Williams
Director of Disease Control and International Health
Federal Ministry of Health
New Secretariat, Phase II
Ikoyi/Lagos

RWANDA

Dr J. P. Kanyamupira
Directeur général de la Santé
B.P. 84
Kigali

SENEGAL

Dr Fodé Diouf
Conseiller technique du Ministre de la Santé publique et
de l'Action sociale
Dakar

SEYCHELLES

Mrs M. Pragassen
Director General (PHC)
Ministry of Health
P.O. Box 52
Mahé

Appendice 1

SECRETARIAT

Dr G. L. Monekosso
Directeur régional

Dr Madiou Touré (DPM)
Directeur, Management du Programme

Dr C. Tiny (CRD)
Conseiller du Directeur régional

M. D. E. Miller (DSP)
Directeur, Programme de Soutien

Dr H. Martins (PM1)
Chef de Programme, Appui aux Systèmes de Santé nationaux

Prof. P. O. Chuke (PM2)
Chef de Programme, Protection et Promotion de la Santé en général

Dr D. Barakamfitye (PM3)
Chef de Programme, Prévention et Lutte contre la Maladie

Dr F. K. Wurapa
Fonctionnaire régional (CDF)

Dr K. V. Bailey (NUT)
Fonctionnaire régional (NUT)

M. W. D. Chelemu (EDV)
Fonctionnaire régional (EDV)

Mr C. N. Kaul
Administrateur du Budget et des Finances a.i. (BFO)

M. A. Tounkara
Administrateur des Services administratifs (ASO)

Dr Calvani
Centre panafricain OMS de préparation et
d'intervention aux urgences
Addis Abeba

APPENDICE 2

PROGRAMME DE TRAVAIL

1. Ouverture de la réunion
2. Election du Vice-Président et du Rapporteur
- 3a. Utilisation optimale des ressources de l'OMS : Examen de la politique du budget programme régional (document AFR/RC40/6)
- 3b. Projet de Budget Programme 1992-1993 (document AFR/RC40/2)
4. Rapport relatif à la Réunion régionale du Programme (RPM.11 a, b, c) (document AFR/RC40/16)
5. Rapport du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS) (document AFR/RC40/17)
6. Préparation et intervention aux urgences liées aux catastrophes naturelles et aux épidémies en Afrique (document AFR/RC40/8 Rév.1)
7. Répartition des tâches pour la présentation au Comité régional du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC40/18)
8. Clôture de la réunion.

RAPPORT DE LA REUNION DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME
QUI A EU LIEU LE 12 SEPTEMBRE 1990

INTRODUCTION

1. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni le mercredi 12 septembre 1990 à Brazzaville, au Congo, immédiatement après la quarantième session du Comité régional. La liste des participants figure à l'Appendice 1.
2. Le Sous-Comité a élu Mme M. Pragassen (Seychelles), Vice-Président sortante comme Président, le Prof. J. Mbede (Cameroun) comme Vice-Président et le Dr I. Tejan-Jallow (Sierra Leone) comme Rapporteur. Le Président a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour la confiance qu'ils ont placé en son pays et en sa personne en l'élisant comme Président.
3. Le programme de travail a été adopté sans amendement (Appendice 2).

PARTICIPATION DES MEMBRES DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME AUX REUNIONS
PRESENTANT UN INTERET POUR LE PROGRAMME

4. Le Directeur du Programme de Soutien, a présenté le document AFR/RC40/29 qui contient entre autres deux réunions présentant un intérêt pour le programme, auxquelles doivent assister les membres du Sous-Comité du Programme pendant le biennium 1990-1991. Après examen du document, le Sous-Comité a unanimement convenu qu'il était nécessaire que les membres participent à ces réunions, conformément au tableau suivant :

Tableau

REUNIONS PRESENTANT UN INTERET POUR LE PROGRAMME,
AUXQUELLES DOIVENT ASSISTER LES MEMBRES DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME
PENDANT LE BIENNIUM 1990-1991

Intitulé, lieu et date de la réunion	Objectif	Langues	Membres participants
1. Réunions sous-régionales du Programme - Bamako - Bujumbura - Harare successivement/ simultanément en février 1991.	Modalités du soutien technique et logistique à apporter aux Etats Membres dans le cadre de leurs efforts pour assurer les prestations des soins de santé primaires en faveur de leurs populations; AFROPOC et budget programme du pays.	A/F/P	SR/I Sénégal SR/II Zaïre SR/III Souaziland
2. Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS) Brazzaville, juin 1991.	Examiner les principaux problèmes de santé, par exemple la gestion, la formation, la recherche, la politique sanitaire.	A/F/P	Seychelles

5. Le Sous-Comité du Programme a discuté du dernier plan de remplacement des membres du Sous-Comité du Programme (voir Appendice 3).

6. Les membres ont aussi demandé des éclaircissements sur le rôle des réunions sous-régionales du programme. Il a été expliqué que, en tant que membres du Sous-Comité du Programme, les membres du Comité étaient les représentants du Comité régional au cours de ces réunions. Ils ont représenté les Organes directeurs au cours de telles réunions. On a fait remarquer que, conformément au mandat du Sous-Comité, les membres du Sous-Comité devaient participer aux réunions présentant un intérêt pour le programme.

7. On a donné des éclaircissements sur le fait que c'était les Etats Membres du Comité régional qui avaient nommé le Sous-Comité du Programme et, en cette qualité, il appartenait aux Etats Membres de proposer un représentant pour assister à ces réunions. Un Etat Membre peut changer son représentant au Sous-Comité. On n'admet qu'un seul représentant par pays dans le Sous-Comité.

DATE ET LIEU DE LA PROCHAINE REUNION

8. Le Président a informé les membres du Sous-Comité que la date et le lieu de la prochaine réunion du Sous-Comité du Programme seront communiqués aux membres du Sous-Comité à l'avenir par le Secrétariat.

CLOTURE DE LA REUNION

9. Le Président a remercié les membres de leur soutien et des contributions très vivantes qu'ils ont apportées aux discussions. Elle leur a souhaité un bon voyage.

APPENDICE 1

LISTE DES PARTICIPANTS

NIGER

M. Abdoulaye Sabbou Maiga
Secrétaire général adjoint du Ministère de la Santé
Niamey

NIGERIA

Dr G. A. Williams
Director of Disease Control and International Health
Federal Ministry of Health
Ikoyi/Lagos

RWANDA

Dr J. B. Kanyamupira
Directeur général de la Santé
B.P. 84
Kigali

SAO TOME ET PRINCIPE

Dr A. Soares Marques de Lima
Director do Hospital Dr Aymes de Menezes
Sao Tome

SENEGAL*

SEYCHELLES

Mrs M. Pragassen
Director-General (PHC)
Ministry of Health
Mahe

SIERRA LEONE

Dr Ibrahim Tejan-Jalloh
Deputy Chief Medical Officer
Ministry of Health
Freetown

SOUAZILAND*

* N'a pas pu participer.

