

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
BUREAU RÉGIONAL DE L'AFRIQUE



TRENTE ET UNIÈME SESSION
DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE
TENUE À ACCRA, RÉPUBLIQUE DU GHANA
DU 16 AU 23 SEPTEMBRE 1981

RAPPORT FINAL

TABLE DES MATIERES

PARTIE I

	<u>Page</u>
DECISIONS DE PROCEDURE	1
1. Constitution 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	1
4. Vérification des Pouvoirs	2
5. Sélection de candidats pour l'attribution de la bourse de la Fondation Jacques Parisot	2
6. Incidences régionales de l'ordre du jour de la soixante-neuvième session du Conseil exécutif et de la Trente-Cinquième session de l'Assemblée mondiale de la Santé	3
7. Discussions techniques à la Trente-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé	3
8. Visites des responsables des Etats Membres dans d'autres pays de la Région .	3
9. Thèmes à étudier en 1982 par les Groupes de Travail CTPD	4
10. Renouvellement du Comité permanent CTPD	4
11. Désignation du Président des discussions techniques pour 1982	5
12. Choix du sujet des discussions techniques pour 1983	5
13. Dates et lieux des trente-deuxième et trente-troisième sessions du Comité régional	5
RESOLUTIONS	6
AFR/RC31/R1 Allocution d'ouverture du Docteur Comlan A. A. Quenum, Directeur régional, à la trente et unième session du Comité régional de l'Afrique	6
AFR/RC31/R2 Allocution du Docteur H. Mahler, Directeur général	6
AFR/RC31/R3 Activités de l'OMS dans la Région africaine - Rapport biennal 1979-1980 du Directeur régional	7
AFR/RC31/R4 Indicateurs pour la planification, la gestion et l'évaluation des services de santé	8
AFR/RC31/R5 Développement et coordination de la recherche biomédicale et sur les services de santé	9

AFR/RC31/R6	Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif	10
AFR/RC31/R7	Surveillance de la politique et de la stratégie en matière de budget programme : modifications au Budget Programme 1982-1983	10
AFR/RC31/R8	Rapport sur la participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique	11
AFR/RC31/R9	Coopération technique entre pays en développement (CTPD)	12
AFR/RC31/R10	Septième Programme général de Travail pour une période déterminée 1984-1989	12
AFR/RC31/R11	Stratégie régionale de lutte antipaludique	13
AFR/RC31/R12	Programme spécial de coopération avec la République populaire d'Angola	14
AFR/RC31/R13	Motion de remerciements	16
AFR/RC31/R14	Programmes à l'horizon 1990	17

PARTIE II

	<u>Paragraphes</u>
SEANCE D'OUVERTURE	1-20
ORGANISATION DU TRAVAIL	21-26
ACTIVITES DE L'OMS 1979-1980	27-52
REUNION D'EXPERTS REGIONAUX	53-59
DEVELOPPEMENT ET COORDINATION DE LA RECHERCHE	60-72
BOURSE DE LA FONDATION JACQUES PARISOT	73-76
MODALITES DE MISE EN OEUVRE DES RESOLUTIONS D'INTERET REGIONAL ADOPTEES PAR L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE ET LE CONSEIL EXECUTIF	77-147
INCIDENCES REGIONALES DES ORDRES DU JOUR DE LA SOIXANTE-NEUVIEME SESSION DU CONSEIL EXECUTIF ET DE LA TRENTE-CINQUIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE	148-150
DISCUSSIONS TECHNIQUES A LA TRENTE-CINQUIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE	151-161
SURVEILLANCE DE L'APPLICATION DE LA POLITIQUE ET DE LA STRATEGIE EN MATIERE DU BUDGET PROGRAMME : MODIFICATION AU BUDGET PROGRAMME 1982-1983	162-166
PARTICIPATION DES MEMBRES DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME AUX REUNIONS D'INTERET PROGRAMMATIQUE	167-171

VISITES DES RESPONSABLES DES ETATS MEMBRES DANS D'AUTRES PAYS DE LA REGION	172-177
RAPPORT DU COMITE PERMANENT DE LA COOPERATION TECHNIQUE ENTRE PAYS EN DEVELOPPEMENT (CTPD)	178-199
RENOUVELLEMENT DU COMITE PERMANENT	200-201
SEPTIEME PROGRAMME GENERAL DE TRAVAIL POUR UNE PERIODE DETERMINEE 1984-1989	202-210
STRATEGIE REGIONALE DE LUTTE ANTIPALUDIQUE	211-219
RAPPORT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES 1981 : "ROLE DES PROGRAMMES AYANT 1990 COMME HORIZON POUR ATTEINDRE LA SANTE POUR TOUS EN L'AN 2000"	220-226
DESIGNATION DU PRESIDENT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES POUR 1982	227-228
CHOIX DU SUJET DES DISCUSSIONS TECHNIQUES POUR 1983	229-231
RAPPORT DU SOUS-COMITE DE VERIFICATION DES POUVOIRS	232-236
DATES ET LIEUX DES TRENTE-DEUXIEME ET TRENTE-TROISIEME SESSIONS DU COMITE REGIONAL	237-241
CONCLUSIONS	242-256

ANNEXES

	<u>Page</u>
1. Allocution d'ouverture du Docteur Comlan A. A. Quenum, Directeur régional de l'OMS	65
2. Allocution de l'Honorable M. C. Jallow, Ministre de la Santé, du Travail et des Affaires sociales de la Gambie, Président de la trentième session	76
3. Allocution de Son Excellence le Docteur Hilla Limann, Président de la République du Ghana	79
4. Allocution du Docteur H. Mahler, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé	86
5. Ordre du jour	95
6. Liste des participants	97
7. Liste des indicateurs	113
8. Ordre du jour provisoire de la trente-deuxième session du Comité régional	118
9. Rapport du Sous-Comité du Programme	120
10. Plan d'action pour la mise en oeuvre de la stratégie régionale de lutte antipaludique	142

11.	Rôle des programmes ayant 1990 pour horizon - programme élargi de vaccination, approvisionnement en eau et salubrité, lutte contre la malnutrition - pour atteindre la santé pour tous en l'an 2000 - Rapport des discussions techniques	146
12.	Liste des documents	155
13.	Sous-Comité du Programme - Rapport de la réunion du 23 septembre 1981	157

PARTIE I

DECISIONS DE PROCEDURE

1. Constitution du Sous-Comité des Désignations

Le Sous-Comité des Désignations, réuni le mercredi 16 septembre 1981, est composé des représentants des pays suivants : Cap-Vert, Tchad, Ethiopie, Gabon, Kenya, Malawi, Mozambique, Nigéria, Sénégal, Sierra Leone, Souaziland, Zambie.

Première séance, 16 septembre 1981
(AFR/RC31/WP/1)

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

Le Comité régional, après examen du rapport du Sous-Comité des Désignations, élit par acclamation :

Président : Hon. K. Ocran (Ghana)

Vice-Présidents : M. L. Coulibaly (Côte d'Ivoire)
M. Tilahun Abebe (Ethiopie)

Rapporteurs : Dr M. T. Houénassou-Houangbé (Togo)
Dr W. W. Mwambazi (Zambie)
Dr J. F. Caseiro da Rocha (Mozambique)

Rapporteurs pour les discussions techniques :

Dr N. Browne (Sierra Leone)
M. Kindé Ngassadi (Tchad)
Dr P. C. Medina (Guinée-Bissau)

Première séance, 16 septembre 1981
(AFR/RC31/WP/1)

3. Composition du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs

Le Comité régional désigne un Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs comprenant les représentants des 12 Etats Membres suivants : Angola, Bénin, Gabon, Ghana, Guinée-Bissau, Maurice, Mauritanie, São Tomé et Príncipe, Mali, Ouganda, Haute-Volta, Niger. Il a choisi comme Président le Dr M. M. Ould Hacén de la Mauritanie.

Première séance, 16 septembre 1981
(AFR/RC31/SCC/1)

4. Vérification des Pouvoirs

Le Comité régional, sur proposition du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs, reconnaît la validité des pouvoirs présentés par les représentants des Etats Membres suivants : Angola, Bénin, Botswana, Cap-Vert, République centrafricaine, Tchad, Comores, Congo, Ethiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Côte d'Ivoire, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Niger, Nigéria, Rwanda, São Tomé et Príncipe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Souaziland, Togo, Ouganda, République unie du Cameroun, Haute-Volta, Zaïre, Zambie et Zimbabwe.

Compte tenu des raisons données par leurs représentants, le Malawi et la Namibie ont été autorisés à participer aux délibérations du Comité régional, bien qu'ils n'aient pas présenté leurs pouvoirs.

Neuvième séance, 22 septembre 1981
(AFR/RC31/SCC/2)

5. Sélection de candidats pour l'attribution de la bourse de la Fondation Jacques Parisot

Le Comité a étudié les propositions des Etats Membres pour l'attribution de la quatrième bourse de la Fondation Jacques Parisot. Il approuve la procédure suivie par le Directeur régional qui a transmis au Comité consultatif africain de la Recherche médicale (CCARM), pour recommandations, les trois candidatures suivantes et les thèmes choisis :

- i) Yayehyirad Kitaw - "Place de l'auto-traitement dans l'instauration de la santé pour tous d'ici à l'an 2000";
- ii) Brehima Koumaré - "Etude épidémiologique et bactériologique des méningites à Bamako et ses environs";
- iii) H. S. M. Ushewokunze - "Guérisseurs traditionnels et leurs méthodes de traitement".

Il invite le Directeur régional à transmettre ensuite au Secrétaire du Comité de la Fondation Jacques Parisot les candidatures et les recommandations du CCARM au plus tard le 30 octobre 1981.

Cinquième séance, 18 septembre 1981

6. Incidences régionales de l'ordre du jour de la soixante-neuvième session du Conseil exécutif et de la Trente-Cinquième session de l'Assemblée mondiale de la Santé

Le Comité approuve l'ordre du jour provisoire de la trente-deuxième session du Comité régional proposé par le Directeur régional dans l'Annexe 4 du document AFR/RC31/7. Il invite le Président de la trente et unième session et le Directeur régional à aménager et à modifier l'ordre du jour provisoire susmentionné en fonction de l'évolution du programme régional. Le Comité souhaite voir figurer à l'ordre du jour de sa trente-deuxième session un point intitulé "Examen du flux international de ressources pour la stratégie régionale de la santé pour tous en l'an 2000".

Huitième séance, 21 septembre 1981

7. Discussions techniques à la Trente-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé

Le Comité prie le Directeur régional de transmettre au Directeur général le document AFR/RC31/8 et le chapitre de son rapport final intitulé "Consommation de l'alcool et problèmes liés à l'alcool". Ceci constituera la contribution régionale aux discussions techniques de la Trente-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé. Sérieusement préoccupé par ce sujet, le Comité exhorte les Etats Membres à en poursuivre l'étude selon le questionnaire en annexe du document AFR/RC31/8 afin d'être en mesure de contribuer pleinement aux discussions techniques prévues.

Sixième séance, 18 septembre 1981

8. Visites des responsables des Etats Membres dans d'autres pays de la Région

Le Comité régional a examiné d'une manière approfondie le document AFR/RC31/12 relatif aux visites d'études des responsables des Etats Membres dans d'autres pays de la Région.

Le Comité régional remercie les responsables des Etats Membres qui ont participé à ces visites. Et pour une appréciation plus objective et une exploitation plus fructueuse des résultats de ces échanges, le Comité propose que les rapports de visites d'études soient soumis à l'appréciation des responsables des pays hôtes avant leur transmission au Bureau régional. Les responsables des pays hôtes pourront, à leur convenance, soit faire connaître immédiatement aux visiteurs leurs observations sur le rapport d'études, soit faire suivre sous le couvert du Coordonnateur des Programmes OMS leurs éventuelles observations sur le rapport d'études.

Dans la mesure du possible, le Comité invite les responsables des pays visiteurs à remettre leurs rapports de visite d'études au Coordonnateur des Programmes OMS avant leur départ du pays visité.

Le Comité félicite le Directeur régional des mesures prises pour faciliter les visites d'études des responsables des Etats Membres. Il l'invite à continuer à appliquer le plan quinquennal de visite (1980-1985) avec toute la souplesse requise.

Sixième séance, 18 septembre 1981

9. Thèmes à étudier en 1982 par les Groupes de Travail CTPD

Le Comité régional félicite le Comité permanent CTPD et ses Groupes de Travail pour l'heureuse initiative prise en identifiant à l'avance les thèmes d'études et de réflexion.¹ Il approuve les thèmes suivants pour 1982 :

- i) Rapport de situation des mécanismes de mise en oeuvre de la CTPD.
- ii) Choix des mécanismes et techniques appropriés pour la gestion sanitaire dans les pays en développement.
- iii) Centres nationaux de développement sanitaire (CNDS).
- iv) Soins de santé primaires, législation sanitaire et CTPD.
- v) Approvisionnement en eau potable et assainissement.

Les autres thèmes seront étudiés par les Groupes de Travail au cours des années 1983-1984.²

Huitième séance, 21 septembre 1981

10. Renouvellement du Comité permanent CTPD

Le Comité régional a pris acte de la fin du mandat de l'Angola, de la Guinée, du Nigéria, de la Tanzanie et du Zaïre et les remercie pour leur contribution à la promotion et au développement de la CTPD.³ Il désigne les pays suivants pour remplacer les pays susmentionnés : Gambie, Guinée équatoriale, Lesotho, Malawi et Sénégal.⁴

Huitième séance, 18 septembre 1981

¹ Document AFR/RC31/13, paragraphe 42 des recommandations.

² Document AFR/RC31/13, Annexe 7.

³ Résolution AFR/RC29/R9.

⁴ Document AFR/RC31/13, paragraphe 43 des recommandations.

11. Désignation du Président des discussions techniques pour 1982

Le Comité désigne le Dr Y. O. Diagana, Mauritanie, comme Président des discussions techniques de la trente-deuxième session qui auront pour thème : "Mobilisation des collectivités en vue du développement sanitaire : approches et contraintes".

Neuvième séance, 22 septembre 1981

12. Choix du sujet des discussions techniques pour 1983

Le Comité choisit le sujet des discussions techniques suivant pour sa trente-troisième session : "Implications gestionnaires de l'approche intersectorielle et multidisciplinaire dans la mise en oeuvre des soins de santé primaires".

Neuvième séance, 22 septembre 1981

13. Dates et lieux des trente-deuxième et trente-troisième sessions du Comité régional

Le Comité décide de tenir sa trente-deuxième session à Libreville (Gabon) en septembre 1982, et sa trente-troisième session au Bureau régional, à Brazzaville (Congo) en septembre 1983. Il a pris note de l'aimable invitation du Mali pour 1986.

Neuvième séance, 22 septembre 1981

RESOLUTIONS

AFR/RC31/R1 Allocution d'ouverture du Docteur Comlan A. A. Quenum, Directeur régional, à la trente et unième session du Comité régional de l'Afrique

Le Comité régional,

Considérant la haute portée philosophique, politique et scientifique de l'allocution du Dr Comlan A. A. Quenum, lors de la séance inaugurale de la trente et unième session du Comité régional pour l'Afrique sur le thème "Quel développement sanitaire pour l'Afrique ?";

Considérant que cette allocution fait une analyse objective et critique des contraintes qui entravent encore le progrès sanitaire des Etats Membres;

Considérant que, de par sa vision prospective, cette allocution constitue une source d'inspiration pour une mise en oeuvre plus conséquente des stratégies nationales et régionale en vue de la santé pour tous en l'an 2000,

1. FELICITE le Directeur régional pour la pertinence et l'efficacité de l'analyse contenue dans son allocution;
2. ADOPTE l'allocution du Directeur régional comme document de travail;
3. DEMANDE au Bureau régional d'en assurer une large diffusion par les voies appropriées;
4. REAFFIRME au Directeur régional son soutien constant pour les efforts inlassables qu'il déploie dans le cadre de l'objectif "Santé pour tous d'ici à l'an 2000".