Appendice 1

TOGO*

OUGANDA

Dr E. G. N. Muzira
Director of Medical Services
Ministru of Health
Entebbe

ZAIRE

Dr Duale Sambe
Directeur du Projet Soins de Santé primaires en milieu rural (SANRU)
B.P. 3555
Kinshasa - Gombe

CAMEROUN

Prof. J. Mbede
Ministre de la Santé publique
Yaounde

APPENDICE 2

PROGRAMME DE TRAVAIL

1. Ouverture de la réunion
2. Election du Président, du Vice-Président et du Rapporteur
3. Participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions présentant un intérêt pour le programme (document AFR/RC40/29)
4. Date et lieu de la prochaine réunion
5. Clôture de la réunion.

APPENDICE 3

COMITE REGIONAL - QUARANTIEME SESSION
ROTATION DES MEMBRES DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME

Année de sélection Pays	1989	1990	1991	1992	1993	1994
	Mandat					
Algérie			1992/93			
Angola*			1992/93			
Bénin			1992/93			
Botswana						
Burkina Faso				1993/94		
Burundi				1993/94		
Cameroun**		1991/92		1993/94		
Cap-Vert				1993/94		
République centrafricaine				1993/94		
Tchad				1993/94		
Comores					1994/95	
Congo					1994/95	
Guinée équatoriale					1994/95	
Ethiopie					1994/95	
Gabon					1994/95	
Gambie					1994/95	
Ghana						1995/96
Guinée						1995/96
Guinée-Bissau						1995/96
Côte d'Ivoire						1995/96
Kenya						1995/96
Lesotho						1995/96
Libéria						(1996/97)
Madagascar						(1996/97)
Malawi						(1996/97)
Mali						(1996/97)
Mauritanie						(1996/97)
Maurice						(1996/97)
Mozambique						(1996/97)
Namibie						
Niger	1990/91					
Nigéria	1990/91					
Rwanda	1990/91					
Sao Tomé et Príncipe	1990/91					
Sénégal	1990/91					
Seychelles	1990/91					
Sierra Leone		1991/92				
Souaziland		1991/92				
Togo		1991/92				
Ouganda		1991/92				
République Unie de Tanzanie			1992/93			
Zaïre		1991/92				
Zambie			1992/93			
Zimbabwe			1992/93			

* L'Angola a participé aux sessions de 1978-1979 et son mandat a pris fin à la session de 1985. Son prochain mandat débutera en 1992.

** En 1979, lorsque la première liste a été établie, le Cameroun y figurait sous la dénomination "United Republic of Cameroon", juste avant la "United Republic of Tanzania". Lorsque la seconde liste a été dressée en 1984, le Cameroun y apparaissait sous l'appellation "Cameroon" juste avant le Cap-Vert et, de ce fait, a perdu son tour. D'où son élection en 1990.

RAPPORT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES

Gestion des Systèmes de Santé, Cadre pour renforcer
la Gestion des Systèmes nationaux de Santé

INTRODUCTION

1. Les discussions techniques de la quarantième session du Comité régional ont eu lieu à Brazzaville, au Siège du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique le 8 septembre 1990 sur le thème "Gestion des systèmes de santé". Elles ont été présidées par le Médecin Commandant Lamine Cisse Sarr du Sénégal en remplacement de M. Martial Mboumba du Gabon, empêché.
2. Les personnes suivantes ont été désignées comme Rapporteurs :
Groupe I : Dr Juliao César (Guinée-Bissau)
Groupe II : Mme M. G. Manyeneng (Botswana)
Groupe III : Dr D. Kielem (Burkina Faso)
3. Trois groupes de travail ont été constitués :
 - i) Groupe I : Trilingue (portugais, anglais, français), qui s'est penché spécialement sur les problèmes de gestion technique au niveau intermédiaire (province/région)
 - ii) Groupe II : Anglophone qui a étudié en particulier les aspects de la gestion opérationnelle au niveau local (district).
 - iii) Groupe III : Francophone dont les travaux ont plus porté sur la gestion stratégique au niveau central.

PRESENTATION DES DOCUMENTS DE TRAVAIL

4. Les documents de travail AFR/RC40/TD/1 Rév.1 et AFR/RC40/TD/1 Add.1 ont été présentés au nom du Directeur régional par M. S. Ngalle Edimo, Fonctionnaire du Bureau régional.
5. Dans son intervention, l'orateur a tour à tour :
 - déploré les faiblesses de gestion des systèmes sanitaires faisant ainsi écho aux préoccupations de l'OMS et des Etats Membres;
 - présenté le développement sanitaire qui est la production d'une population en bonne santé grâce à des programmes de santé soutenus par une gestion sanitaire à tous les niveaux et agissant sur les variables que sont les ressources et les options technologiques;
 - rappelé le développement du système de santé dans la Région qui met l'accent sur une approche tendant à renforcer les capacités gestionnaires des pays (1990-1994) à travers les procédures et techniques de gestion (1990-1992), l'appui à la gestion par la formation (1991-1993) et la recherche opérationnelle (1992-1994);

- décrit le rôle du processus gestionnaire pour lier structures (par exemple les comités de développement et de santé, équipes de santé) et les institutions (par exemple centres et postes de santé, hôpitaux) du système national, ce qui doit déboucher sur une véritable gestion pratique, opérationnelle au niveau du district, technique au niveau intermédiaire et stratégique au niveau central avec, en toile de fond, la mobilisation sociale et la promotion de la collaboration intersectorielle et multidisciplinaire afin de combattre les contraintes liées à la crise économique et les contraintes sociales alourdies par le SIDA;
- indiqué comment les différents programmes de santé, communautaires au niveau local, prioritaires au niveau intermédiaire et nationaux au niveau central, peuvent, selon les spécificités des pays ou des régions, progressivement être complétés par les choix à la carte par niveau, dans tous les cas, la recherche d'autofinancement des activités sanitaires, la mobilisation sociale pour lutter contre les contraintes sociales ne doivent pas être négligées;
- il a enfin précisé les fonctions d'appui gestionnaire, technique et administratif des équipes OMS/pays pour soutenir effectivement la gestion, la formation et la recherche au niveau des pays. Des exemples pratiques de gestion opérationnelle, technique et stratégique ont été soulignés en rapport avec le document AFR/RC40/TD/1 Add.1 afin de stimuler les discussions de groupe et rappeler la nécessité d'actions concrètes pour passer progressivement de la médiocrité à l'excellence.

6. Faisant suite à cette présentation, un représentant a adressé au Directeur régional ses vives félicitations pour la qualité du document présenté. Se basant sur son expérience, il a donné comme informations complémentaires, les causes des lacunes dans la gestion des systèmes de santé, notamment la décentralisation sans délégation de l'autorité, la centralisation excessive, la concentration du pouvoir, la pénurie de personnels bien formés pour les postes occupés, l'absence de motivation, les salaires très bas, les fraudes, l'absence de privatisation de certaines sections des hôpitaux (blanchisserie, restauration).

7. Par des exemples précis, le Directeur régional tout en admettant la pertinence des causes des faiblesses gestionnaires énumérées, a montré comment dans la plupart des cas, une gestion rationnelle et bien comprise peut réduire et même éliminer complètement les méfaits des problèmes évoqués. Il a souhaité qu'au cours des discussions, les participants dans le même esprit s'attèlent à user différents niveaux du système de santé et proposent les approches innovatrices pour que la gestion devienne une réalité dans la pratique quotidienne de l'ensemble des équipes chargées du développement sanitaire.

8. Le Président a également félicité le Directeur régional pour la pertinence du thème "Gestion des systèmes de santé" qui vient à point nommé, les documents de travail riches d'enseignement, fouillés, clairs, précis et basés sur des exemples concrets.

9. Il a ensuite invité les participants à regagner leurs groupes respectifs suivant les indications du Guide pour les Discussions techniques AFR/RC40/TD/2.

RAPPORTS DE GROUPE

10. A la demande du Président, les Rapporteurs ont présenté respectivement la gestion opérationnelle par le Groupe II anglophone, la gestion technique par le Groupe I trilingue et la gestion stratégique par le Groupe III francophone. De ces différents rapports (voir Appendice 1), il ressort les conclusions suivantes :

10.1 GESTION OPERATIONNELLE (Groupe II)

Contraintes

- a) Méconnaissance des responsabilités des équipes de santé du district.
- b) Absence de buts, d'objectifs et de plans d'action.
- c) Sous-utilisation des mécanismes de coordination existants.
- d) Insuffisance de formation en gestion.
- e) Profil de carrière aléatoire.
- f) Insuffisance de motivation de la part des équipes de santé du district.
- g) La communauté ne participe pas pleinement dans la planification.
- h) Centralisation excessive.
- i) Insuffisance de ressources, notamment humaines et des moyens de transport.
- j) Manque de support de l'échelon supérieur.
- k) Manque de confiance réciproque entre partenaires.
- l) Conflits d'intérêt entre le gouvernement et les ONG.
- m) Pressions politiques et privées.
- n) Coordination inadéquate (y compris avec les universités)

Solutions proposées pour lever ces contraintes

- a) Mise à jour des informations relatives aux équipes de santé du district.
- b) Préparation et distribution après discussion avec la communauté et les ONG des plans d'action qui doivent être effectivement réalisés.
- c) Utilisation optimale des mécanismes de coordination à dynamiser en cas de besoin.
- d) Entreprendre la formation en gestion.
- e) Promouvoir un profil de carrière au niveau de l'équipe de santé du district.
- f) Prévoir des possibilités de motivation du personnel.

- g) Former les agents de santé villageois ainsi que les membres de la communauté qui doivent avoir l'autorité pour déterminer leurs besoins prioritaires et la manière envisagée pour la mise en oeuvre et l'évaluation de leurs programmes.
- h) Entreprendre une décentralisation progressive et bien préparée tant dans sa planification que sa programmation ainsi que les mécanismes de communication et de formation.
- i) Assurer une distribution rationnelle des ressources selon les priorités.
- j) Les niveaux supérieurs doivent être informés et apporter leur soutien au niveau opérationnel.
- k) Créer une atmosphère de tolérance, de confiance et d'acceptabilité.
- l) Promouvoir le dialogue entre le gouvernement et les ONG sur la base de la politique sanitaire du gouvernement.
- m) Importance de l'engagement politique et du consensus sur le plan de développement sanitaire du district.
- n) Renforcer le rôle du comité de développement du district pour promouvoir les activités intersectorielles et la participation communautaire.

10.2 GESTION TECHNIQUE (Groupe I)

Contraintes

- a) Faible niveau de coordination entre partenaires, notamment les ONG.
- b) Absence ou faible volonté politique pour rendre effective la décentralisation, la collaboration intersectorielle et la participation communautaire.
- c) Manque de cadre juridique.
- d) Formation en gestion limitée de la part des responsables du niveau intermédiaire.
- e) Absence parfois de structures comme celles préconisées par le scénario.
- f) Manque de technologies appropriées au niveau intermédiaire.
- g) Existence de plusieurs programmes verticaux.

Solutions proposées

- a) Promouvoir par des réunions périodiques des partenaires du développement sanitaire y compris les ONG, la collaboration et la coordination avec également la participation communautaire (les élus).
- b) Assurer la décentralisation du système de santé dans le cadre d'une décentralisation globale.

- c) Elaborer un cadre juridique comme par exemple un code de santé publique pour l'organisation du système de santé (objectifs, procédures, normes de gestion, techniques de base).
- d) Assurer la formation en gestion en vue d'accroître les compétences gestionnaires comme préalable à la décentralisation.
- e) Mettre en place des structures qui se rapprochent de celles proposées par le scénario africain de développement sanitaire et doter les comités de santé et de développement des pouvoirs effectifs.
- f) Associer les éléments techniques et gestionnaires pour que les activités des programmes bénéficient de technologies appropriées.
- g) Intégrer les programmes verticaux aux structures et institutions existantes par le biais du processus gestionnaire.

10.3 GESTION STRATEGIQUE (Groupe III)

Contraintes

- a) Manque d'implication des bénéficiaires et autres intervenants du système de santé dans le processus de planification.
- b) Objectifs souvent mal définis sans tenir compte de la pertinence, de la faisabilité, du réalisme et du contexte géo-politique et social.
- c) Absence d'un système d'information orienté vers la gestion.
- d) Allocation inadéquate des ressources humaines, matérielles et financières.
- e) Inadéquation entre le profil du personnel et l'emploi.
- f) Instabilité dans la fonction.
- g) Absence de formation continue.

Solutions proposées

- a) Promouvoir des mécanismes de concertation entre les partenaires et bénéficiaires des programmes de santé (secteurs apparentés à la santé, ONG, organismes d'aides bilatérales ou multilatérales).
- b) Le niveau intermédiaire devra traduire les politiques sanitaires en plans d'action adaptés au contexte local en tenant compte également des besoins exprimés pour soutenir techniquement les districts.
- c) Développer le système d'information en identifiant les informations utilisables pour la gestion à chaque niveau du système de santé et en mettant au point des mécanismes pour raccourcir les délais de recueil et d'exploitation des données, en ayant enfin recours aux indicateurs utiles à la gestion.