Huitième séance, 21 septembre 1981

AFR/RC31/R2 Allocution du Docteur H. Mahler, Directeur général

Le Comité régional,

Considérant l'allocution prononcée par le Docteur H. Mahler, Directeur général, lors de la trente et unième session du Comité régional pour l'Afrique sur le thème "Partenaires en vue de la santé pour tous";

Considérant que cette allocution met en exergue le rôle respectif des trois partenaires : gouvernements, peuples et OMS, dans la mise en oeuvre de l'engagement solennel en faveur de la santé que sont les stratégies nationales, régionales et mondiale,

1. FELICITE le Directeur général pour la lutte sans trêve qu'il mène pour plus de justice sociale en Afrique et dans le monde;

2. INVITE les Etats Membres à exercer un contrôle social dans le cadre du développement sanitaire intégré tant sur le système sanitaire national que sur la technologie adoptée;
3. PRIE le Directeur régional d'assurer une large diffusion à l'allocation du Directeur général afin de mobiliser les partenaires pour la mise en oeuvre efficace des stratégies.

Huitième séance, 21 septembre 1981

AFR/RC31/R3 Activités de l'OMS dans la Région africaine - Rapport biennal 1979-1980 du Directeur régional

Le Comité régional,

Après étude du rapport biennal 1979-1980 du Directeur régional sur les activités de l'OMS dans la Région africaine;¹

Ayant constaté la conformité du rapport avec les directives données par le Comité lors de sa vingt-cinquième session,² avec la stratégie régionale de développement sanitaire et les dispositions de la résolution WHA33.17,

1. FELICITE le Directeur régional pour les qualités de son rapport;
2. APPROUVE la présentation et le contenu dudit rapport;
3. CONSTATE avec satisfaction que les activités rapportées sont conformes aux directives des organes délibérants et à l'ensemble des orientations programmatiques pour atteindre l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000;
4. INVITE les Etats Membres à accroître leur participation aux activités du Secrétariat régional et à formuler des plans d'action détaillés pour la mise en oeuvre des stratégies nationales de développement sanitaire;
5. PRIE le Directeur régional de :
 - i) poursuivre l'analyse des expériences nationales et l'approfondissement de la réflexion programmatique avec les Etats Membres pour un développement sanitaire compatible avec les ressources des pays de la Région et intégré au développement socio-économique;

¹ Document AFR/RC31/3.

² Résolution AFR/RC25/R2.

- ii) continuer à appuyer les Mouvements de Libération nationale reconnus par l'OUA pour atténuer les effets néfastes de l'Apartheid sur la santé en attendant la libération politique, sociale et économique de l'ensemble du continent;
- iii) poursuivre la recherche de sources de financement extrabudgétaires pour les activités de développement sanitaire au niveau des pays;
- iv) promouvoir et renforcer la recherche-développement pour identifier les techniques et méthodes utiles aux soins de santé primaires et à son système de référence/orientation.

Huitième séance, 21 septembre 1981

AFR/RC31/R4 Indicateurs pour la planification, la gestion et l'évaluation des services de santé

Le Comité régional,

Considérant l'importance des indicateurs pour la planification, la gestion et l'évaluation des services de santé;

Convaincu de la nécessité de rationaliser les processus de gestion;

Appréciant l'importance d'un choix d'indicateurs pertinents pour suivre les progrès de la mise en oeuvre des stratégies nationales, régionale et mondiale en vue d'atteindre l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000;

Reconnaissant l'utilité d'indicateurs dans la distribution équitable des allocations budgétaires et d'autres ressources,

1. APPROUVE le rapport du Directeur régional et les mesures prises pour la mise en oeuvre des recommandations;
2. FELICITE les experts régionaux qui ont participé à la réunion portant sur le choix des indicateurs et approuve leur rapport;¹
3. INVITE les Etats Membres à :
 - i) appliquer les critères définis par les experts régionaux pour le choix des indicateurs;
 - ii) sélectionner un nombre limité d'indicateurs fiables pour évaluer les progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies nationales pour atteindre l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000;

¹ AFR/TRS/12.

iii) renforcer les mécanismes de collecte et de traitement des données statistiques pertinentes;

iv) promouvoir la coopération multisectorielle pour la collecte de l'information et la définition des indicateurs;

4. PRIE le Directeur régional de promouvoir des études en collaboration avec la CEA, les centres africains de recherche économique et sociale ainsi que d'autres organismes sous-régionaux pour affiner les indicateurs socio-économiques utiles au suivi des stratégies nationales, régionale et mondiale de développement.

Cinquième séance, 18 septembre 1981

AFR/RC31/R5 Développement et coordination de la recherche biomédicale et sur les services de santé

Le Comité régional,

Se référant à la résolution AFR/RC30/R5;

Après étude approfondie du rapport du Directeur régional,¹

1. APPROUVE le rapport du Directeur régional et ses recommandations;
2. FELICITE le Directeur régional pour avoir tenu compte des dispositions de la résolution AFR/RC30/R5 dans le développement du Programme régional de Recherche;
3. NOTE avec satisfaction les progrès accomplis dans le cadre des activités du Programme spécial TDR;
4. INVITE les Etats Membres à :
 - i) suivre l'exemple du Cameroun, du Nigéria et du Niger en contribuant au Fonds spécial TDR;
 - ii) promouvoir la recherche sur les services de santé en affectant des crédits à cette fin dans leur budget national de santé;
 - iii) intégrer la recherche sur la nutrition, la santé mentale et tous les autres domaines de recherche appliquée aux soins de santé primaires;

¹ Document AFR/RC31/5.

5. PRIE le Directeur régional de :
- i) prendre les mesures appropriées pour la création de l'Index Medicus africain;
 - ii) diffuser le plus largement possible le rapport de la réunion des bibliothécaires médicaux africains;
 - iii) poursuivre les efforts pour promouvoir le Programme régional de Recherche en recourant aux mécanismes de la CTPD.

Cinquième séance, 18 septembre 1981

AFR/RC31/R6 Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif

Le Comité régional,

Considérant la résolution AFR/RC30/R12;

Après étude des propositions du Directeur régional relatives aux modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,¹

1. FAIT SIENNES les propositions du Directeur régional;
2. FELICITE le Directeur régional des mesures déjà prises;
3. INVITE les Etats Membres et le Directeur régional à poursuivre la mise en oeuvre desdites résolutions;
4. DEMANDE aux Etats Membres de renforcer leur soutien effectif aux pays pour lesquels un programme spécial de coopération est établi;
5. PRIE le Directeur régional de continuer à lui rendre compte des mesures prises, pour l'exécution du plan d'action dans ses rapports biennaux d'activités.

Sixième séance, 18 septembre 1981

AFR/RC31/R7 Surveillance de la politique et de la stratégie en matière de budget programme : modifications au Budget Programme 1982-1983

Le Comité régional,

Après étude du compte rendu des principales activités rapportées dans le document sur la surveillance de la politique et de la stratégie en matière de budget programme;²

¹ Document AFR/RC31/6.

² Document AFR/RC31/10.

Considérant les modifications intervenues dans le Budget Programme 1982-1983,¹

1. CONSTATE que les modifications intervenues dans le Budget Programme 1982-1983 sont conformes aux nouvelles orientations programmatiques;
2. APPROUVE les modifications intervenues;
3. FELICITE le Sous-Comité du Programme et le Directeur régional pour les modalités de la mise en oeuvre de la politique et de la stratégie en matière de budget programme et pour la stricte surveillance qu'ils exercent.

Sixième séance, 18 septembre 1981

AFR/RC31/R8 Rapport sur la participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique

Le Comité régional,

Considérant la décision du Sous-Comité du Programme relative à la participation aux réunions programmatiques de l'OMS pour 1980-1981;²

Après étude des rapports pertinents³ et des documents AFR/E&T/141 et AFR/E&T/142,

1. FELICITE les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs rapports;
2. INVITE les Etats Membres et les institutions de formation à :
 - i) développer un réseau de centres de formation de spécialistes;
 - ii) mettre en place un réseau de centres de production et de distribution des matériels didactiques;
 - iii) intégrer les soins de santé primaires dans le cursus des études médicales et de la formation de tous les personnels de santé;
3. RAPPELLE aux Etats Membres l'intérêt de :
 - i) mettre en place ou renforcer les conseils nationaux de santé multisectoriels;
 - ii) utiliser les méthodes de gestion, développées par l'OMS, notamment celles intéressant la programmation sanitaire, les systèmes d'information et l'évaluation;

¹ Document PB/82-83

² OMS/AFRO, Rapport de la trentième session du Comité régional, Brazzaville, septembre 1980, Annexe 9, p. 128 et Décision No 8, p. 3.

³ Document AFR/RC31/11.

4. PRIE le Directeur régional d'appuyer les activités des Etats Membres dans les domaines précités et faire périodiquement rapport au Comité.

Sixième séance, 18 septembre 1981

AFR/RC31/R9 Coopération technique entre pays en développement (CTPD)

Le Comité régional,

Considérant le rapport du Comité permanent CTPD;¹

Se référant aux résolutions AFR/RC29/R9, AFR/RC30/R13, AFR/RC30/R14 et AFR/RC30/R15;

Reconnaissant que la CTPD constitue le meilleur mécanisme de mise en oeuvre conséquence de la solidarité en Afrique,

1. APPROUVE le rapport du Comité permanent CTPD;

2. INVITE les Etats Membres à :

i) mettre en oeuvre les recommandations du Comité permanent;

ii) intensifier leur soutien aux Mouvements de Libération nationale reconnus par l'OUA;

3. PRIE le Directeur régional de faciliter la mise en oeuvre des recommandations du Comité permanent;

4. REMERCIE le Directeur régional des mesures prises pour la mise en place des mécanismes devant promouvoir la CTPD dans le cadre de l'objectif "Santé pour tous d'ici à l'an 2000".

Huitième séance, 21 septembre 1981

AFR/RC31/R10 Septième Programme général de Travail pour une période déterminée 1984-1989

Le Comité régional,

Considérant les paragraphes 2 et 3 du dispositif de la résolution AFR/RC30/R10;

Après examen du document AFR/RC31/14;

Ayant pris connaissance des amendements proposés par le Comité consultatif africain de Développement sanitaire (CCADS) au cours de sa deuxième réunion de juin 1981,²

¹ Document AFR/RC31/13.

² Document AFR/PHA/202.

1. CONSTATE avec satisfaction que le Directeur général a inséré les principaux éléments de la contribution régionale dans la documentation pour la préparation du Septième Programme général de Travail;
2. APPROUVE les amendements proposés par le CCADS;
3. PRIE le Directeur régional de transmettre les amendements proposés par le CCADS au Directeur général pour être incorporés dans le document à soumettre à la soixante-neuvième session du Conseil exécutif en janvier 1982.

Huitième séance, 21 septembre 1981

AFR/RC31/R11 Stratégie régionale de lutte antipaludique

Le Comité régional,

Considérant les résolutions WHA31.35, WHA32.35 et les paragraphes 2 ii) et 3 i) du dispositif de la résolution AFR/RC30/R17;

Ayant examiné le rapport du Directeur régional sur la stratégie régionale de lutte antipaludique,

1. NOTE avec satisfaction que la majorité des pays de la Région ont fait parvenir au Directeur régional leurs stratégies nationales;
2. FELICITE le Directeur régional pour la pertinence de son rapport;
3. APPROUVE les recommandations et conclusions dudit rapport, notamment le rôle du développement des soins de santé primaires dans le traitement des malades et la protection des groupes vulnérables, la formation des personnels de santé, l'information et l'éducation du public et la participation de la communauté internationale comme clé de voûte de la stratégie régionale de développement;
4. INVITE les Etats Membres à :
 - i) formuler des plans d'action de mise en oeuvre de leur stratégie nationale;
 - ii) faire parvenir au Directeur régional leur plan d'action avant le 15 janvier 1982 pour lui permettre de planifier la mise en oeuvre de l'appui technique et financier;
 - iii) intensifier leur collaboration dans la lutte antipaludique par le biais de la CTPD;

5. PRIE le Directeur régional de :
- i) mettre en oeuvre le plan d'action régional;
 - ii) faciliter la coopération entre les pays pour la lutte antipaludique;
 - iii) stimuler et coordonner la participation financière des organisations internationales et bilatérales aux programmes nationaux de lutte antipaludique;
 - iv) collaborer avec les Etats Membres dans l'élaboration et la mise en oeuvre des plans d'action nationaux de lutte antipaludique;
 - v) poursuivre la collaboration avec les Etats Membres afin de former les personnels de santé de toutes catégories pour la lutte antipaludique en utilisant plus particulièrement les Centres interpays de Lomé et de Lagos ainsi que le Centre régional pour le Développement sanitaire de Cotonou;
 - vi) renforcer progressivement les structures techniques de l'OMS chargées de la lutte antipaludique au niveau du Bureau régional et des pays afin d'assurer la mise en oeuvre des stratégies nationales de lutte contre le paludisme de façon plus complète, dynamique et efficace;
 - vii) faire connaître, en les diffusant, les résultats des travaux scientifiques réalisés dans ce domaine;
 - viii) faire rapport périodiquement au Comité régional.

Huitième séance, 21 septembre 1981

AFR/RC31/R12 Programme spécial de coopération avec la République populaire d'Angola

Le Comité régional,

Se fondant sur les résolutions pertinentes de l'Assemblée mondiale de la Santé¹ et du Comité régional;²

Considérant les actes d'agression continuelle perpétrés par le régime de la minorité raciste d'Afrique du Sud contre les pays de la Ligne de front;

Considérant la récente invasion armée et de grande envergure de la République populaire d'Angola dont une partie du territoire national est occupée par les hordes barbares de l'Afrique du Sud;

¹ Résolutions WHA29.23, WHA31.52, WHA32.20, WHA34.31 et WHA34.34.

² Résolutions AFR/RC29/R8 et AFR/RC30/R14.

Considérant le climat de terreur, d'instabilité et d'insécurité qui prévaut parmi les populations des zones attaquées, climat qui compromet les programmes de santé ainsi que les efforts de la République populaire d'Angola pour mettre en oeuvre la stratégie visant à l'instauration de la santé pour tous d'ici à l'an 2000;

Considérant les conséquences néfastes des destructions de l'infrastructure, du nombre élevé des victimes de cette agression sur l'état de santé des populations dans la partie méridionale de la République populaire d'Angola occupée et bombardée sans relâche par le régime raciste d'Afrique du Sud;

Considérant les efforts déployés par les pays de la Ligne de front pour mettre en oeuvre les résolutions et décisions de l'ONU, de l'OUA et de l'OMS réaffirmant le droit des peuples de Namibie et d'Afrique du Sud à l'indépendance, à la souveraineté internationale et à la santé;¹

Considérant que tous les pays de la Région doivent apporter leur soutien inconditionnel aux pays de la Ligne de front et aux Mouvements de Libération nationale reconnus par l'OUA;

Considérant les conséquences sur la santé de la poursuite de l'occupation illégale et des bombardements barbares, ainsi que des possibilités d'élargissement du conflit,

1. CONDAMNE avec la plus grande énergie l'invasion de la République populaire d'Angola par l'armée du régime raciste de l'Afrique du Sud, semant mort, mutilations et misère parmi les vaillantes populations angolaises;
2. SE FELICITE de la solidarité dont ont fait preuve les pays de la Ligne de front et des efforts remarquables consentis par la République populaire d'Angola pour appuyer les peuples encore sous le joug inique de l'Afrique du Sud raciste;
3. EXPRIME sa satisfaction pour l'intervention rapide du système des Nations Unies, des organisations non-gouvernementales et de la communauté internationale face à la grave situation qui prévaut en Afrique australe;
4. INVITE les Etats Membres à renforcer leur appui et soutien à la République populaire d'Angola sous forme de médicaments, d'équipements, de moyens de transport et de personnel;
5. PRIE le Directeur régional de :
 - 1) prendre les mesures appropriées pour l'envoi d'une mission du Comité régional en Angola en vue de faciliter la prise de mesures concrètes par l'OMS et la communauté internationale;

¹ Constitution de l'OMS : Santé = Etat de bien-être physique, mental et social.

- ii) accorder la priorité à la formulation du Programme spécial de coopération d'urgence avec la République populaire d'Angola;
- iii) mettre en oeuvre le plus rapidement possible ce programme pour permettre à l'Angola de faire face aux problèmes médicaux et sanitaires découlant de la présente agression;
- iv) déployer tous les efforts nécessaires auprès des institutions et organisations du système des Nations Unies, des organisations intergouvernementales et non-gouvernementales, des banques de développement et de l'ensemble de la communauté internationale pour obtenir leur appui en vue du rétablissement de l'action sanitaire dans les régions de la République populaire d'Angola éprouvée par les effets de la guerre;
- v) soumettre à la trente-deuxième session du Comité régional un rapport détaillé sur la mise en oeuvre de la présente résolution;

6. INVITE le Directeur régional à saisir le système des Nations Unies, les banques de développement, les organisations intergouvernementales et non-gouvernementales et l'ensemble de la communauté internationale pour obtenir l'appui nécessaire à la mise en oeuvre du Programme spécial de coopération d'urgence avec la République populaire d'Angola.

Huitième séance, 22 septembre 1981

AFR/RC31/R13 Motion de remerciements

Le Comité régional,

Se félicitant des efforts déployés par le peuple et le Gouvernement de la République du Ghana pour assurer un plein succès à la trente et unième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique qui s'est tenue à Accra du 16 au 23 septembre 1981;

Appréciant l'accueil chaleureux et l'hospitalité africaine du peuple et du Gouvernement de la République du Ghana;

Se référant à l'exposé réaliste des problèmes de santé publique présenté par Son Excellence le Dr Hilla Limann, Président de la République du Ghana, dans son allocution à la séance solennelle d'ouverture,

1. REMERCIE Son Excellence le Docteur Hilla Limann, Président de la République du Ghana :

- i) d'avoir bien voulu honorer de sa présence la cérémonie d'inauguration de la trente et unième session du Comité;
 - ii) de son exposé réaliste et pertinent sur les problèmes de santé;
2. EXPRIME sa gratitude au Gouvernement et au peuple du Ghana pour leur accueil chaleureux et leur hospitalité;
3. INVITE le Directeur régional à transmettre à Son Excellence le Président de la République du Ghana cette motion de remerciements.

Neuvième séance, 22 septembre 1981

AFR/RC31/R14 Programmes à l'horizon 1990

Le Comité régional,

Se référant aux résolutions¹ qui définissent comme prioritaires les trois programmes suivants : Programme élargi de vaccination, Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement, Lutte contre la malnutrition - durant la période 1981-1990;

Constatant que ces programmes représentent trois des huit composantes principales des SSP;

Reconnaissant la pertinence de ces trois programmes pour atteindre l'objectif social de la santé pour tous en l'an 2000,

1. INVITE les Etats Membres à :

- i) mettre en place ou renforcer des mécanismes multisectoriels pour coordonner les efforts en faveur des SSP et des trois programmes susmentionnés;
- ii) développer et renforcer les activités des SSP dans le cadre des plans nationaux de développement intégré, notamment en ce qui concerne le programme élargi de vaccination, l'approvisionnement en eau potable, l'assainissement et la lutte contre la malnutrition;
- iii) promouvoir la participation des collectivités à la planification, la mise en oeuvre, la gestion et l'évaluation de ces programmes dans un esprit d'auto-responsabilité et d'autodéveloppement;
- iv) utiliser les mécanismes et ressources de la coopération technique et économique entre pays en développement (CTPD et CEPD);

¹ Résolutions WHA31.53, WHA30.33, WHA30.51, WHA31.47 et AFR/RC30/R9.

2. PRIE le Directeur général et le Directeur régional de :

- i) apporter le maximum de soutien à la réalisation de ces trois programmes dans les Etats Membres;
- ii) mettre tout en oeuvre pour rechercher auprès de la communauté internationale, des organisations du système des Nations Unies, des banques de développement, etc., les indispensables fonds extrabudgétaires pour appuyer l'effort national des pays.

Neuvième séance, 22 septembre 1981

PARTIE II

SEANCE D'OUVERTURE

1. La trente et unième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a été ouverte par l'Honorable M. C. Jallow, Ministre de la Santé, du Travail et des Affaires sociales de la Gambie, Président du Comité régional. Son Excellence l'Honorable Dr Hilla Limann, Président de la République du Ghana, a honoré de sa présence la séance d'ouverture à laquelle assistaient plusieurs membres de son Gouvernement, le Corps diplomatique, ainsi que les représentants de 41 Etats Membres, de deux Mouvements de Libération nationale reconnus par l'OUA et de plusieurs organisations internationales, intergouvernementales et non gouvernementales.
2. Dans son allocution d'ouverture (Annexe 2), l'Honorable M. C. Jallow, Président sortant, remercie le Président de la République du Ghana de sa présence, témoignage de la considération que les autorités politiques ghanéennes accordent à la santé de leurs populations. Il remercie le peuple du Ghana de son hospitalité très africaine. De nombreux pays ont déjà progressé dans la mise en oeuvre de leurs programmes de soins de santé primaires. La volonté politique demeure "le préalable fondamental à la réorientation indispensable des attitudes et des services et à la redistribution essentielle des ressources". Enfin, l'Honorable M. C. Jallow, avant de terminer son allocution, souligne l'impact de "l'action soutenue du Directeur général et du Directeur régional qui cherchent sans relâche à encourager et à appuyer les Etats Membres lors de la formulation et de la mise en oeuvre de leurs programmes nationaux respectifs".
3. Son Excellence le Dr Hilla Limann, Président de la République du Ghana, souhaite la bienvenue aux représentants des Etats Membres et au Directeur régional. Il rappelle dans son allocution (Annexe 3) que le Comité régional se réunissait pour la troisième fois au Ghana, à Accra. A cet égard, il invite les délégués "à faire de cette salle de conférence le lieu normal de leur réunion à la mémoire de feu Osagyefo Kwame Nkrumah, auquel il est rendu hommage, et pour tout ce que le Ghana a fait dans le domaine social au cours des vingt-cinq dernières années".
4. Le Dr Limann rappelle qu'il a collaboré pendant quatre ans avec l'OMS à Genève et qu'il s'intéresse personnellement aux activités, objectifs et progrès de l'Organisation. Celle-ci "remplit une mission humanitaire et s'efforce de promouvoir la santé, qui est une condition fondamentale du développement socio-économique de toutes les populations du monde sans discrimination de race, de sexe, de croyances religieuses, de systèmes politiques ou de statut social. L'Organisation a obtenu des résultats importants à cet égard".

5. En rappelant le sujet des discussions techniques de la trente et unième session du Comité, le Président de la République ghanéenne a exhorté les représentants à aborder "les problèmes de santé de façon pratique, avec foi et sincérité. Des populations en mauvaise santé ne sont en mesure ni de subvenir à leurs besoins, ni de produire pour répondre aux besoins des autres et contribuer ainsi au processus de développement socio-économique". "La majorité des populations rurales, et même des habitants des villes en sont victimes".
6. Pour remédier à cet état de fait, le Président invite les délégués à "porter l'attention sur ces questions et sur de nombreux autres problèmes apparentés. L'alphabétisation, l'hygiène corporelle, la participation des collectivités, des dirigeants éclairés et dévoués au bien public sont parmi les facteurs non techniques importants qu'il faut prendre en considération, en se penchant sur les causes des échecs essayés au cours de ces deux dernières décennies. L'approche devra essentiellement être interdisciplinaire".
7. Il rappelle son intérêt tout particulier pour les programmes de l'OMS, tels que la lutte contre la maladie, la nutrition, la recherche, le développement des personnels, des services de prestations médico-sanitaires, la promotion de la salubrité de l'environnement et leurs problèmes connexes. Il constate que ces objectifs revêtent une importance capitale dans la vie quotidienne et dans la tâche qui consiste à construire le présent et l'avenir. "Pour le présent comme pour l'avenir, vous devrez chercher à vous surpasser dans le domaine de la coopération en servant l'humanité avec dévouement et altruisme". Le Docteur Hilla Limann rappelle "les efforts faits par l'OMS pour atténuer les inégalités en matière d'infrastructures sanitaires. Avec l'appui des gouvernements et des peuples, les inégalités sociales doivent pouvoir être réduites et même éliminées. Les soins de santé primaires, une politique cohérente du médicament, le programme élargi de vaccination et l'approvisionnement en eau potable constituent des éléments essentiels pour le développement sanitaire. A cela s'ajoute la production vivrière, clé du développement socio-économique".
8. Le Dr Quenum, dans son allocution (Annexe 1), remercie les autorités et le peuple ghanéens d'avoir bien voulu inviter le Comité régional pour l'Afrique à se réunir à nouveau à Accra, historique capitale du Ghana nouveau. C'est en effet la troisième fois après 1960 et 1970 que se tient dans cette magnifique et inoubliable ville des années soixante "le plus grand forum de notre continent en matière de décisions politiques pour notre développement sanitaire. Cette trente et unième session du Comité régional n'est pour nous qu'un pèlerinage à la source du vieux combat pour la libération politique et sanitaire de l'Afrique. L'histoire au présent ne saurait nous faire oublier l'histoire au passé. Pour nous, authentiques témoins d'une Afrique traumatisée, le nom du Ghana continuera de vibrer dans nos coeurs comme le symbole d'une lutte qui doit se poursuivre, la lutte pour notre libération politique et sanitaire. Et c'est pourquoi nous tenons en ce jour faste, à rendre un hommage tout particulier

à Son Excellence le Dr Hilla Limann, Président de la République du Ghana, continuateur de l'oeuvre du plus grand des panafricanistes, Kwame Nkrumah. Qui exprimait mieux que lui, vers les années cinquante, nos aspirations à la justice sociale lorsqu'il déclarait : "Tant qu'un peuple ne sera pas politiquement libre, les autres ne lui accorderont pas le respect qu'il mérite. Il vaut mieux être libre de se gouverner, bien ou mal, que d'être gouverné par qui que ce soit. Aucun peuple, aucune nation ne peut vivre librement et se faire respecter chez lui et à l'étranger sans la liberté politique. L'indépendance politique non étayée par l'indépendance économique et sociale n'a aucun sens ou perd toute raison d'être. L'indépendance économique exige du peuple le déploiement d'efforts fructueux et la mise à contribution de toutes les intelligences et de toute la main-d'oeuvre du pays. Il ne peut y avoir de vraie liberté sans discipline". L'hérésie d'hier est devenue l'orthodoxie d'aujourd'hui.

9. C'est animé par cette flamme de l'histoire que nous mettions à l'ouverture de la vingtième session, dans cette même salle ici, en 1970, un accent particulier sur la place de la santé dans le processus du développement socio-économique. Après avoir souligné les incontestables progrès sanitaires accomplis durant la décennie 1960-1970 grâce à la reconquête de notre indépendance politique, nous énumérons nos priorités de développement sanitaire qui étaient encore immenses. Si celles-ci étaient restées les mêmes que durant la nuit coloniale, nous les abordions dans une perspective nouvelle et originale. Tournant délibérément le dos au transfert mimétique de technologies étrangères et inappropriées, nous nous efforçons de nous astreindre à un travail de réflexion critique et d'organisation rationnelle afin de trouver les solutions les mieux adaptées aux réalités locales. Nous vous mettions en garde contre la modernisation imitative et la copie servile de modèles de formation de personnels de santé qui ne répondent pas aux besoins sanitaires et au contexte écologique, social et culturel de nos pays. La marche de l'histoire a montré incontestablement que l'imitation n'est que le sursis culturel des hommes et des peuples qui ont le sentiment de ne plus pouvoir rien apporter à l'oeuvre de construction d'une civilisation planétaire. Pour nous, le développement sanitaire ne devrait pas se poser en termes de retard par rapport aux pays techniquement mieux équipés. Il s'agissait pour nous de satisfaire avant tout les besoins fondamentaux du plus grand nombre. Nous mettions un accent particulier sur la nécessité de l'autodéveloppement.

10. Le type de développement sanitaire pour mettre en oeuvre efficacement la stratégie régionale, partie intégrante de la stratégie mondiale, nécessite notre attention après avoir démontré que cet objectif à long terme, loin d'être une utopie, était bien une réalité, qu'il ne tenait qu'à nous seuls de concrétiser, à condition d'accepter de payer le prix de

la révolution sanitaire. Le plan d'action de Lagos a été adopté en avril 1980 par la deuxième session extraordinaire de la Conférence des Chefs d'Etats et de Gouvernements de l'Organisation de l'Unité africaine (OUA). Il se propose de mettre en oeuvre la stratégie contenue dans la Déclaration d'engagement de Monrovia, adoptée en juillet 1979. Celle-ci met l'accent sur les principes directeurs à respecter et les mesures à prendre pour réaliser l'autosuffisance nationale et collective dans le domaine économique et social en vue de l'instauration d'un nouvel ordre économique international (NOEI).

11. La trentième session du Comité régional en adoptant en septembre 1980 la stratégie régionale pour atteindre l'objectif social de la santé pour tous en l'an 2000 a invité les Etats Membres à réorienter leurs systèmes de santé pour appuyer les soins de santé primaires. A la date du 21 juillet 1981, 35 Etats Membres sur 44 ont signé la Charte africaine de Développement sanitaire. Que nous apporte cette Charte ? Un outil essentiel et fondamental pour la réorientation des services existants et l'intégration des institutions nouvelles dans de véritables systèmes sanitaires nationaux. Comme toutes les Chartes précédentes, la Charte sanitaire devra jouer le rôle historique et moteur de la libération sociale des peuples africains. Elle devrait nous permettre de préciser à nouveau les objectifs nécessaires à la définition de politiques et de stratégies. La Charte sanitaire devra servir de document de référence en cas de doute ou de non respect du consensus collectif.

12. Le Dr Quenum fonde la suite de son argumentation sur quatre postulats essentiels que voici :

- i) aucun modèle de développement ne peut prétendre à la validité universelle;
- ii) le modèle choisi doit être l'expression de la confiance aux valeurs propres d'une culture donnée;
- iii) il faut rompre radicalement avec la perspective économiste qui fait de la consommation la seule condition de possibilités de production;
- iv) se préoccuper du développement est une tâche essentiellement politique et sociale qui ne doit pas être laissée aux mains des seuls technocrates.

13. Le Directeur régional insiste sur les trois écueils à éviter : apologétique, exégétique et praticiste. L'écueil apologétique est celui qui sert à justifier une politique et une pratique. Il est d'autant plus nuisible que la politique et la pratique en cause sont la résultante d'un mimétisme inconscient. L'écueil exégétique consiste à prendre les textes dans leur lettre même pour des vérités définitives. La cybernétique et la praxéologie permettront aujourd'hui d'éviter un tel écueil si l'on se souvient que l'homme est au centre

du développement. L'écueil praticiste cherche à trancher d'une seule lame un problème de santé qui par essence est multidimensionnel et complexe. C'est pourquoi, notre tentative d'analyser d'autres voies de développement sanitaire se veut être heuristique, propédeutique et paradigmatique. Heuristique parce que la philosophie sanitaire comme pratique discursive procède avant tout d'une réflexion critique sur les actions humaines et d'un souci de contrôle et de redressement des actions en cours. Propédeutique parce qu'elle veut avant tout ouvrir la voie à d'autres acquisitions en matière de cette pratique sociale qui est aussi réflexion sur des savoirs constitués ou constituants. Enfin, paradigmatique parce que notre approche est à la recherche de modèles appropriés à notre contexte socio-culturel, c'est-à-dire de modèles endogènes et autocentrés.