- d) Etablir des procédures de gestion des ressources humaines (y compris la motivation, la description des tâches, les mécanismes de sanction, etc.), matérielles (les fiches de contrôle, la standardisation des équipements, les fiches de supervision, etc.), financières (procédures de préparation, suivi et contrôle d'exécution du budget, systèmes de contrôle et supervision, etc.).
- e) Etablir un plan d'utilisation des ressources humaines (profil de carrière en fonction des compétences et/ou de l'expérience acquises).
- f) Procédures de gestion du personnel définissant la durée à un poste donné et le passage de la périphérie vers l'échelon central par exemple.
- g) L'une des principales fonctions du niveau intermédiaire est d'identifier les besoins en formation et d'assurer la formation continue.

11. Le débat général après la discussion des rapports de groupe a donné lieu à deux constatations : d'une part, les participants déplorent les pressions exercées par les bailleurs de fonds pour faire accepter ou bien rejeter des programmes de santé pour des raisons qui ne sont pas toujours techniques; d'autre part, ils considèrent qu'il est nécessaire pour chaque pays d'avoir une politique sanitaire appuyée par des plans d'action à partir desquels des projets valables peuvent être présentés aux bailleurs de fonds.

12. Toutefois, il est apparu que l'environnement de crise et certaines situations géo-politiques doivent mener les Ministères de la Santé à explorer tous les systèmes d'information et autres canaux utilisés par les bailleurs de fonds afin que les priorités des Etats dans le domaine de la santé soient effectivement pris en compte.

13. Les Représentants du PNUD et de l'UNICEF ont profité de l'occasion pour présenter les séquences de programmation de leurs organismes.

14. Pour la majorité des participants, bien que les discussions techniques ne fassent pas partie des travaux des Comités régionaux, il apparaît nécessaire, compte tenu de leur importance et des échanges utiles qui en résultent, qu'un temps plus long leur soit désormais accordé.

CONCLUSION

15. Avant de clôturer les discussions techniques, le Président, au nom de tous les représentants des Etats Membres, a tenu à réitérer les chaleureuses félicitations des participants au Directeur régional pour la clarté et la richesse des documents du travail qui ont permis des discussions pragmatiques, passionnantes et très utiles, ce qui de la part du Directeur régional est une preuve supplémentaire de sa disponibilité pour aider les Etats Membres à oeuvrer dans le sens d'une meilleure gestion de leurs systèmes de santé. "Il est impérieux, à l'aube de l'an 2000, de rendre nos systèmes de gestion plus efficaces et surtout plus efficaces pour être également tous présents au rendez-vous de la santé pour tous. Cette santé pour tous est à notre portée pour peu que nous fassions preuve d'imagination et d'originalité".

16. Pour le Président, les documents de travail enrichis par les discussions de groupe constituent un outil précieux pour la gestion améliorée des systèmes de santé en Afrique où le contexte de récession économique rend impérieuse la rationalisation de l'utilisation des maigres ressources existantes. "Ayant pris conscience de réels problèmes de gestion à tous les niveaux du système de santé, il nous appartient maintenant de relever le défi en prenant non une simple résolution, mais l'engagement ferme d'appliquer le processus gestionnaire tel que recommandé dans l'esprit du scénario et le concept de développement sanitaire".

17. C'est dans le même esprit que, pour terminer, le Président a recommandé l'adoption des documents AFR/RC40/TD/1 Rév.1 et AFR/RC40/TD/1 Add.1, qui ont servi de base aux discussions techniques.

APPENDICE 1

RAPPORTS DE GROUPE

GROUPE II : GESTION AU NIVEAU DU DISTRICT/AU NIVEAU LOCAL

Président : Dr E. G. N. Muzira (Ouganda)

Rapporteur : Mme W. G. Manyeneng (Botswana)

Q.3 Rôle du processus gestionnaire pour lier les structures et institutions du système de santé

Il existe au niveau du district, de la province et au niveau central, des structures qui devraient en principe favoriser la collaboration multisectorielle et assurer la gestion et la supervision du système de santé dans le cadre général du développement socio-économique. Qu'il s'agisse des comités de développement au niveau des villages, du district ou des provinces, qu'il s'agisse du conseil supérieur de la santé au niveau central, ces structures ainsi que leurs sous-comités de santé à tous les niveaux sont souvent peu efficaces.

- a) Quelles sont les causes majeures qui empêchent les liens entre ces structures et institutions ?
- b) Comment peut-on lier ces structures et institutions pour les redynamiser et en vue d'accroître leur efficacité ?
- c) Comment en faire de véritables instruments de coopération, de collaboration intersectorielle ?
- d) Comment renforcer les institutions au niveau du district pour qu'elles assurent l'appui opérationnel aux soins de santé primaires ?

Appendice 1

OBSTACLES	SOLUTIONS
1. Information insuffisante (connaissances et compréhension des responsabilités de l'équipe sanitaire de district).	Dialogue continue et mise à jour régulière de l'information.
2. Absence de directives claires.	Elaboration, diffusion et utilisation de directives.
3. Absence de buts, d'objectifs et de plans d'action clairs.	Préparation, diffusion, discussion et utilisation de plans prévoyant notamment la participation de la communauté et des ONG.
4. Absence de coordination, (les mécanismes existants ne sont pas pleinement utilisés).	Utilisation optimale des mécanismes de coordination existants, qui seront améliorés, si nécessaire.
5. Absence de formation à la gestion.	Mise au point et organisation de cours de formation à la gestion.
6. Absence de structures de carrière (il faut adapter le statut des postes à leur importance).	Les agents doivent pouvoir progresser dans la structure hiérarchique de l'équipe de santé de district, mais ils doivent aussi être expérimentés.
7. Absence de motivation et d'incitation au niveau de l'équipe de santé de district.	A relier au point 6 ci-dessus.
8. Insuffisance du soutien fourni par les niveaux supérieurs.	Les niveaux supérieurs doivent être mieux au fait de la situation au niveau opérationnel et apporter un appui plus soutenu.
9. Manque de ressources, notamment moyens de transport et personnel.	Rationalisation des ressources et allocation en fonction des plans nationaux de développement et des priorités.
10. Participation insuffisante de la communauté au processus de planification.	Formation des agents de santé et des communautés pour que celles-ci soient en mesure de définir leurs besoins prioritaires et de décider des moyens de mettre en oeuvre et d'évaluer leurs programmes.
11. Centralisation excessive.	Préparation à une décentralisation efficace - la décentralisation exige planification rigoureuse, gestion des programmes, systèmes de communication, une formation.