14. Le Directeur régional apporte ensuite les réponses aux trois questions précédentes : Quel développement socio-économique ? Basé sur quel fondement idéologique ? Et pour quel projet de société ? Les réponses à ces trois interrogations sont interreliées et peuvent être traitées à la fois.

15. "Ce dont nous avons besoin pour notre libération sanitaire, c'est bien de la construction d'un autre projet de société réellement démocratique. Si nous savons nous en emparer, les moyens de notre asservissement pourraient devenir les armes de notre libération. La recherche des fondements anthropologiques des projets de société à construire exige une interrogation critique à la fois sur les sociétés de l'Afrique ancestrale et des révolutions bourgeoises et socialistes des autres continents. Le problème de notre développement devra nécessairement se poser en termes de complémentarité et de dépassement.

16. Ayons le courage politique et la probité intellectuelle de reconnaître la situation paradoxale de notre réalité sanitaire actuelle. Elle se caractérise en fait par des îlots de modernité dans un océan de stagnation et d'archaïsme même dans les agglomérations urbaines apparemment favorisées. Ce que nous appelons aujourd'hui de façon abusive systèmes de santé n'est en fait qu'un ensemble épars d'établissements de santé desservant irrationnellement des groupes de populations sans aucun lien de solidarité et de cohérence. Il n'y a entre eux ni coopération, ni complémentarité, ni échanges d'informations aux différents niveaux opérationnels. Peu de pays africains disposent aujourd'hui d'un système national de santé axé sur les soins de santé primaires. Si les pseudo-systèmes de santé à structure lâche ont le mérite d'exister, ils sont souvent mal planifiés et mal gérés. Les dispensaires et les centres de santé ont été construits sans référence à des critères de couverture, d'accessibilité géographique, culturelle et financière.

17. Notre principale préoccupation sera désormais de veiller à transformer les pseudo-systèmes existants en de véritables systèmes nationaux de santé faits de structures cohérentes fondées sur les soins de santé primaires et visant à répondre aux besoins de tous. C'est ce que nous imposent, et notre stratégie régionale, et notre Charte africaine de Développement sanitaire. La vraie difficulté réside dans l'incapacité de maints responsables à mobiliser le peuple pour de réels et durs efforts de développement sanitaire.

18. Le courage de l'homme d'action consiste à accepter l'ordre nouveau des indispensables mutations et à se préparer à y faire face. C'est une des meilleures manières de construire un autre avenir. Et c'est bien là le sens prospectif de notre objectif Santé pour tous en l'an 2000, maintenant traduit en stratégie régionale. Celle-ci a pour principale préoccupation le développement de l'infrastructure sanitaire basé sur les soins de santé primaires afin que les prestations atteignent la totalité de la population. Considérant la haute portée philosophique, politique et scientifique de cette allocution, le Comité adopte la résolution AFR/RC31/R1.

19. Le Dr H. Mahler, Directeur général de l'OMS, dans son allocution (Annexe 4), affirme que "l'adoption unanime, par la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, d'une stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici à l'an 2000 constitue un succès éclatant pour la coopération internationale dans le domaine de la santé". La stratégie mondiale est la synthèse des stratégies régionales. Un plan d'action est en cours d'élaboration. L'Assemblée de la Santé a entériné ainsi le contrat social par un engagement solennel en faveur de la santé, contracté par trois partenaires : les gouvernements, les peuples et l'OMS. Ceci implique des révisions profondes dans le choix des priorités, des allocations budgétaires, des techniques et méthodes et l'ensemble de la formation aux processus gestionnaires. L'OMS est prête à faire face à ses obligations de partenaire du contrat social, aux niveaux mondial, régional et national. Une étude effectuée dans les zones libérées d'onchocercose confirme la nécessité de revoir nos approches pour résoudre les problèmes de santé des collectivités. L'onchocercose y a disparu, mais tous les autres problèmes sanitaires restent intacts. Seuls les SSP mis en place avec la participation des intéressés et l'appui politique à tous les niveaux peuvent répondre aux aspirations des collectivités en matière de santé.

20. La Charte du Développement sanitaire de la Région africaine, le rapport d'Alma-Ata, les documents de travail et les résolutions prises depuis, ainsi que l'usage judicieux des mass média doivent faciliter l'engagement politique total en faveur de la santé pour tous. La réfonte des infrastructures et la révision des technologies de la santé doit commencer

par les villages et les collectivités les plus démunies. Le budget alloué aux zones urbaines ne peut être réduit. Les ressources additionnelles peuvent être allouées aux zones les plus démunies pour remédier à l'injustice sociale en matière de santé. Les décisions politiques fermes sont nécessaires. Des généralistes de la santé épaulés par des spécialistes de différentes disciplines sanitaires, économiques et sociales sont indispensables. Les ressources nécessaires pourront être trouvées lorsque les décideurs seront convaincus que les soins de santé constituent une contribution au développement. La flexibilité de la programmation budgétisation de l'OMS facilite les allocations des fonds de l'OMS en fonction des besoins réels du moment dans chaque pays. Les pays doivent être "inflexibles" et "veiller à ce que l'aide extérieure soit effectivement dirigée vers les besoins des soins de santé primaires les plus urgents". La mise en place du Groupe mondial de Ressources sanitaires pour les soins de santé primaires et son homologue régional doivent pouvoir faciliter la recherche de sources extérieures de financement. Le dialogue nord-sud et est-ouest se poursuit avec vigueur dans le domaine de la santé, malgré la froideur entre les pays sur les plans politique et économique. C'est la seule lueur d'espoir pour un renouveau du dialogue entre les pays". Le Comité adopte la résolution AFR/RC31/R2.

ORGANISATION DU TRAVAIL

21. L'ordre du jour adopté par le Comité régional figure à l'Annexe 5 et la liste des participants à l'Annexe 6.
22. Conformément à la résolution AFR/RC23/R1, le Comité, sur proposition du Président, approuve la constitution du Sous-Comité des Désignations (Décision No 1).
23. Le Sous-Comité des Désignations a formulé ses propositions en tenant compte de la composition des bureaux des sessions précédentes du Comité régional, de la répartition sous-régionale CTPD et des dates d'arrivée des délégations.
24. La constitution du Bureau de la trente et unième session ainsi que la désignation des Rapporteurs du Comité régional et la nomination des Rapporteurs des discussions techniques ont fait l'objet de la Décision No 2 adoptée par acclamation.
25. L'Honorable K. Ocran (Ghana), élu Président de la trente et unième session, remercie les représentants de l'honneur qui lui est fait et souhaite la participation pleine et entière des représentants des Etats Membres aux travaux de la présente session pour mener à bien la lourde tâche qui lui est échue.
26. Les Décisions Nos 3 et 4 rendent compte de la composition et des travaux du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs.

ACTIVITES DE L'OMS 1979-1980

Présentation

27. Le Directeur régional présente son rapport d'activité pour le biennium 1979-1980. Ce document reflète les grandes mutations subies par l'Organisation ces dernières années en ce qui concerne ses nouvelles orientations programmatiques, les structures de l'OMS eu égard à ses fonctions et ses méthodes de travail fondées sur les processus gestionnaires pour le développement sanitaire. Toutes ces transformations radicales visent essentiellement à permettre d'atteindre l'objectif social "Santé pour tous en l'an 2000".

28. L'élaboration de ce troisième rapport biennal qui couvre la période 1979-1980 a tenu compte des remarques formulées lors des discussions précédentes et du plan d'action pour la mise en oeuvre des résolutions et décisions de la trentième session du Comité régional.

29. Des modifications importantes ont été apportées à sa préparation. Elles mettent l'accent sur les informations en provenance des pays. La première partie, réservée aux activités par programme, s'appuie essentiellement sur les résultats de la coopération technique avec les pays. La deuxième partie est consacrée à la contribution des Etats Membres sur le déroulement de leurs programmes sanitaires.¹

30. La Région africaine de l'OMS s'est maintenant dotée d'une Charte pour le Développement sanitaire ratifiée par la quasi-totalité des pays, et d'une stratégie régionale. L'analyse des expériences nationales a permis de rationaliser l'action sanitaire et de fournir aux organes délibérants, dont le Comité régional, les fondements nécessaires aux réajustements des programmes qui mettent l'accent sur la multidisciplinarité et la responsabilité des partenaires concernés. Les structures et plans d'action ont pu être ainsi le fruit de la synthèse des réponses formulées par chaque Etat Membre aux problèmes de fond que leur pose le développement sanitaire. En conformité avec les dispositions de la résolution WHA33.17, les structures du Bureau régional ont été réaménagées et les mécanismes de gestion appropriés mis en place.

31. La Conférence internationale "Santé et Apartheid" permettra à chacun de dire sans complaisance ni équivoque ce qu'il compte faire pour que cessent l'effroyable discrimination et domination dont sont encore victimes beaucoup de nos frères africains. Dans le cadre de la recherche de cette justice sociale, le Directeur général et le Directeur régional ont accordé une attention toute particulière à un certain nombre de pays de la Région qui sont dans une situation spéciale, en l'occurrence le Zimbabwe, le Tchad et le Guinée équatoriale.

¹ Résolution AFR/RC30/R4, paragraphe 2 (vi) du dispositif.

32. Un long travail de conceptualisation et de clarification a permis de mieux comprendre le concept des soins de santé primaires. Il s'agit du premier contact d'un individu ou d'une collectivité avec le système de santé. Il s'agit des soins complets, les plus accessibles aussi bien en temps qu'en ressources, que le système sanitaire national met à la disposition de l'individu et de la communauté. C'est dès lors le moment de concentrer les efforts sur le développement des huit composantes de cette approche admise par la communauté internationale comme devant conduire l'humanité à la santé pour tous d'ici à l'an 2000.

33. L'information et l'éducation pour la santé sont en pleine mutation. La communauté internationale commence seulement à prendre conscience qu'on ne peut pas séparer l'information du public de son éducation. Les activités d'information et d'éducation pour la santé ne cessent d'augmenter. Cependant, les résultats ne répondent pas encore aux espérances. Les raisons sont sans doute multiples. L'intensification des activités de recherche sur les services de santé pourra nous permettre de vaincre certaines de ces contraintes.

34. La situation alimentaire et nutritionnelle ne cesse de se détériorer un peu partout. En l'absence d'aliments en quantité suffisante, accessibles à toutes les collectivités, l'éducation et la récupération nutritionnelles risquent de n'être que de vaines tentatives. Les efforts des services techniques à cet égard sont indéniables. Plusieurs pays africains ont contribué à l'élaboration du projet de Code international pour la commercialisation des substituts du lait maternel.

35. La Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement a officiellement démarré le 10 novembre 1980. Le plan d'action de Mar del Plata a prévu, dès 1977, que les pays préparent des programmes et plans décennaux. Ces préparations ont commencé très tard, en partie par manque ou insuffisance de ressources. Une quinzaine de pays seulement avaient entrepris à la fin de décembre 1980 la planification décennale. Les plans ne donnent aucune certitude sur la possibilité de disposer des fonds nécessaires à leur mise en oeuvre.

36. Les activités de santé maternelle et infantile, y compris la planification familiale, se sont poursuivies selon trois axes : le développement des services, la formation de personnel et la recherche. L'Organisation s'emploie à faire prévaloir une conception globale de la protection/promotion de la santé de la mère et de l'enfant dans le cadre des soins de santé primaires.

37. Intégré dans les systèmes nationaux de prestations socio-sanitaires, le programme élargi de vaccination a réalisé des progrès certains dans le domaine de la réduction de la mortalité/morbidité des six principales maladies. Ces progrès pourront servir d'indicateurs pour les stratégies nationales et régionale. Le calendrier préconisé pour immuniser le nouveau-né

avant son premier anniversaire laisse prévoir des difficultés, dont le problème de la chaîne de froid. Un groupe consultatif mondial comprenant des experts de la Région a été constitué pour donner des avis techniques sur le sujet.

38. Les résultats de la surveillance épidémiologique au cours du biennium confirment l'importance des maladies diarrhéiques. Un programme régional à moyen terme pour 1978-1983 portant sur la réhydratation par voie orale, sur l'assainissement du milieu et l'amélioration de l'alimentation et la nutrition a été adopté par 20 pays de la Région. Les autres éléments manquants de cette surveillance épidémiologique sont : les études pour l'extension de la lutte contre le paludisme, les maladies virales et les fièvres hémorragiques. L'expérience acquise dans la lutte contre les maladies transmissibles permet de mieux organiser la lutte contre les maladies chroniques dégénératives.

39. La formation des personnels des équipes de santé à tous les niveaux constitue un élément essentiel de la stratégie régionale pour atteindre l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000. Elle met l'accent sur ceux qui travaillent au niveau des collectivités et dans les centres de recours/orientation. Ceci implique aussi la formation de cadres, de spécialistes dans différentes disciplines, d'enseignants et de chercheurs de toutes catégories. Ainsi, les Doyens et Directeurs des institutions de formations en sciences de la santé sont préoccupés du développement des équipes de spécialistes indispensables au bon fonctionnement des structures de soutien aux soins de santé primaires.

40. Une attention accrue est accordée à tous les niveaux à la fourniture des médicaments essentiels aux collectivités. La liste régionale des médicaments essentiels a été acceptée par 32 Etats Membres. Le principal écueil reste le problème de financement pour lequel un effort individuel et collectif s'impose. Une concertation OMS/UNICEF vise à la mise en place d'un fonds de roulement. Tous les espoirs sont donc permis.

41. A la fin de sa présentation, le Directeur régional rappelle au Comité que le Secrétariat attend des directives précises pour mieux exécuter les programmes d'action sanitaire dans les prochaines années en vue d'atteindre l'objectif social "Santé pour tous en l'an 2000".

Discussions

42. Au cours des discussions, les représentants des Etats Membres, après avoir remercié de leur hospitalité le Président de la République et le peuple ghanéens, félicitent le Dr Quenum de la clarté et de l'objectivité du rapport d'activité.

43. La situation créée en Angola, du fait de l'attaque de ce pays par le régime raciste d'Afrique du Sud, est ressentie comme une atteinte portée à tous les pays de la Région. La guerre meurtrière affecte trois provinces de ce pays, entraînant la destruction de toute

l'infrastructure sanitaire, sans respect des recommandations de l'ONU. Tous les représentants des Etats Membres se déclarent solidaires du peuple angolais et condamnent le régime d'Afrique du Sud et ses actions antihumanitaires.

44. Les pays de la Région ont choisi l'approche de soins de santé primaires pour atteindre l'objectif SPT/2000. Le niveau de planification et de mise en oeuvre des SSP diffère d'un pays à l'autre. A cet égard, les Etats Membres indiquent leur souci de développer le processus gestionnaire. Certains ont introduit un processus de gestion unifié en liaison étroite avec celui de l'OMS.

45. Le renforcement de la coopération technique entre pays en développement (CTPD) est souhaité par tous les représentants. Ce mécanisme doit permettre le développement de différents programmes prioritaires.

46. La surveillance des maladies transmissibles nécessite une coordination étroite entre les pays voisins. Les représentants des Etats Membres ont mis un accent particulier sur la surveillance des maladies diarrhéiques, nutritionnelles et le programme élargi de vaccination.

47. La lutte contre l'onchocercose dans le bassin de la Volta doit être poursuivie. Son extension au bassin de Sénégal a retenu l'attention du Comité.