Appendice 1Q.4 Intégration des programmes verticaux dans les structures et institutions du service de santé

Les Etats Membres de la Région africaine de l'OMS ont choisi comme programmes prioritaires :

- a) la santé de la mère et de l'enfant, y compris la planification familiale;
- b) la lutte et la prévention contre la maladie;
- c) l'approvisionnement en eau potable et la salubrité de l'environnement.

Nous assistons, cependant, à une éclosion de projets dont le nombre ne cesse de croître dans des domaines variés, parfois en rapport avec les programmes cités ci-dessus.

En général, les activités des organisations non gouvernementales et également certains projets bilatéraux semblent échapper complètement à la planification sanitaire nationale avec comme conséquence, par exemple, l'absence de toute prévision de la prise en charge de ces projets par les institutions nationales et la surveillance de leur gestion par les structures du système de santé.

Face aux contraintes économiques et sociales que connaissent nos pays, comment intégrer l'ensemble de ces programmes et projets verticaux dans le système de santé en vue de l'utilisation plus judicieuse et efficiente de tous les moyens disponibles au plan sanitaire ?

Appendice 1

OBSTACLES	SOLUTIONS
<p>Les ONG établissent parfois des programmes sans concertation avec les responsables et les gens concernés. Le résultat en est :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) une prolifération de programmes verticaux; b) un double-emploi et un chevauchement d'activités; c) une surcharge de travail pour le personnel; d) un manque de confiance entre les ONG et une concurrence avec les pouvoirs publics; e) un gaspillage de ressources; f) un manque de continuité dans l'action. 	<p>Des points focaux de coordination doivent être désignés à tous les niveaux.</p> <p>Les ONG devraient participer activement aux diverses structures du district.</p> <p>Un dialogue permanent devrait s'instaurer entre tous les niveaux de gouvernement et les autres organisations concernées par le développement sanitaire.</p> <p>Les communautés devraient recenser leurs besoins fondamentaux, ce qui devrait constituer la base d'une planification et d'une programmation coordonnées au niveau du district.</p>

Appendice 1

Q.7 Quels sont les obstacles au développement sanitaire et comment peut-on les surmonter à tous les niveaux du système de santé ?

A. Obstacles au développement sanitaire

1. Absence de confiance mutuelle
2. Ressources insuffisantes
3. Conflits d'intérêt entre le gouvernement et les ONG
4. Pressions politiques et pressions d'intérêts privés
5. Manque de coordination (y compris avec les universités).

B. Solutions

1. Education et mobilisation des communautés pour leur permettre de participer activement au processus de prise de décision.
2. Affectation des fonds en fonction des véritables besoins prioritaires en se fondant sur une action multisectorielle efficace.
3. Volonté politique et détermination à tous les niveaux :
 - i) les scénarios de développement doivent être adaptés à chaque pays;
 - ii) une mobilisation massive des communautés est nécessaire.
4. Instauration d'un climat de tolérance, d'acceptation et de confiance.

Appendice 1

GROUPE I : GESTION AU NIVEAU INTERMEDIAIRE

Président : Dr Flávio Joao Fernandes (Angola)

Rapporteur : Dr Paulo Silva (Guinée Bissau)

Q.1 Processus gestionnaire pour le développement sanitaire

Le préalable à la mise en oeuvre du processus gestionnaire pour le développement sanitaire est l'existence d'une politique nationale de santé, c'est-à-dire un ensemble de décisions concernant les actions à engager pour l'amélioration de la santé des populations. Mais nous observons que malgré l'existence des politiques nationales de santé et même des programmes, les buts visés sont rarement atteints.

Selon vous, quelles sont les principales contraintes à la mise en oeuvre du processus gestionnaire ? Comment y remédier ?

A. Contraintes

1. Inexistence dans certains cas des structures telles que préconisées par le scénario.
2. Les systèmes institutionnels nationaux de santé ne sont pas toujours favorables à la mise en oeuvre du processus gestionnaire au niveau intermédiaire.
3. Absence/faiblesse de volonté politique notamment dans le domaine de la décentralisation, de la collaboration intersectorielle et de la participation communautaire.
4. Faible niveau de compétence gestionnaire.
5. Non disponibilité de technologies appropriées au niveau intermédiaire.
6. Allocation inadéquate des ressources.
7. Collaboration insuffisante des autres secteurs avec le secteur de la santé.
8. Inexistence/faiblesse du cadre juridique et réglementaire.
9. Faible niveau de liaison et de coordination entre les hôpitaux provinciaux et les bureaux de santé publique.
10. Caractère souvent vertical des programmes de santé.
11. Faible niveau de coordination entre les différents partenaires et notamment avec les organisations non gouvernementales (ONG).

Appendice 1B. Propositions

1. Elaborer un cadre juridique adéquat, par exemple un code de santé publique qui définirait les objectifs fondamentaux, l'organisation d'ensemble du système de santé et les procédures et normes gestionnaires et techniques de base.
2. Mettre en place les structures conformément au scénario africain de développement sanitaire.
3. Mettre en oeuvre une décentralisation du système de santé dans le cadre d'une décentralisation globale. A cet égard, il faudrait que cette décentralisation soit politique et administrative et concerne l'autorité et les ressources.
4. Développer les compétences gestionnaires comme condition de la décentralisation.
5. Définir les missions exactes des structures et des institutions et veiller à ce que les comités de développement et de santé disposent de pouvoirs effectifs.
6. Réorienter les hôpitaux provinciaux vers l'appui aux SSP et notamment :
 - i) améliorer le système d'orientation/recours par la supervision, la référence et la rétro-information; cette rétro-information devrait avoir un contenu d'évaluation et de formation du personnel à la périphérie;
 - ii) encourager le travail d'équipe et la formation en commun des professionnels des hôpitaux et des responsables de santé publique.
7. Organiser des réunions périodiques de tous les partenaires, notamment des organisations intergouvernementales (ONG), sous l'autorité des responsables politiques et sanitaires au niveau provincial.
8. Associer intimement les éléments techniques et gestionnaires des activités et des programmes.
9. Garantir la participation communautaire au niveau intermédiaire par le biais des élus des populations.
10. Etablir des relations de véritable partenariat entre pays et donateurs.
11. Prendre les mesures législatives et administratives relatives aux structures de coordination.
12. La promotion de la gestion par objectif.
13. Une promotion du système d'information pour la gestion.

Appendice 1

GROUPE III : GESTION AU NIVEAU CENTRAL

Président : Dr S. Musinde (Zaïre)
Rapporteur : Dr D. Kielem (Burkina Faso)

Q.1 Processus gestionnaire pour le développement sanitaireA. Obstacles

1. Manque d'implication des bénéficiaires et d'autres intervenants au processus de planification, ce qui limite leur participation à la mise en oeuvre.
2. Insuffisance de la conceptualisation du processus de planification.
3. Objectifs et stratégies mal définis et ne répondant pas aux différents critères : pertinence, faisabilité, réalisme, prévisions ne prennent pas en compte l'environnement politique et social.
4. Insuffisance d'analyses ou de prise en compte des données existantes, parfois absence d'un système d'information orienté vers la gestion.
5. Allocation inadéquate de ressources financières, humaines et matérielles.