48. La formation des personnels de santé reste un problème préoccupant pour les Etats Membres. La collaboration entre les Ministères de la Santé et de l'Education nationale a fait l'objet d'amples discussions et le Comité exprime le voeu que la formation des spécialistes dans tous les domaines de la santé soit accélérée, conformément à la résolution AFR/RC29/R5. Ce sujet a été étudié lors de la sixième réunion des Doyens et Directeurs des Facultés, Ecoles et Centres universitaires des Sciences de la Santé tenue à Brazzaville du 1er au 5 décembre 1980. La formation en méthodologie de la recherche et la mise en oeuvre du réseau de centres de recherche appliquée en nutrition a retenu l'attention du Comité.

49. Les mécanismes visant à rationaliser la coopération entre l'OMS et les Etats Membres doivent être renforcés en vue d'obvier aux distorsions entre les ressources disponibles et les problèmes sanitaires à résoudre. Le GARS/2000 doit pouvoir faciliter le financement des projets de promotion des soins de santé primaires des Etats Membres.

Directives

50. A l'issue des discussions, le Directeur régional a résumé les directives données au Secrétariat par le Comité. Elles concernent le développement de l'ensemble des programmes, la planification et gestion des services, la recherche et le développement des personnels de santé.

50.1 Développement d'ensemble des programmes

- i) Accroître l'appui financier en mobilisant des ressources extrabudgétaires comme soutien aux ressources nationales, conformément aux résolutions pertinentes de l'Assemblée mondiale de la Santé .
- ii) Poursuivre les efforts en cours pour promouvoir les processus gestionnaires pour le développement sanitaire en mettant un accent particulier sur l'approche multisectorielle et le système d'information pour la gestion des programmes nationaux.
- iii) Poursuivre l'exécution du plan d'action pour la mise en oeuvre des structures de l'OMS eu égard à ses fonctions en renforçant l'autoresponsabilité au niveau national.
- iv) Mettre à l'avenir plus d'accent dans les rapports périodiques sur l'importance des visites du Directeur général et du Directeur régional dans les pays; ces visites suscitent la motivation des autorités politiques en ce qui concerne la place de la santé dans le développement socio-économique.

50.2 Coordination/coopération

- v) Poursuivre une lutte efficace contre l'apartheid dont les conséquences sanitaires empêchent l'atteinte de l'objectif SPT/2000.
- vi) S'acquitter d'un devoir impérieux de solidarité vis-à-vis de l'Angola, victime d'une agression inqualifiable en y envoyant une délégation du Comité régional pour : a) évaluer la situation sanitaire résultant de cette invasion barbare; b) établir un plan d'action sanitaire d'urgence; c) étudier les voies et moyens de financement de ce plan d'action, avec un calendrier de mise en oeuvre; d) faire rapport au Directeur régional.
- vii) Renforcer les mécanismes de la CTPD dans divers domaines et plus particulièrement dans celui de la production régionale des médicaments essentiels, y compris les vaccins, en s'appuyant chaque fois que cela est possible sur les organismes sous-régionaux existants.

50.3 Planification et gestion des services de santé

- viii) Renforcer l'appui technique et logistique aux programmes nationaux de santé visant à atteindre l'objectif stratégique de la SPT/2000, notamment en renforçant le processus de concertation avec les Etats Membres afin de les tenir mieux informés des disponibilités de l'OMS pour un tel appui, en l'occurrence avec les projets interpays.

50.4 Recherche sur les services de santé

- ix) Organiser des conférences-ateliers sur la méthodologie visant à promouvoir la programmation de la recherche pour le développement sanitaire.
- x) Renforcer la surveillance épidémiologique et la lutte contre les maladies transmissibles.
- xi) Poursuivre la lutte contre l'onchocercose dans le bassin de la Volta et l'étendre à la région de la Sénégambie.

50.5 Développement des personnels de santé

- xii) Prendre les mesures appropriées pour que le réseau régional de centres nationaux de formation de spécialistes devienne opérationnel le plus rapidement possible.

51. Le Directeur régional remercie le Comité régional de l'analyse objective qu'il a faite du Rapport biennal et des directives qu'il a formulées.

52. Dans la résolution AFR/RC31/R3, le Comité régional approuve le rapport d'activité de l'OMS dans la Région africaine pour 1979-1980.

REUNION D'EXPERTS REGIONAUX

53. Le Secrétariat présente le rapport du Directeur régional sur la réunion d'experts concernant le "choix des indicateurs pour la planification, la gestion et l'évaluation des services de santé". L'importance que les organes délibérants ont toujours accordée à la nécessité d'indicateurs appropriés dans la mise en place des mécanismes d'évaluation de la stratégie nationale, régionale et mondiale a été soulignée. Les experts ont défini les indicateurs comme étant une "variable pour mesurer les changements".

54. Les expériences des pays de la Région africaine ont permis de dégager quatre groupes d'indicateurs :

- i) indicateurs de politique sanitaire destinés à suivre l'évolution des choix faits par les décideurs;
- ii) indicateurs de prestations médico-sanitaires relatifs à l'état d'avancement du programme;
- iii) indicateurs de niveau de santé permettant de mesurer l'efficacité du programme;
- iv) indicateurs de vie socialement et économiquement productive destinés à l'évaluation de l'impact.

55. Les experts ont limité leur choix aux indicateurs donnant le minimum d'informations essentielles, donc applicables à la majorité des pays de la Région.

56. Au cours des discussions, plusieurs pays ont fait part de leur expérience dans ce domaine, montrant ainsi l'intérêt que le sujet représente pour l'ensemble de la Région africaine.

57. La liste des indicateurs proposés (Annexe 7) est jugée non exhaustive; chaque Etat Membre peut décider de la formulation plus précise d'indicateurs permettant de satisfaire des besoins spécifiques en matière de gestion aux niveaux local, national et international.

58. Le Comité exprime sa satisfaction pour le rapport des experts et prend en considération les répercussions sur le programme régional :

- i) réorganisation sur une base sous-régionale du projet interpays pour le développement des processus de gestion, y compris le développement des systèmes d'information; ainsi, les pays de chaque Sous-Région CTPD seront en mesure de renforcer leur structure et de former leur personnel;
- ii) affectation d'un économiste au Bureau régional pour affiner la qualité des indicateurs sociaux et économiques et leurs interrelations avec les indicateurs sanitaires;
- iii) élaboration dans le cadre du réseau régional des centres nationaux de développement sanitaire de modules d'enseignement devant faciliter la mise en place des systèmes d'informations.

59. Le Comité retient les recommandations formulées par les experts régionaux. Ces recommandations sont reprises dans la résolution AFR/RC31/R4 qu'il adopte.

DEVELOPPEMENT ET COORDINATION DE LA RECHERCHE

60. Le Dr J. G. Cabral, Président du Comité consultatif africain de la Recherche médicale, présente le rapport du Directeur régional sur le développement et la coordination de la recherche biomédicale.

61. Ce rapport rend compte : i) des activités de recherche menées dans le cadre de la réorientation du programme régional; ii) des réunions des Comités consultatifs mondial (CCRM) et africain de la Recherche médicale (CCARM) qui ont formulé d'importantes recommandations.

62. Les activités régionales concernent les domaines suivants :

- i) le Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales (TDR) : depuis 1976, 206 subventions ont été accordées, représentant un montant de US \$15,7 millions, soit 29 % de toutes les subventions mondiales;

- ii) la recherche sur les maladies non transmissibles : elle porte en particulier sur les affections cardio-vasculaires, les cancers lymphoïdes et la santé bucco-dentaire;
- iii) la recherche sur la nutrition : l'accent est mis sur la création d'un réseau de centres nationaux et la détermination des priorités;
- iv) la recherche sur les services de santé : le domaine de ses activités s'est élargi grâce à une meilleure compréhension de ce concept relativement récent et à la création au niveau régional d'un groupe d'études multidisciplinaire;
- v) le Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine : ce programme accorde la priorité au renforcement des institutions et à la formation, comme en témoigne l'importance des fonds alloués qui atteignent US \$2 826 931 en janvier 1981.

63. Le CCARM.5 reprend dans ses recommandations les domaines énumérés précédemment. Il invite aussi les Etats Membres à se préoccuper des problèmes d'éthique et à assurer une plus large diffusion de l'information sanitaire.

64. Les recommandations du CCARM.5 se regroupent autour de trois principaux centres d'intérêt :

- i) évaluation du Programme régional de Recherche depuis 1976;
- ii) renforcement des mécanismes d'information pour la promotion de la recherche médicale;
- iii) intégration des activités de recherche médicale appliquée dans les soins de santé primaires.

65. Les interventions des représentants portent essentiellement sur quatre thèmes :

i) création de systèmes d'information pour le soutien et la diffusion des résultats de la recherche; ii) recherche appliquée sur les services de santé; iii) budget régional de recherche et critères de financement des subventions; iv) problème de la propriété intellectuelle et des brevets.

66. Les représentants souhaitent avoir plus d'information sur les sujets de recherche intéressant particulièrement la Région tels le paludisme, le goitre endémique et la médecine traditionnelle. L'importance et l'urgence de la création d'un système de diffusion des résultats des recherches sont fortement soulignées. Le Comité prend acte des recommandations du CCARM sur la mise en oeuvre de l'Index Medicus africanus.

67. La recherche appliquée sur les services de santé, et en particulier sur les SSP, est reconnue comme une priorité pour la Région. Les organismes nationaux doivent la stimuler en la subventionnant en priorité. Les ministères de la santé et les institutions de formation en services de santé sont invités à collaborer étroitement au développement et à la gestion de cette recherche.

68. Le budget ordinaire de la recherche au Bureau régional de l'OMS représente 1,5 % du total du budget programme détaillé 1982-1983. Ce pourcentage est relativement faible, comparé à celui préconisé (5 %) par le CCARM.

69. Le Comité consultatif multidisciplinaire de la recherche utilise pour l'octroi de subventions ou de bourses de recherche les critères suivants : i) adéquation du projet de recherche par rapport aux priorités retenues par le CCARM; ii) conformité de la programmation budgétisation à un protocole soigneusement établi; iii) impact du sujet de recherche sur les problèmes de santé des collectivités, eu égard à l'objectif social de la santé pour tous en l'an 2000.

70. Le problème complexe des brevets de recherche et de la propriété intellectuelle est à l'étude. Le Directeur général informe le Comité régional qu'un consultant a été recruté à cet effet.

71. Les représentants des Etats Membres ont souligné la nécessaire poursuite de la collaboration du Bureau régional avec les différents organismes de recherche (OCCGE, OCEAC, ORSTOM, etc.) dans les domaines prioritaires de recherche en santé publique.

72. Ce point de l'ordre du jour fait l'objet de la résolution AFR/RC31/R5.

BOURSE DE LA FONDATION JACQUES PARISOT

73. Pour perpétuer la mémoire du Professeur Jacques Parisot, ancien Président de l'Assemblée mondiale de la Santé, une bourse de recherche en médecine sociale ou en santé publique est accordée tous les deux ans à une personne choisie par le Comité de la Fondation parmi trois candidats proposés par un Comité régional de l'OMS.

74. Chaque Comité régional présente à tour de rôle ses candidats de manière à éviter toute compétition entre les Comités régionaux. Avant de se prononcer, le Comité de la Fondation dispose de l'avis du Comité consultatif de la Recherche médicale de la Région intéressée sur chacun des trois thèmes de recherche proposés par les trois candidats retenus par le Comité régional.

75. Le Comité régional, après examen de leur dossier, a retenu les trois candidats suivants et les thèmes choisis :

1. Yayehyirad Kitaw - "Place de l'auto-traitement dans l'instauration de la santé pour tous d'ici à l'an 2000";
2. Brehima Koumaré - "Etude épidémiologique et bactériologique des méningites à Bamako et ses environs";
3. H. S. M. Ushewokunze - "Guérisseurs traditionnels et leurs méthodes de traitement".

76. Il invite par la décision de procédure No 5 le Directeur régional à transmettre au Secrétaire du Comité de la Fondation Jacques Parisot les candidatures et les recommandations du CCARM au plus tard le 30 octobre 1981.

MODALITES DE MISE EN OEUVRE DES RESOLUTIONS D'INTERET REGIONAL ADOPTEES PAR L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE ET LE CONSEIL EXECUTIF

77. Le Dr L. Adandé Menest (Gabon) présente le rapport du Directeur régional.¹ La forme adoptée est celle recommandée par le Comité régional au cours de sa trentième session.²

78. Le document retrace dans le contexte régional les actions passées, présentes et futures pour la mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional.

79. La synthèse des discussions du Comité forme le plan d'action de la mise en oeuvre des résolutions et décisions de la trente et unième session du Comité régional. Ce plan est destiné à faciliter l'action de contrôle et de surveillance de l'exécution du programme.

80. Les propositions pour la mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional par grands programmes suivent la classification adoptée pour la durée du Sixième Programme général de Travail pour la période 1978-1983.

Résolution WHA34.4 - Remboursement des frais de voyage aux représentants assistant aux Comités régionaux

81. En application des paragraphes 4 et 5 du dispositif de la résolution AFR/RC30/R7, le Directeur régional a transmis les recommandations du Comité au Directeur général qui, à son tour, les a soumises à l'examen du Conseil exécutif lors de sa soixante-septième session en janvier 1981.

82. Le Directeur régional a dégagé, conformément à la résolution WHA34.4, les fonds nécessaires au remboursement des frais de voyage des représentants assistant à la trente et unième session.

¹ Document AFR/RC31/6.

² Résolution AFR/RC30/R12.

83. Le Comité adopte la même procédure pour le Budget Programme 1982-1983 et demande au Directeur régional d'inscrire dans les prochains projets de budget programme biennal les sommes nécessaires au remboursement des frais de voyage aux représentants assistant aux Comités régionaux, conformément à la résolution WHA34.4.

Résolution WHA34.36 - Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici à l'an 2000

84. Lors de la trentième session du Comité régional en septembre 1980 à Brazzaville, les Etats Membres ont approuvé la stratégie régionale pour atteindre l'objectif social de la santé pour tous en l'an 2000 (résolution AFR/RC30/R9).

85. Le Directeur régional a demandé à tous les Etats Membres, par lettre en date du 23 janvier 1981, leur avis sur les modalités de mise en oeuvre de la stratégie nationale. Un rappel a été envoyé le 23 mai 1981, aux 14 pays qui ne l'avaient pas encore fait, de signer la Charte de Développement sanitaire africaine, conformément au paragraphe 3 i) du dispositif de la résolution AFR/RC30/R9. Dans le cadre de cet engagement solennel, le Directeur régional considère que les Etats Membres deviennent les partenaires sociaux du contrat de solidarité qui leur fait obligation de mettre en oeuvre les stratégies de la santé pour tous. Le Bureau régional reste à la disposition des Etats Membres pour promouvoir et développer les mécanismes appropriés pour contrôler les progrès, évaluer régulièrement l'efficacité en utilisant des indicateurs pertinents.

86. Le Comité régional a examiné de façon approfondie, paragraphe par paragraphe, le projet de plan d'action du Conseil exécutif (paragraphe 6 (2) du dispositif).

87. La mobilisation des ressources pour la mise en oeuvre des stratégies a retenu plus particulièrement l'attention du Comité. Le problème de la mobilisation des ressources extérieures et des transferts à partir des pays développés reste la préoccupation majeure, ainsi que le rôle du Groupe mondial de Ressources Santé 2000. Le Comité constate que les contributeurs ne sont pas encore conscients de l'importance du facteur santé dans le développement. Le projet de plan d'action et le calendrier proposés pour la mise en oeuvre de la stratégie mondiale de la santé pour tous en l'an 2000¹ rencontrent l'accord du Comité. Le Comité constate avec intérêt que certaines mesures proposées sont déjà mises en oeuvre dans la Région. La plupart des pays ont une stratégie. La synthèse de ces stratégies a permis de formuler la stratégie régionale.² Les plans d'action détaillés restent à établir. Le Bureau régional a pris les dispositions nécessaires pour collaborer avec les Etats Membres dans ce domaine. La formulation des plans d'action nationaux avec les projets/programmes

¹ Document AFR/RC31/6, Annexe EB68/6 Rév.1

² Résolution AFR/RC30/R9 et document AFR/EXM/3.

qui en découlent doivent faciliter l'obtention des fonds extrabudgétaires nécessaires. Le Groupe africain des Ressources pour la Santé/2000¹ doit jouer un rôle important dans la recherche du financement des activités de développement sanitaire et notamment des SSP. Le Comité régional assure l'orientation, la surveillance et le contrôle des activités du GARS/2000 par le truchement du Comité permanent CTPD. Le Président du Comité permanent CTPD assure la direction du GARS/2000. Le Comité poursuit la plupart des activités inscrites sous le chapitre 6 du plan d'action. La concordance entre les stratégies nationales et régionale, les budgets programmes biennaux et l'exécution du programme régional font l'objet d'une surveillance et d'un contrôle continus. Des critères ont été formulés par une réunion d'experts régionaux.² Les directives OMS pour l'évaluation des programmes sont utilisées. La documentation pertinente est publiée par le Bureau régional dans une nouvelle série intitulée "Développement sanitaire en Afrique" et dans la série de documents techniques sous la cote AFR/EXM (Direction générale). Pour la promotion et le soutien, la Région africaine s'est dotée d'une Charte sanitaire en 1979.³ Des mémorandums d'accord et des plans d'action détaillés ont été établis par le Bureau de l'OMS pour l'Afrique, la CEA, le CILSS. D'autres accords sont en cours de négociation.

88. Le Comité remarque que la Région africaine a déjà entrepris les actions nécessaires en ce qui concerne sa responsabilité dans la surveillance et l'évaluation (paragraphe 33 du plan d'action). En effet, un comité d'experts sur le choix des indicateurs a eu lieu à Brazzaville en décembre 1980 (point 6.2 de l'ordre du jour). La résolution AFR/RC30/R9 reprend le calendrier de l'évaluation proposé par le plan d'action.

89. Le Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS) a examiné les mécanismes à mettre en place et le calendrier retenu pour l'évaluation de la stratégie régionale (Brazzaville, 22-26 juin 1981). Il a exprimé son accord sur le calendrier qui tient compte de la périodicité du Programme général de Travail, du Budget Programme biennal et du rapport d'activité du Bureau régional. Le Directeur régional se propose de mettre en place les mécanismes d'évaluation, y compris l'appui informationnel en 1982. Il soumettra au Comité régional en 1985 le premier rapport d'évaluation sur l'adéquation de la formulation des programmes et leur état d'avancement (paragraphe 6 l) du dispositif).

90. Le Comité adopte le calendrier proposé au paragraphe 38 du plan d'action.

¹ GARS/2000.

² Document AFR/TRS/12.

³ Résolution AFR/RC29/R11.

Résolution WHA34.37 - Ressources destinées aux stratégies en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici à l'an 2000

91. Le Directeur régional invite instamment les Etats Membres à lui communiquer, sur la base de leurs stratégies, leurs besoins chiffrés en ressources extérieures nécessaires à l'exécution de leurs plans d'action. Il fera périodiquement rapport au Comité par la médiation du Groupe africain de Ressources Santé/2000 (GARS/2000), homologué au niveau régional du Groupe mondial HRG/2000.

92. Le Directeur régional tient à rappeler au Comité l'existence des mécanismes de la CTPD pour recenser les besoins en ressources extérieures à l'appui des stratégies, harmoniser les ressources disponibles, en rationaliser l'emploi et mobiliser éventuellement des ressources supplémentaires. Le Comité permanent CTPD fait rapport chaque année au Comité régional. Celui-ci sera informé de l'état de situation du flux international de ressources pour la stratégie lors de sa trente-deuxième session (Décision No 6).

93. Le Directeur régional tiendra en outre informé le Comité par l'intermédiaire de ses rapports périodiques des résultats des actions conjointes de l'OMS et des contributeurs au développement sanitaire.

Résolution WHA34.24 - Signification de l'action de santé internationale de l'OMS menée au plan de la coordination et de la coopération technique

94. Le Directeur régional tient à réaffirmer sa détermination à aider les Etats Membres à substituer la coopération technique entre partenaires égaux à l'assistance technique, essentiellement paternaliste. Il tient à rappeler que les fonctions de coordination et coopération techniques sont complémentaires.

95. Le Comité prend note des différents mécanismes de concertation mis en place ces dernières années en vue de promouvoir, en matière de développement sanitaire, l'autoresponsabilité des Etats Membres : le Sous-Comité du Programme, le Comité permanent pour la Coopération technique entre Pays en Développement (CTPD), la Réunion régionale pour le Programme (RPM), le Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS), le Comité consultatif africain pour la Recherche médicale (CCARM) et le Groupe africain de Ressources "Santé 2000" (GARS).

96. Le Directeur régional invite les Etats Membres à renforcer individuellement et collectivement cette participation à la formulation des principes, des politiques et des programmes (paragraphe 5 (1) du dispositif).

97. Les budgets programmes biennaux de l'OMS sont désormais élaborés en étroite coopération entre le Secrétariat et les Etats Membres. La programmation budgétisation détaillée est faite quelques mois avant le début de la phase d'exécution permettant ainsi une flexibilité qui se poursuit même pendant la mise en oeuvre. L'attention du Comité est attirée à nouveau sur le paragraphe 5 du dispositif de la résolution WHA33.17 qui prie le Directeur régional et les Directeurs régionaux d'agir au nom de la collectivité des Etats Membres en donnant une suite favorable aux demandes des gouvernements seulement si celles-ci sont conformes aux politiques de l'Organisation (paragraphe 5 (2) du dispositif).

98. Les Programmes généraux de Travail pour une période déterminée ainsi que les programmes à moyen terme de l'OMS qui en découlent sont formulés en concertation avec les Etats Membres et visent à apporter l'appui désirable aux programmes nationaux. Le Comité invite les autorités nationales à en tenir compte pour l'élaboration des programmes relatifs à l'action de développement sanitaire, notamment lors de la programmation budgétisation détaillée (paragraphe 5 (3) du dispositif).

Résolution WHA34.26 - Promotion de la prévention des effets sanitaires adverses des catastrophes et situations d'urgence grâce à un bon état de préparation

99. Le Directeur régional a mis en place depuis septembre 1972 un Comité des Urgences, conformément à l'Article 2 (d) de la Constitution de l'OMS. Ce comité assure le suivi de toutes les actions relatives aux aspects sanitaires des catastrophes et situations d'urgence.

100. Le Comité invite les Etats Membres à créer des comités multisectoriels nationaux pour les catastrophes et situations d'urgence. La mise en place de tels comités ou de mécanismes similaires préparera mieux les Etats Membres à faire face aux catastrophes et à participer à la coordination plus efficace des opérations de secours.

Résolution WHA34.31 - Collaboration avec le système des Nations Unies : coopération avec les Etats ayant récemment accédé à l'indépendance et avec les Etats en voie d'y accéder en Afrique : Lutte de libération en Afrique australe - Aide aux Etats de la Ligne de front

101. Le Directeur régional, en étroite collaboration avec le Directeur régional, entend poursuivre la coopération technique en matière de santé avec les Etats de la Ligne de front, le Souaziland et les Mouvements de Libération nationale reconnus par l'OUA (résolutions AFR/RC30/R14 et AFR/RC30/R4).

102. Un programme d'activités interpays est élaboré pour renforcer et assurer la coopération technique en matière de santé avec les trois Mouvements de Libération nationale qui demeurent en lutte (ANC, PAC et SWAPO).

103. Le Comité note avec intérêt les mesures appropriées du Bureau régional pour la préparation d'une Conférence internationale sur le thème "Apartheid et Santé" conformément à la résolution AFR/RC30/R4.

Résolution WHA34.34 - Collaboration avec le système des Nations Unies : coopération avec les Etats ayant récemment accédé à l'indépendance et avec les Etats en voie d'y accéder en Afrique : Lutte de libération en Afrique australe - Aide à la Namibie

104. Le Directeur régional a dégagé pour le biennium 1980-1981 US \$139 000. Il a collaboré aux prestations sanitaires dispensées aux Namubiens, en Zambie et en Angola, dans le cadre du projet interpays "Coopération sanitaire avec la SWAPO".

105. Le Bureau régional a coopéré avec la SWAPO dans la mise en oeuvre de sa programmation sanitaire par pays (1981-1984). Des bourses ont été accordées à des étudiants namubiens. De même, le Directeur régional a fourni des vaccins et médicaments. Pour le biennium 1982-1983, le Directeur régional a prévu US \$123 200 au titre de la coopération sanitaire avec la Namibie.

106. Le Directeur régional continuera de tenir le Comité régional informé de toutes actions prises par le biais de ses rapports périodiques.

Résolution WHA34.32 - Collaboration avec le système des Nations Unies : coopération avec les Etats ayant récemment accédé à l'indépendance et avec les Etats en voie d'y accéder en Afrique - Programme spécial de coopération avec la République de Guinée équatoriale

107. Le Directeur régional a demandé aux Etats Membres de participer à l'action de solidarité africaine en matière de santé en Guinée équatoriale, conformément au paragraphe 3 du dispositif de la résolution AFR/RC30/R3. Plusieurs pays (Cameroun, Gabon, Kenya, Libéria) ont répondu positivement à cet appel.

108. Le Directeur régional, à la suite d'une visite officielle en Guinée équatoriale, a pris des mesures appropriées pour la mise en oeuvre du programme spécial de coopération sanitaire avec ce pays.

109. Le Directeur régional se propose, au cours des prochains exercices de programmation budgétisation, de renforcer l'action de coopération sanitaire en Guinée équatoriale.

Résolution WHA34.33 - Collaboration avec le système des Nations Unies : coopération avec les Etats ayant récemment accédé à l'indépendance et avec les Etats en voie d'y accéder en Afrique - Programme spécial de coopération avec la République du Tchad

110. Le Directeur régional continuera d'apporter son appui au programme de coopération sanitaire au Tchad. Pour le biennium 1982-1983, il est prévu, pour mettre en oeuvre le programme sanitaire au Tchad, un montant double du biennium 1980-1981.

111. Le Directeur régional, en étroite collaboration avec le Directeur général, a dégagé les fonds nécessaires pour la fourniture de médicaments et vaccins.

112. L'OMS a participé à la mission humanitaire conduite au Tchad par le Sous-Secrétaire général des Nations Unies du 1er au 14 mars 1981. L'OMS a lancé un appel à la communauté internationale à la suite de l'évaluation de la situation sanitaire. Le rapport de la mission indique que les besoins urgents du Tchad en matière de santé nécessitent une mobilisation de US \$7 500 000.

113. Conformément au paragraphe 2 du dispositif de la résolution AFR/RC30/R19, cinq pays de la Région ont manifesté leur désir d'aider la République du Tchad.

114. Le Directeur régional se propose de fournir au Comité des informations détaillées sur les actions de santé dans le prochain rapport biennal 1980-1981.

Résolution WHA34.35 - Collaboration avec le système des Nations Unies : Questions générales - Assistance sanitaire aux réfugiés d'Afrique

115. Le Bureau régional pour l'Afrique a toujours participé à toutes les actions d'assistance sanitaire aux réfugiés dont le nombre se situe maintenant entre 4 et 6 millions. Le Directeur régional a collaboré étroitement avec l'OUA pour toutes les activités visant à secourir les réfugiés.

116. Le Bureau régional participe activement au programme d'aide exécuté au bénéfice de ces réfugiés, notamment par l'apport en médicaments et de consultants chaque fois que le besoin se fait sentir. Un fonctionnaire régional chargé de la coordination est responsable des opérations d'urgence. Un Comité des Urgences a été mis en place et se réunit en cas de besoin pour recommander les mesures qui s'imposent.

117. L'OMS a participé à la Conférence internationale des Nations Unies sur les réfugiés et les personnes déplacées en Afrique qui a eu lieu à Genève les 9 et 10 avril 1981. Le Bureau régional pour l'Afrique a soumis à cette conférence 20 projets de santé et sur les établissements humains présentés par cinq pays (Angola, République centrafricaine, République unie du Cameroun, Rwanda et Ouganda). Le Directeur régional a soumis à la communauté internationale un projet régional de coopération pour les urgences destiné aux réfugiés africains d'un montant de US \$3 500 000 pour la période 1981-1985.

118. Le Comité sera informé des actions prises par le biais des rapports périodiques du Directeur régional.

Résolution WHA34.30 - Collaboration avec le système des Nations Unies : Année internationale des Personnes handicapées, 1981 - Activités de coopération de l'OMS dans le cadre du système des Nations Unies pour la prévention de l'invalidité et la réadaptation

119. La coopération de l'OMS dans le cadre du programme du système des Nations Unies pour la prévention de l'invalidité et la réadaptation fait partie intégrante des activités visant à réaliser l'objectif de la santé pour tous d'ici à l'an 2000.

120. Afin d'encourager les Etats Membres de la Région à lancer et exécuter des programmes nationaux à l'occasion de l'Année internationale des Personnes handicapées, le Directeur régional a donné aux Coordonnateurs des Programmes de l'OMS des instructions détaillées concernant les objectifs, les approches et les activités qu'il serait souhaitable de mettre en oeuvre.
121. Le Comité accueille avec satisfaction ces directives et invite les Etats Membres à mettre en place les comités nationaux à l'occasion de l'Année internationale des Personnes handicapées.
122. Le Comité demande au Directeur régional de préparer un plan d'action visant à soutenir les activités nationales sur la prévention de l'invalidité et la réadaptation (paragraphe 2 (1) et 2 (2) du dispositif).
123. Les moyens de détection précoce, de prévention et de réadaptation de l'animation ont été analysés dans un rapport discuté lors du Séminaire régional sur "l'éducation des handicapés mentaux" organisé par le Bureau régional de l'UNESCO pour l'Afrique (Brazzaville, novembre 1980).
124. En collaboration avec le Siège, deux conférences-ateliers sont prévues au Botswana et au Nigéria; elles porteront sur la réadaptation fondée sur la collectivité.
125. Un projet interpays a été réorienté de façon à inclure un poste d'enseignant en chirurgie orthopédique et en réadaptation, afin de fournir les soins nécessaires aux infirmes de la lutte de libération politique en Afrique australe. Deux projets nationaux (Ethiopie et Lesotho) concernant la prévention de l'invalidité et la réadaptation des personnes handicapées bénéficient de l'appui de l'OMS. L'Hôpital orthopédique d'Igbobi (Lagos, Nigéria) a été désigné comme centre collaborateur OMS pour la recherche et la formation en orthopédie et réadaptation.
126. Le Comité demande au Directeur régional de renforcer les activités en cours (paragraphe 3 (1), 3 (2) et 3 (3) du dispositif).

Résolution WHA34.22 - Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

127. Le Directeur régional attire l'attention du Comité sur cette résolution dans l'esprit de la résolution WHA33.17. Le Comité prend note des activités préparatoires en cours visant à aider les Etats Membres à mettre en application le code :

- i) organisation d'ateliers nationaux sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant;
- ii) inventaire des législations nationales existantes et ayant une relation avec le code international.

128. Le Comité invite les Etats Membres qui désireraient obtenir la coopération des producteurs étrangers à rechercher les bons offices du Directeur régional. Il demande au Directeur régional de rendre compte, dans ses rapports périodiques, de l'observation et de l'application du code international.