L'affectation du personnel est souvent inadéquate : pas "l'homme qu'il faut à la place qu'il faut", à cela s'ajoute :

- une instabilité des responsables dans leurs postes; et
 - le personnel ne bénéficie pas d'une formation continue adéquate.
6. Pression des bailleurs de fonds qui imposent parfois des objectifs différents de ceux des pays. Cela a pour conséquence un détournement des ressources nationales des objectifs prioritaires définis par le ministère.
 7. Lenteur dans la mise en place des ressources quand elles existent.

B. Solutions

1. Mettre en place un système et des mécanismes de participation des bénéficiaires et des autres partenaires (autres secteurs, organismes internationaux, etc.) au processus de planification.
2. Développement et utilisation rationnelle des ressources humaines. Plan d'utilisation des personnels (définition et respect des profils, stabilité dans les postes, formation initiale adaptée aux besoins, formation continue).
3. Développer des systèmes de motivation qui permettent de maintenir et d'améliorer la performance du personnel conformément aux normes de prestations définies au niveau national.

Appendice 1

4. Mettre en place/renforcer le système d'information capable d'appuyer effectivement le processus gestionnaire aux différents niveaux du système de santé (définition d'indicateurs véritablement utiles à la planification et à l'évaluation).
5. Situer les structures de coordination intersectorielle à un niveau politique suffisamment élevé permettant la mise en oeuvre effective des décisions prises par le conseil supérieur de la santé.

APPENDICE 2

RESUME DES DOCUMENTS AFR/RC40/TD/1 Rév.1 ET Add.1 :
GESTION DES SYSTEMES DE SANTE, CADRE POUR RENFORCER
LA GESTION DES SYSTEMES NATIONAUX DE SANTE

Introduction

En 1978 et 1987, l'Assemblée mondiale de la Santé se montre préoccupée par les faiblesses dans la gestion des systèmes de santé et préconise l'adoption par les Etats Membres du processus gestionnaire. Dans la Région africaine, depuis la trente-sixième session du Comité régional, six résolutions ont été prises pour améliorer ou renforcer le processus gestionnaire au niveau des districts et former les responsables de la santé dans le domaine de gestion. Gestion et processus gestionnaire ont été définis (paragraphe 6 et 7) mais retenons que : "La gestion (management), c'est l'art de faire faire les choses par et pour la population". Cette définition implique à la fois l'organisation en vue d'un but à achever mais également la participation de la population comme ressource active dans la gestion et non comme simple exécutant.

Concept du développement sanitaire

Le développement sanitaire est la production d'une population en bonne santé en vue du décollage socio-économique, ce qui sous-entend que l'homme doit être le facteur primordial, le moteur et la finalité de tout développement. Mais le développement en général et le développement sanitaire en particulier requièrent des actions continues et soutenues à partir de trois variables : les ressources, les technologies et la gestion. Quel que soit le niveau où l'on se trouve dans le système de santé (niveau local, intermédiaire ou central), il convient d'utiliser au mieux les ressources disponibles afin d'acquérir les technologies appropriées pour mener à bien les programmes de santé.

Les ressources humaines, matérielles et financières varient selon les niveaux du système de santé, mais proviennent, dans la majorité des cas, du secteur santé avec, par ailleurs, des contributions faibles des autres secteurs dont les ONG et les communautés.

Les options technologiques varient en complexité du district à l'échelon central en passant par le niveau intermédiaire; elles sont parfois inadaptées.

Pour faire passer le système de santé de "la médiocrité à l'excellence", le gestionnaire qui ne peut agir ni sur les ressources allouées, ni sur le niveau où il se trouve ne dispose plus que du renforcement de la gestion pour assurer malgré tout le développement sanitaire en impliquant les structures et les institutions du niveau concerné par le recours au processus gestionnaire.

Appendice 2Développement du cycle de gestion sanitaire

En application des résolutions de la trente-huitième session du Comité régional, le développement du système de santé dans la Région pour les cinq prochaines années 1990-1994 tendra à renforcer la capacité gestionnaire des pays par les procédures et techniques de gestion (1990-1992), l'appui à la gestion par la formation (1991-1993) et la recherche opérationnelle (1992-1994). C'est pourquoi la trente-neuvième session du Comité régional a planifié les discussions techniques selon les thèmes suivants :

- Gestion des systèmes de santé : 1990
- Formation de ressources de santé : 1991
- Recherche opérationnelle : 1992.

Le diagramme de VENN (page 9 du document) montre les interrelations entre le processus de renforcement de la gestion, l'évaluation périodique, la formation continue. L'Annexe 3 montre à la fois le cycle de gestion du développement sanitaire et les cycles spécifiques de la formation continue et de la Recherche opérationnelle.

Au cours des cinq ans à venir, l'approche du cycle gestionnaire par discipline s'appliquera spécialement aux programmes de santé prioritaires : santé maternelle et infantile; prévention et lutte contre la maladie; approvisionnement en eau potable et assainissement du milieu.

Rôle du processus gestionnaire pour lier les structures et institutions du système national de santé

Le scénario africain de développement sanitaire propose un cadre décentralisé de gestion qui lie à chaque niveau les structures de gestion et les institutions de mise en oeuvre tout en assurant les interrelations entre les trois niveaux. C'est ainsi que les structures (comité de développement, équipe de santé et comité de santé ou leurs équivalents à tous les niveaux) assurent, en collaboration avec les institutions, la planification, la programmation, la budgétisation alors que les institutions (à titre d'exemple : centres de santé, postes de santé, hôpitaux ou leurs équivalents selon les niveaux) font la mise en oeuvre, la surveillance et l'évaluation avec le support des structures. Les rapports d'évaluation des institutions sont soumis aux structures pour appréciation et servent pour la reprogrammation.

Face aux contraintes socio-économiques, notamment la crise mondiale et le SIDA, la participation communautaire et la collaboration multisectorielle permettront aux structures et institutions de mener des activités tendant à surmonter ces contraintes.

Appendice 2Soutien opérationnel aux soins de santé primaires au niveau du district

C'est la gestion opérationnelle qui doit assurer la conduite de l'organisation, des programmes, au jour le jour, les gardant sur la bonne voie pour atteindre le but en faisant appel à l'information, à la gestion des ressources humaines, matérielles et financières, à la logistique, aux procédures, aux guides techniques, à la supervision, à la recherche opérationnelle, etc. Au niveau du district, l'équipe de santé doit être l'animatrice des programmes de santé en suscitant l'appui opérationnel des autres structures (comités de développement et de santé) en vue des activités effectives par les institutions (centre de santé, poste de santé, hôpital du district).