Résolution WHA34.23 - Valeur nutritionnelle et innocuité des produits spécifiquement destinés à l'alimentation du nourrisson et de l'enfant en bas âge

129. Des études seront entreprises dans la Région. Le Comité invite les Etats Membres à établir des laboratoires de référence dans chaque Sous-Région. Il demande au Directeur régional d'assurer les services consultatifs nécessaires aux gouvernements pour formuler des projets nationaux où seront pris en compte la fourniture d'équipement et de matériel ainsi que la formation du personnel (paragraphe 1 du dispositif).

130. L'attention de la FAO sera attirée sur ce sujet important au cours de la prochaine réunion de la Commission régionale mixte FAO/OMS/OUA pour l'Alimentation et la Nutrition en Afrique prévue à Accra, Ghana, en septembre 1981 (paragraphe 2 du dispositif).

131. Le Comité invite les Etats Membres à apporter leur contribution bénévole (paragraphe 3 du dispositif). La République populaire du Mozambique a offert les services de son Laboratoire national d'Hygiène, de l'Eau et des Aliments.

Résolution WHA34.25 - Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement

132. Le Comité invite les Etats Membres à prendre les mesures nécessaires pour la constitution ou le renforcement de mécanismes appropriés, tels les comités d'action nationaux dont le rôle est déterminant dans la formulation de politiques, plans et programmes de développement du secteur eau/assainissement. Il demande au Directeur régional de les appuyer.

133. Le Comité recommande aux Etats Membres de coordonner la lutte contre les maladies diarrhéiques et autres maladies à transport hydrique sur les plans national, sous-régional et régional.

134. Le Directeur régional propose aux Etats Membres d'élargir le cadre d'actions pour la Décennie, en prenant appui sur les secteurs nationaux concourant au développement de l'infrastructure économique primaire (agriculture, élevage) et secondaire (industries agro-alimentaires), et au développement social (écoles, centres sociaux) afin d'inscrire les projets de la Décennie dans la perspective du développement global au bénéfice des populations défavorisées.

135. Le Comité demande au Directeur régional de soutenir l'expérience des nationaux en matière d'évaluation de l'avancement des programmes, participer activement à la collecte et à la diffusion d'informations technologiques adaptées aux besoins de la Région, et à la formation des agents de toutes catégories, faire mieux connaître les expériences des autres Régions et des pays africains dans le domaine de la planification.

Résolution WHA34.14 - Etude organique sur le rôle de l'OMS dans la formation en santé publique et en gestion des programmes sanitaires, y compris l'utilisation de la programmation sanitaire par pays

136. Le Comité a examiné comment mettre en oeuvre concrètement les recommandations de cette importante étude organique conformément au paragraphe 4 du dispositif de la résolution WHA34.14. Il invite tous les Etats Membres intéressés à mettre en oeuvre les conclusions et recommandations de la présente étude organique dans le cadre de l'action déjà amorcée.

137. Le Directeur régional invite les Etats Membres, conformément à la résolution AFR/RC30/R9, à formuler des plans d'action nationaux détaillés mettant l'accent sur les soins de santé primaires (SSP) et les mécanismes de gestion et à mettre en oeuvre leur stratégie nationale avec l'appui de l'OMS, de l'OUA, des organisations et institutions des Nations Unies et les autres sources extérieures de financement.

138. En même temps, le Directeur régional invite les institutions nationales à remettre aux Coordonnateurs des Programmes de l'OMS leur programme de formation en gestion en général et en gestion sanitaire en particulier.

139. Le Comité prie les Etats Membres de communiquer au Directeur régional les noms des nationaux spécialisés en gestion sanitaire.

140. Le Comité demande au Directeur régional d'élaborer, en collaboration avec les Etats Membres, une stratégie régionale et un plan d'action pour le développement, selon le canevas déjà envoyé aux pays de la Région.

141. Le Comité demande au Directeur régional de présenter la stratégie régionale révisée à la trente-deuxième session du Comité régional en septembre 1982 conformément au calendrier d'exécution du plan d'action pour la mise en oeuvre de la stratégie mondiale (paragraphe 3 (1), 3 (2), 3 (3) du dispositif).

142. A la suite de la Consultation régionale sur la Formation en Gestion sanitaire qui s'est tenue à Arusha du 21 au 25 juillet 1980, le Directeur régional a élaboré un plan d'action pour l'établissement d'un réseau de programmes de développement en gestion sanitaire en Afrique.

143. La première phase du développement du réseau a commencé en juin 1981 avec 13 institutions qui ont exprimé leur intérêt et renforcé leur capacité technique en enseignement de la gestion. Ces institutions sont réparties dans les trois Sous-Régions CTPD (quatre en Sous-Région I, quatre en Sous-Région II et cinq en Sous-Région III). Les autres institutions se joindront au réseau au cours des phases ultérieures.

144. Le Comité demande au Directeur régional de préparer en 1984 le plan d'action de la phase II, à la suite des échanges d'expériences des participants de la première phase qui durera deux ans.
145. Le Directeur régional a organisé à Brazzaville, du 1er au 5 décembre 1980, la sixième réunion des Doyens et Directeurs des Facultés, Ecoles et Centres universitaires des Sciences de la Santé; 42 Doyens et Directeurs y ont participé : ils ont insisté sur l'impérieuse nécessité d'intégrer l'enseignement des soins de santé primaires et des processus gestionnaires de développement dans le cursus des études des sciences de la santé. Ils ont invité les Ministres de la Santé et de l'Education à joindre leurs efforts en vue de promouvoir la formation en gestion sanitaire dans toutes les institutions nationales.
146. Le Comité demande au Directeur régional de le tenir régulièrement informé des progrès accomplis à travers divers rapports périodiques compte tenu de l'importance de la formation en gestion sanitaire pour atteindre l'objectif santé pour tous d'ici à l'an 2000.
147. Le Comité adopte la résolution AFR/RC31/R6.

INCIDENCES REGIONALES DES ORDRES DU JOUR DE LA SOIXANTE-NEUVIEME SESSION DU CONSEIL EXECUTIF ET DE LA TRENTE-CINQUIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE

148. Le rapport du Directeur¹ est présenté par un membre du Secrétariat. Celui-ci indique les incidences régionales de la soixante-neuvième session du Conseil exécutif et de la Trente-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé.
149. Le Comité note avec satisfaction que les ordres du jour des organes délibérants sont reflétés dans l'ordre du jour provisoire de la trente-deuxième session du Comité régional pour l'Afrique (Annexe 8).
150. Le Comité adopte l'ordre du jour provisoire de la trente-deuxième session du Comité régional. La Décision de Procédure No 6 est prise à cet effet.

DISCUSSIONS TECHNIQUES A LA TRENTE-CINQUIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE

151. Le Dr Adandé Menest (Gabon), membre du Conseil exécutif, présente le document AFR/RC31/8 sur les discussions techniques à la Trente-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé. Lors de sa Vingt-Huitième session, l'Assemblée mondiale de la Santé, par la résolution WHA28.81, a prié le Directeur général "de porter une attention spéciale dans le programme futur de l'OMS, à l'ampleur et à la gravité des problèmes que posent au niveau de l'individu, de la santé publique et de la société, l'état actuel de l'usage d'alcool dans de nombreux pays

¹ Document AFR/RC31/7.

du monde et la tendance à un accroissement de la consommation". Cette résolution demande également au Directeur général "d'étudier en profondeur les actions qui pourraient être engagées pour freiner l'accroissement de la consommation d'alcool qui menace la santé publique".¹

152. La Trente-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé par sa résolution WHA32.40 a réitéré la préoccupation des Etats Membres et prié le Directeur général "de renforcer les moyens dont dispose l'OMS pour donner suite aux demandes d'appui présentées par les gouvernements qui s'efforcent de faire face aux problèmes associés à la consommation d'alcool". La soixante-sixième session du Conseil exécutif a choisi "la consommation d'alcool et les problèmes liés à l'alcool" comme sujet des discussions techniques qui auront lieu à la Trente-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé.

153. L'attention des représentants est attirée sur les problèmes et dommages causés par l'abus de la consommation d'alcool à la santé des individus et ce, dans toutes les couches de la société, y compris les jeunes et les femmes. Aucune mesure ne s'avère actuellement satisfaisante. Le document présenté est un canevas demandant aux Etats Membres de réfléchir sur le problème et d'apporter leur contribution aux recommandations et conclusions des discussions qui auront lieu à la Trente-Cinquième Assemblée mondiale. Un questionnaire en annexe aidera les Etats Membres à étudier au niveau national les multiples aspects de ce sujet complexe, notamment pour ce qui est de : i) la consommation d'alcool et des problèmes liés à l'alcool; ii) la prévention des problèmes liés à l'alcool; le développement des politiques et programmes concernant les problèmes liés à la consommation d'alcool.

154. Les nombreuses interventions qui ont suivi cette présentation prouvent l'intérêt du thème retenu pour les discussions techniques. Les orateurs sont unanimes à exprimer leur inquiétude devant l'ampleur croissante de la consommation d'alcool et la gravité des problèmes qui lui sont liés. Plusieurs d'entre eux insistent sur l'urgence de procéder à un inventaire de la situation, à son analyse et à la prise des mesures qui s'imposent pour lutter contre le fléau.

155. Les nombreuses conséquences néfastes de la consommation d'alcool ont été soulignées : accidents de la circulation et de travail, augmentation de la criminalité, divorces, abandon d'enfants livrés à la délinquance, maladies organiques et mentales qui perturbent le développement social, culturel et économique.

¹ Recueil des Résolutions et Décisions de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif - vol.2, p. 71.

156. Les aspects socio-économiques de la production et de la consommation d'alcool ont particulièrement préoccupé les représentants des Etats Membres, dont certains font part de leur expérience nationale de lutte contre ce problème.
157. Le Comité souhaite des études plus approfondies sur les causes favorisantes de l'alcoolisme (sous-développement économique, marché commercial déficient, manque de structures sociales d'accueil pour les jeunes, etc.).
158. L'association fréquente alcoolisme/toxicomanie a été soulignée. Elle impose d'associer la lutte contre la drogue à celle contre l'alcool.
159. Tout en reconnaissant la difficulté de combattre ce fléau qu'est l'alcoolisme, les représentants évoquent des mesures variées : limitation des importations d'alcool, information et éducation du public, notamment sur les lieux de travail et à l'école, développement socio-économique des zones rurales, code sur la production et la commercialisation de l'alcool, charte pour la lutte contre l'alcoolisme, toutes mesures axées sur l'éducation.
160. Le Comité reconnaît que pour contrôler le problème complexe de la consommation abusive d'alcool, diverses décisions politiques et activités en interrelation sont nécessaires aux niveaux national et international. Ceci inclut un ferme engagement politique, une coordination multisectorielle des ressources. Ce n'est pas seulement le ministère de la santé qui doit s'occuper de ce problème mais aussi ceux du travail, de l'éducation nationale, du transport, de la justice, etc.
161. Le Comité adopte la Décision de Procédure No 7 pour assurer la pleine contribution de la Région aux discussions techniques de la Trente-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé.

SURVEILLANCE DE L'APPLICATION DE LA POLITIQUE ET DE LA STRATEGIE EN MATIERE DU BUDGET
PROGRAMME : MODIFICATION AU BUDGET PROGRAMME 1982-1983

162. Le Dr J. S. Moeti (Botswana), Président du Sous-Comité du Programme, présente le rapport du Sous-Comité du Programme¹ sur ce point de l'ordre du jour.
163. Le document AFR/RC31/10 porte principalement sur les huit composantes des soins de santé primaires (SSP) avec un accent spécial sur les trois programmes ayant l'an 1990 pour horizon. Une attention particulière est accordée aux maladies diarrhéiques, à la tuberculose, aux médicaments essentiels, sujets qui seront étudiés par la soixante-neuvième session du Conseil exécutif. Le document indique aussi les principales tendances du Budget Programme 1980-1981 et précise les modifications au Budget Programme 1982-1983 par suite de la planification détaillée.

¹ Le rapport du Sous-Comité figure à l'Annexe 9.

164. Le Comité prend note des modifications intervenues dans le Budget Programme 1982-1983 qui sont dues :

- i) aux coûts des réunions CTPD;
- ii) à l'aménagement des structures du Bureau régional eu égard à ses nouvelles fonctions;
- iii) à l'introduction des bourses d'étude dans les programmes spécifiques.

165. Les modifications dans les allocations aux différents programmes par comparaison au budget programme approuvé pour 1982-1983 répondent à la programmation détaillée effectuée par les pays et à la mise en oeuvre des nouvelles orientations programmatiques. Elles doivent être considérées comme l'expression de la souplesse de la procédure de programmation budgétisation biennale.

166. Le Comité constate que l'exécution du Budget Programme 1980-1981 et la planification détaillée du Budget Programme 1982-1983 sont conformes à la politique, à la stratégie et aux directives programmatiques des organes délibérants. Il adopte la résolution AFR/RC31/R7.

PARTICIPATION DES MEMBRES DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME AUX REUNIONS D'INTERET PROGRAMMATIQUE

167. Le Dr P. C. de Medina présente ce point de l'ordre du jour en rappelant que, lors de sa trentième session, par la Décision No 8, le Comité régional a invité les membres du Sous-Comité du Programme participant à une même réunion d'intérêt programmatique à présenter un rapport conjoint soulignant notamment la répercussion des conclusions et recommandations sur le programme régional.

168. Six réunions ont été retenues à cet effet pour l'exercice 1980/1981. Les membres du Sous-Comité désignés ont fait rapport sur la participation à trois des réunions les plus importantes :

- a) Réunion des Doyens et Directeurs des Facultés, Ecoles et Centres universitaires des Sciences de la Santé;
- b) Séminaire régional sur l'Enseignement et les Prestations des Soins de Santé;
- c) Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire.

169. Le Comité prend note de la faible participation des membres du Sous-Comité aux réunions programmatiques. Il invite ses membres devant participer à des réunions programmatiques à planifier leurs activités en conséquence.

170. A cette occasion, le Comité note avec regret qu'aucune des quatre organisations internationales invitées à la deuxième réunion du CCADS en juin 1981 ne se soit fait représenter.

171. Le Comité prend note des recommandations du CCADS : i) encouragement des gouvernements à mettre en place des mécanismes permanents de concertation tels que les conseils multisectoriels de santé; ii) inventaires multisectoriels des problèmes sanitaires pour servir d'outil à l'élaboration de la programmation sanitaire dans chaque pays; iii) adoption avec amendements du plan d'action de la stratégie de lutte antipaludique; iv) adoption avec amendements de la stratégie régionale pour les processus gestionnaires de développement sanitaire. Il adopte la résolution AFR/RC31/R8.

VISITES DES RESPONSABLES DES ETATS MEMBRES DANS D'AUTRES PAYS DE LA REGION

172. Le Dr O. Diallo (Guinée) présente le rapport du Sous-Comité concernant ce point de l'ordre du jour. Au 15 juillet 1981, huit visites ont été effectuées par les pays suivants : Gambie, Guinée, Guinée équatoriale, Lesotho, Libéria, Sierra Leone, Togo et Zaïre. Ces visites ont fait l'objet de cinq rapports : i) rapport de visite d'études au Gabon par les membres de la délégation togolaise; ii) rapport de visite d'études aux Seychelles par les membres de la délégation togolaise; iii) rapport de visite d'études au Cameroun par les membres de la délégation zaïroise; iv) rapport de visite d'études au Togo par les membres de la délégation zaïroise; v) rapport de visite d'études au Malawi par les membres de la délégation de la Sierra Leone.

173. Chaque rapport fait mention des objectifs, du déroulement de la visite, ainsi que des commentaires et/ou recommandations des délégations. Ces rapports constituent un nouveau mécanisme CTPD utile et efficace.

174. Le Directeur régional indique que l'application du plan quinquennal se fait avec toute la souplesse requise. Une plus grande souplesse permettra de mieux planifier les dates et durée de ces visites.

175. Les Coordonnateurs des Programmes OMS des pays visités contribuent à la préparation de ces visites en fournissant les informations sur les pays visités et le programme de visite préalablement établi avec les autorités nationales.

176. Le suivi de ces visites est particulièrement important, non seulement pour les pays concernés mais aussi pour tous les pays de la Région. C'est pourquoi il est indispensable que ces visites soient concrétisées par un rapport. Ce rapport doit être :

- i) conjoint entre pays visiteurs et pays visités;
- ii) non seulement analytique mais aussi critique, pour tirer meilleur profit de l'expérience des pays visités; les observations et les recommandations suscitées par ces analyses critiques seront bénéfiques au processus de développement sanitaire de l'ensemble de la Région;

- v) création et mobilisation de toutes les ressources disponibles de l'ensemble des secteurs de l'activité nationale;
- v) coopération socio-sanitaire et économique entre les pays et utilisation des dispositifs régionaux de l'OMS pour faciliter une telle coopération.

206. Les structures de l'OMS ont subi des modifications eu égard à ses nouvelles fonctions. L'OMS a été amenée à modifier les processus qu'elle applique pour élaborer et gérer son programme. Les programmes généraux de travail sont formulés sur la base des politiques de l'Organisation et des stratégies adoptées. Ces programmes de travail sont ensuite transformés en programmes à moyen terme, lesquels constituent à leur tour la base des budgets programmes biennaux. Un processus de surveillance continue permet de suivre la mise en oeuvre des programmes. L'évaluation de l'efficience et l'efficacité permet d'améliorer ces programmes selon les besoins. Le recueil des informations pertinentes pour toutes ces composantes et à partir de celles-ci fait partie intégrante du processus gestionnaire. Les relations entre PGT.7, programmes à moyen terme et Budget Programme 1984-1985 peuvent être schématisées de la façon suivante :

Processus gestionnaire	PGT.7	Programme à moyen terme	Budget Programme 1984-1985
Eléments	- Objectif) - Buts) - Approches))))) Plus (+))))) Plus (+) - Activités spécifiques et allocations des ressources

207. La programmation à moyen terme permettra d'adapter le PGT.7 aux besoins de la Région africaine conformément aux recommandations du Comité régional¹ lors de sa trentième session. Les programmes à moyen terme seront élaborés en concertation étroite avec les Etats Membres et leur mise en forme définitive interviendra en février 1982 lors de la Sixième Réunion régionale pour le Programme (RPM). Le Comité apprécie la souplesse du processus gestionnaire mis en place et appliqué pour la première fois pour le biennium en cours.

208. La liste ordonnée des programmes spécifiques de l'OMS reflète un modèle directeur pour le soutien des systèmes sanitaires nationaux et comprend quatre grandes catégories de programme ayant les fonctions et caractéristiques suivantes :

- i) Direction, coordination et gestion : Cette catégorie de programme constitue la base politique et gestionnaire de l'ensemble des programmes.
- ii) Infrastructure des systèmes de santé : Ces programmes s'emploient à promouvoir et à soutenir la mise en place par tous les Etats Membres de systèmes de santé complets fondés sur les soins de santé primaires.
- iii) Science et technologie de la santé : Ces programmes produisent, rassemblent et diffusent des informations sur les techniques sanitaires pouvant être utilisées par les systèmes de santé dans les divers contextes politiques, sociaux et économiques.
- iv) Appui au programme : Cette quatrième catégorie apporte au programme de l'OMS, selon les besoins, un soutien informationnel, organisationnel, financier, administratif et matériel.

209. Le Comité fait siennes les observations et recommandations spécifiques formulées par le CCADS qui portent essentiellement sur le chapitre 7 :

- i) le Comité souligne la nécessité de disposer d'infrastructure et de personnels compétents dès le début du PGT.7; tout le développement dans le domaine de la science et de la technologie dépend de cette infrastructure;
- ii) programme 6 : Information du public et éducation pour la santé : dans la section approches, deuxième paragraphe, les mots qui suivent "matériels" doivent être remplacés par : "y compris la formation à l'éducation pour la santé dans les programmes d'enseignement pour toutes les catégories de travailleurs de la santé";
- iii) en ce qui concerne le programme 8.1 : Nutrition, il est suggéré qu'AFRO garde à l'esprit l'importance de l'iode dans la lutte contre le goitre lors de la préparation du programme à moyen terme pour la Région;

¹ Résolution AFR/RC30/R10.

- iv) pour le programme 8.2 relatif à la Santé bucco-dentaire : en ce qui concerne les approches, il est proposé que la première phrase soit reformulée comme suit : "L'accent sera mis sur la prévention en faisant appel à tous les moyens disponibles, y compris le recours au fluorure";
- v) programme 11.1 : Approvisionnement public en eau et assainissement : l'objectif 1990 semble être trop ambitieux, étant donné les contraintes actuelles quant aux personnels et aux ressources.
- vi) programme 13.3 : Paludisme : des réserves ont été exprimées en ce qui concerne la cible No 2 qui semble trop ambitieuse; cette cible doit faire l'objet d'une réévaluation compte tenu de ce que le P. falciparum devient résistant aux amino-4-quinoléines; il est suggéré une quatrième cible : "Les recherches seront menées pour trouver des technologies de rechange afin de résoudre le problème du paludisme" dans le cadre des SSP et en collaboration avec TDR.

Le Comité retient une fois encore l'importance accordée à la législation sanitaire pour le développement des systèmes de santé et particulièrement l'appui de l'OMS aux pays, dans les différents domaines de la formation des spécialistes, d'échanges d'information et de renforcement des mécanismes permettant de déterminer et de rédiger les dispositions législatives nécessaires.

210. Le Comité adopte la résolution AFR/RC31/R10.

STRATEGIE REGIONALE DE LUTTE ANTIPALUDIQUE

211. En l'absence du Dr A. F. Pina, membre du Sous-Comité du Programme, empêché, le Secrétariat présente le chapitre du rapport correspondant à ce point de l'ordre du jour. Le Comité insiste depuis 1975 sur la nécessité de mobiliser les efforts nationaux en vue d'assurer le succès des programmes de lutte antipaludique.

212. En 1977, un plan détaillé de lutte antipaludique a été élaboré. Fermes dans leur volonté d'accéder à l'état de santé pour tous d'ici à l'an 2000, les Etats Membres ont décidé en 1980 de formuler leurs stratégies nationales de lutte antipaludique en tenant compte de nouvelles orientations programmatiques (SSP et stratégie régionale de développement).

213. Le Comité note avec satisfaction que le document AFR/RC31/15 répond à la résolution AFR/RC30/R17 par laquelle il invitait le Directeur régional à formuler et à présenter à la présente session une stratégie régionale de lutte antipaludique. Les pays ayant formulé leur stratégie de lutte antipaludique au 31 août 1981 sont au nombre de 28, portant le nombre d'habitants de la Région couverts par les programmes antipaludiques à 248,47 millions.

214. Les principaux objectifs des stratégies nationales de lutte antipaludique visent à : i) réduire la létalité et la morbidité dues au paludisme, au plus bas niveau possible; ii) minimiser l'effet néfaste du paludisme sur le développement socio-économique du pays; iii) assurer le statut des régions indemnes de paludisme; iv) éradiquer la maladie là où cela s'avère possible.

215. La stratégie régionale repose sur les stratégies nationales et s'inscrit dans le cadre de la stratégie régionale de développement sanitaire. Elle met l'accent sur l'approche "soins de santé primaires". La lutte contre le paludisme repose sur le développement de l'infrastructure sanitaire. Elle progressera au rythme du développement des SSP dans chaque pays, notamment pour le traitement des maladies et la protection des groupes vulnérables.

216. La formation des personnels de santé, l'information et l'éducation du public, ainsi que la participation des communautés, des travailleurs des autres secteurs et de la communauté internationale constituent la clé de voûte de la stratégie de la lutte antipaludique.

217. Le Comité note que :

- i) Le Programme de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales effectue des études sur l'efficacité du traitement du paludisme à dose unique de chloroquine en Haute-Volta; des réserves ont été émises sur la possibilité d'inductions de résistance;
- ii) la littérature fait état de résistance au premier degré de Plasmodium falciparum aux amino-4 quinoléines dans les pays suivants : Ethiopie, Kenya, Nigéria, Tanzanie, Zambie. Les recherches sont encore limitées;
- iii) la population cible est composée d'enfants de moins de cinq ans, de femmes enceintes et d'autres groupes vulnérables selon les pays;
- iv) les problèmes épidémiologiques, logistiques et financiers empêchent l'éradication du paludisme dans les zones non insulaires de la Région africaine; des expériences de pulvérisation intradomiciliaire d'insecticides antianophéliens sont citées par les représentants des pays insulaires; ces méthodes ne semblent pas plus coûteuses que la chimioprophylaxie dans le cadre des SSP; de plus, ces pulvérisations peuvent avoir un impact sur les vecteurs W. bancrofti;
- v) une surveillance épidémiologique stricte est nécessaire pour éviter toute réinfestation dans les îles;

vi) un accent particulier est mis sur la formation du personnel; les centres régionaux de formation existants ne suffisent pas; il est nécessaire de renforcer les programmes nationaux de formation dans le cadre de la CTPD;

vii) des efforts concertés de la communauté internationale sont indispensables pour la mise en oeuvre de la stratégie régionale; l'exécution des programmes nationaux de lutte antipaludique nécessitera des ressources extrabudgétaires.

218. Le Comité prend note de l'importance des programmes interpays dans la lutte antipaludique. Le Directeur régional, pour le biennium 1982-1983, consacre près de 62 % du budget du grand programme "Paludisme et autres maladies parasitaires" à la lutte antipaludique par le biais des projets interpays. Ceux-ci devront cependant être renforcés.

219. Le Comité adopte le plan d'action de mise en oeuvre de la stratégie régionale de lutte antipaludique par la résolution AFR/RC31/R11 (Annexe 10).

RAPPORT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES 1981 : "ROLE DES PROGRAMMES AYANT 1990 COMME HORIZON POUR ATTEINDRE LA SANTE POUR TOUS EN L'AN 2000"

220. Le Dr J. C. Mohith, Président des discussions, présente au Comité le document AFR/RC31/16 (Annexe 11) élaboré à partir des rapports de trois groupes de travail, anglophone, francophone et trilingue. Ces groupes ont choisi comme Coordonnateurs M. Gebre E. Teka (Ethiopie) et les Drs J. J. Séraphin (Madagascar) et U. Shehu (Nigéria). Le Comité avait déjà élu comme Rapporteurs Dr Kindi Ngassadi (Tchad) et les Drs N. Browne (Sierra Leone) et P. C. Medina (Guinée-Bissau). Ce dernier, empêché, a été remplacé par le Dr U. Fresta (Angola).

221. Les groupes réunis le 19 septembre ont étudié le document AFR/RC31/TD/1 préparé par le Dr J. C. Mohith et M. B. Wolde-Gabriel. Les discussions se sont déroulées selon un schéma reflétant les questions essentielles motivées par le document de travail et basé sur les trois programmes prioritaires : i) programme élargi de vaccination; ii) approvisionnement en eau et assainissement; iii) alimentation et nutrition. Chaque groupe a examiné les questions sur un des programmes prioritaires et les questions communes à l'ensemble des trois programmes.

Programme élargi de vaccination

222. Les participants sont d'avis que les objectifs du programme seront atteints si les cinq conditions suivantes sont remplies :

- i) politique clairement définie et adhésion totale du gouvernement au programme;

- ii) allocation des ressources nécessaires : financières, humaines et logistiques;
- iii) élaboration d'une législation appropriée;
- iv) attitude positive des travailleurs de la santé et de la collectivité vis-à-vis du programme;
- v) planification et gestion satisfaisantes du PEV sans oublier les objectifs à court terme et une évaluation intégrée.

Les trois groupes reconnaissent l'importance du soutien logistique de la formation des personnels et de l'engagement de la communauté.

Approvisionnement en eau et assainissement

223. Certains participants estiment que l'objectif "Eau potable et assainissement adéquat pour toutes les populations d'ici à 1990" est réalisable bien qu'il puisse paraître ambitieux. D'autres sont plus réticents, et considèrent que l'horizon 1990 est trop proche compte tenu notamment des ressources disponibles au niveau national. Il est reconnu que la réalisation de l'objectif Eau potable et assainissement adéquat pour toutes les populations d'ici à 1990 nécessite une mobilisation importante de ressources. A cet égard, l'effort national est déterminant et l'apport des sources de financement extérieures doit le compléter.

Alimentation et nutrition

224. Les participants estiment que la malnutrition résulte surtout d'un apport diététique insuffisant tant sur le plan quantitatif que sur le plan qualitatif. Il est donc nécessaire d'accroître la production vivrière, de lutter contre les gaspillages et d'éduquer la population en matière de nutrition.

Observations

225. Au terme de leurs discussions, les groupes ont noté les interrelations des trois programmes prioritaires. Ils recommandent la création de Comités intersectoriels et multidisciplinaires chargés de coordonner les différents programmes de développement sanitaire. Les mécanismes de la CTPD devront être utilisés. Le succès de ces trois programmes contribuera de manière décisive à la réalisation de l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000.

226. Le Comité prend note du document AFR/RC31/16 "Le rôle des programmes ayant 1990 comme horizon pour atteindre l'objectif SPT/2000" et adopte la résolution AFR/RC31/R14. Le Comité recommande en outre que l'OMS, en collaboration avec la FAO, participe à la mise en oeuvre du programme "Alimentation et Agriculture" du plan d'action de Lagos pour le développement en Afrique 1980-2000.¹

DESIGNATION DU PRESIDENT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES POUR 1982

227. Le Président de la trente et unième session du Comité régional propose de nommer le Dr Youssouf Diagana (Mauritanie) comme Président des discussions techniques à la trente-deuxième session du Comité régional. Ces discussions auront pour thème : "Mobilisation des collectivités en vue du développement sanitaire : approches et contraintes".

228. Cette proposition est entérinée par la Décision No 11.

CHOIX DU SUJET DES DISCUSSIONS TECHNIQUES POUR 1983

229. Le Directeur régional propose au choix du Comité les thèmes suivants pour 1983 :

- 1) Rôle du processus gestionnaire dans le développement sanitaire national pour atteindre l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000.
- 2) Prévention des invalidités et réhabilitation physique, mentale et sociale.
- 3) Approche intersectorielle et multidisciplinaire dans la mise en oeuvre des soins de santé primaires.
- 4) Place des facteurs culturels et socio-économiques dans le développement sanitaire en vue de l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000.
- 5) Place de la participation communautaire dans la lutte contre les maladies transmissibles en vue de la santé pour tous en l'an 2000.
- 6) Rôle de la recherche sur les services de santé pour atteindre l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000.

230. Le Comité a trouvé les sujets proposés pertinents. Ils rencontrent leur préoccupation actuelle dans la lutte pour plus de justice sociale. Le Comité reconnaît que les thèmes 1 et 3 revêtent une importance primordiale pour atteindre l'objectif social "Santé pour tous en l'an 2000". Le Comité décide de retenir pour 1983 le sujet suivant, synthèse des thèmes 1 et 3 : "Implications gestionnaires de l'approche intersectorielle et multidisciplinaire dans la mise en oeuvre des soins de santé primaires".

¹ OUA - 1 vol., 1981 pp 11-19.

231. Ce point de l'ordre du jour a fait l'objet de la Décision No 12.

RAPPORT DU SOUS-COMITE DE VERIFICATION