Face aux contraintes économiques, l'Initiative de Bamako et le système de financement communautaire à travers la mobilisation sociale permettront de créer localement l'autofinancement de la plupart des activités sanitaires. Pour les contraintes sociales comme le SIDA, la mobilisation sociale doit être renforcée ainsi que la collaboration intra- et intersectorielle.

Tous les trois mois, l'ensemble des rapports des comités de développement des villages du district sera produit.

Soutien technique au niveau intermédiaire

Le niveau intermédiaire est la charnière entre le niveau local et le niveau central. Il doit donc assurer les liaisons dans les deux sens. La condition préalable pour ce niveau d'apporter l'appui technique aux districts est la collaboration qui doit exister entre le bureau provincial de santé chargé de la coordination, les hôpitaux provinciaux à orienter pour soutenir les activités des SSP, et les autres secteurs apparentés (agriculture, éducation, travaux publics, etc.), qui doivent intensifier leur soutien aux programmes prioritaires de la santé. Comme au niveau opérationnel, le niveau technique a comme structures, les comités de développement et de santé ainsi que l'équipe de santé. Celle-ci, avec ses compétences, doit identifier les besoins en formation et assurer une formation adéquate pour ce niveau tout en soutenant la formation continue, notamment en gestion et recherche au niveau des districts. Le cycle gestionnaire s'applique de même que pour le niveau du district en liant structures de gestion et institutions de mise en oeuvre. L'approche multisectorielle permettra d'améliorer le financement des soins hospitaliers et de renforcer le soutien technique pour les activités de mobilisation sociale contre le SIDA en particulier. Le rapport de progrès à partir des rapports de tous les districts de la province sera établi tous les six mois.

Soutien stratégique au niveau central

A ce niveau, le cycle gestionnaire s'appliquera à l'ensemble des programmes prioritaires. Le conseil supérieur de santé aura, avec le Ministère de la Santé et l'unité de développement sanitaire, une action très importante pour favoriser la mobilisation des ressources tant nationales qu'internationales et pour créer les mécanismes de collaboration intra- et intersectorielle. Les structures de gestion stratégique assureront également la supervision et l'appui à la gestion des autres niveaux tandis que les institutions de mise en oeuvre transformeront les politiques suprasectorielles en programmes sectoriels avec participation effective, notamment des ONG et

Appendice 2

des universités à côté des institutions du Ministère de la Santé ou d'autres secteurs. La formation en gestion et en recherche mérite une attention particulière. Pour lutter contre les contraintes économiques et sociales, la solidarité nationale à travers un financement des soins de santé et la mobilisation sociale contre le SIDA sont des initiatives à promouvoir. Tous les programmes verticaux devront également être intégrés dans les structures et les institutions pour en assurer la pérennité.

Choix à la carte

En suivant les niveaux du système sanitaire, il apparaît que la gestion sera opérationnelle pour des activités de santé communautaires au niveau du district, technique pour des programmes prioritaires au niveau intermédiaire et stratégique pour des programmes nationaux au niveau central. Toutefois, à chacun de ces niveaux, il convient d'établir ou de renforcer le partenariat entre les travailleurs de la santé y compris leurs homologues d'autres secteurs et les ONG d'une part et, d'autre part, les communautés. Dans ce contexte, les programmes prioritaires pourront progressivement être complétés par les programmes à la carte qui tiennent compte des spécificités locales et des niveaux intéressés. Toutes ces activités doivent être menées en utilisant le cycle classique de gestion pour renforcer davantage le système de santé, notamment par la formation continue et la recherche opérationnelle.

Conclusion

Face aux problèmes de gestion qui ont été identifiés à tous les niveaux de nos systèmes de santé, le cadre du développement sanitaire apparaît comme une approche réaliste qui, à travers les structures et les institutions existantes, favorise la production d'une population en bonne santé dans un contexte où les ressources sont limitées mais peuvent être progressivement mieux utilisées grâce à l'acquisition, à chaque niveau du système, des technologies réellement appropriées. L'évaluation périodique, la formation continue et la recherche opérationnelle constituent les éléments clés pour renforcer la gestion. Pour passer progressivement de la médiocrité à l'excellence, le cycle gestionnaire avec approche par discipline nous mènera à intensifier, au cours des cinq prochaines années, nos efforts sur la gestion, la formation et la recherche tant pour les programmes prioritaires que pour les choix à la carte qui apparaîtront par niveau selon les besoins spécifiques de chaque pays.

L'OMS, en renforçant les équipes pays dans les domaines administratifs, soins de santé primaires et gestion, entend apporter un soutien effectif à la gestion, à la formation et à la recherche pour la mobilisation en faveur de la santé, les activités de développement sanitaire et la surveillance des progrès. Aucun effort ne devra être négligé à tous les niveaux pour combattre les contraintes économiques et sociales.

ORDRE DU JOUR PROVISOIRE DE LA QUARANTE ET UNIEME
SESSION DU COMITE REGIONAL

1. Ouverture de la quarante et unième session
2. Adoption de l'ordre du jour provisoire
3. Constitution du Sous-Comité des Désignations
4. Election du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs
5. Désignations du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
6. Activités de l'OMS dans la Région africaine
 - 6.1 Rapport biennal du Directeur régional
 - 6.2 Rapport d'activités du programme élargi de vaccination : Réalisations et défis pour les années 1990
 - 6.3 Programme d'éradication de la dracunculose (ver de Guinée) dans la Région africaine de l'OMS : progrès réalisés
 - 6.4 Infection aiguë des voies respiratoires : programme de lutte pour les années 1990 et rapport de situation
 - 6.5 Rapport d'activités de la Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement dans la Région africaine de l'OMS
 - 6.6 Rapport sur la deuxième évaluation de la mise en oeuvre de la stratégie de SPT/2000 dans la Région africaine
 - 6.7 Activités relatives aux soins infirmiers et obstétriques dans le cadre de la stratégie des soins de santé primaires
 - 6.8 Gestion du soutien à l'information en faveur du système de santé du district
7. Corrélations entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé :
 - 7.1 Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et par le Conseil exécutif : Rapport du Directeur régional
 - 7.2 Ordre du jour de la quatre-vingt-neuvième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé : Incidences régionales
 - 7.3 Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé (Décision WHA40(10))
 - 7.4 Discussions techniques à la Quarante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé

8. Examen du rapport du Sous-Comité du Programme
 - 8.1 Rapport du Prix du Dr Comlan A. A. Quenum de Santé publique en Afrique
 - 8.2 Rapport de la Réunion régionale du Programme
 - 8.3 Rapport du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS)
9. Discussions techniques "Recherche sur les systèmes de santé"
 - 9.1 Présentation du rapport des discussions techniques
 - 9.2 Désignation du Président et du Président suppléant des discussions techniques pour 1992
 - 9.3 Choix du sujet des discussions techniques pour 1992
10. Dates et lieux des quarante-troisième et quarante-quatrième sessions du Comité régional pour 1993 et 1994
11. Adoption du rapport du Comité régional
12. Clôture de la quarante et unième session.

LISTE DES DOCUMENTS

- AFR/RC40/INF/01 - Ouverture de la quarantième session
- AFR/RC40/1 Rév.1 - Ordre du jour provisoire
- AFR/RC40/2 - Projet de Budget Programme 1992-1993
- AFR/RC40/2 Corr.1 & 2
AFR/RC40/2 Add.1 - Sigles des programmes
- AFR/RC40/3 - Activités de l'OMS dans la Région africaine en 1989 : Rapport succinct du Directeur régional
- AFR/RC40/3 Add.1 - Prévention et lutte contre le SIDA dans la Région africaine
- AFR/RC40/4 Rév.1 et
AFR/RC40/4 Corr.1 - Santé maternelle et infantile : Survie de l'enfant dans la Région africaine et maternité sans risque
- AFR/RC40/5 - Examen du programme de lutte contre le SIDA
- AFR/RC40/6 - Utilisation optimale des ressources de l'OMS : Examen de la politique du budget programme régional
- AFR/RC40/7 et
AFR/RC40/7 Corr.1 - Examen du programme de lutte contre la tuberculose
- AFR/RC40/8 Rév.1 - Préparation et intervention aux urgences liées aux catastrophes naturelles et aux épidémies en Afrique
- AFR/RC40/9 et
AFR/RC40/9 Corr.1 - Examen du programme de médecine traditionnelle
- AFR/RC40/10
AFR/RC40/10 Corr.1 & 2 - Soins de santé mentale communautaires fondés sur l'approche du système de santé du district en Afrique
- AFR/RC40/11 et
AFR/RC40/11 Add.1 & 2 - Rapport du Directeur régional sur les modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif
- AFR/RC40/12 - Incidences régionales des ordres du jour de la quatre-vingt-cinquième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé
- AFR/RC40/13 et
AFR/RC40/13 Corr.1 - Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé

-
- AFR/RC40/14 - Discussions techniques à la Quarante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé
 - AFR/RC40/15 et AFR/RC40/15 Add.1 - Discussion de la résolution 44/211 de l'Assemblée et générale des Nations Unies
 - AFR/RC40/16 - Rapport des Réunions régionales du Programme (RPM 11 a, b, c)
 - AFR/RC40/17 - Rapport du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS)
 - AFR/RC40/18 - Rapport du Sous-Comité du Programme
 - AFRRC40/19 - Présentation du rapport des discussions techniques : "Gestion des Systèmes de Santé, Cadre pour renforcer la Gestion des Systèmes nationaux de Santé"
 - AFR/RC40/20 - Choix du sujet des discussions techniques pour 1991
 - AFR/RC40/21 - Proposition de la candidature du Président des discussions techniques en 1991
 - AFR/RC40/22 - Dates et lieux des quarante et unième et quarante-deuxième sessions du Comité régional pour 1991 et 1992
 - AFR/RC40/23 - Rapport du Comité régional
 - AFR/RC40/24 - Lutte contre l'onchocercose dans la Région africaine
 - AFR/RC40/25 - Répartition par pays des fonctions exercées au cours des Comités régionaux précédents
 - AFR/RC40/26 - Liste des participants
 - AFR/RC40/27 Rév.1 - Programme de travail du Sous-Comité du Programme
 - AFR/RC40/28 - Rapport de la seconde réunion du Sous-Comité du Programme qui a eu lieu le 12 septembre 1990
 - AFR/RC40/29 - Participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique - 1990-1991
 - AFR/RC40/TD/1 Rév.1
AFR/RC40/TD/1 Add.1
AFR/RC40/TD/1 Corr.1 - Discussions techniques : "Gestion des systèmes de santé, Cadre pour renforcer la gestion des nationaux de santé"
 - AFR/RC40/TD/2 - Guide pour les discussions techniques
 - AFR/RC40/INF.DOC/1 - Progrès réalisés vers l'éradication de la dracunculose dans la Région africaine d'ici 1995

-
- AFR/RC40/INF.DOC/2 - Séminaire-atelier international sur la formation en santé publique dans la Région africaine
- AFR/RC40/INF.DOC/3 - Mise en oeuvre de scénario africain de développement sanitaire - Les Equipes OMS/Pays - SPT/2000 : Cadre conceptuel, composition et fonctionnement
- AFR/RC40/INF.DOC/4 - Prix du Docteur Comlan A. A. Quenum de Santé publique en Afrique - Attribution du Prix de 1991
- AFR/RC40/INF.DOC/5 - Deuxième évaluation des stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000 - Activités et calendrier
- AFR/RC40/INF.DOC/6 (a) - Médecine traditionnelle et SIDA : Relever le défi
- AFR/RC40/INF.DOC/6 (b) - Examen du programme de médecine traditionnelle - Exposé introductif sur la Conférence internationale des Experts des pays en développement sur les plantes médicinales
- AFR/RC40/INF.DOC/6 (c) - Rapport de la Conférence internationale d'Experts des pays en développement sur les plantes médicinales
- AFR/RC40/INF.DOC/7 - Amendements aux Articles 24 et 25 de la Constitution de l'OMS
- AFR/RC40/Conf.Doc/1 - Allocution de Son Excellence le Ministre de la Santé du Niger, le Médecin Lieutenant-Colonel Ousmane Gazéré, Président de la trente-neuvième session du Comité régional
- AFR/RC40/Conf.Doc/2 - Allocution du Dr G. L. Monekosso, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique
- AFR/RC40/Conf.Doc/3 - Message de Son Excellence M. Salim Ahmed Salim, Secrétaire général de l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA)
- AFR/RC40/Conf.Doc/4 - Allocution du Dr F. J. C. Cambournac, Premier Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique
- AFR/RC40/Conf.Doc/5 - Allocution d'ouverture de Son Excellence le Général d'Armée Denis Sassou Nguesso, Président du Comité Central du Parti Congolais du Travail, Président de la République et Chef du Gouvernement
- AFR/RC40/Conf.Doc/6 - Déclaration du Dr Hiroshi Nakajima, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé
- AFR/RC40/WP/01 - Rapport du Sous-Comité des Désignations
- AFR/RC40/SCC/3 Rév.2 - Deuxième rapport du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs

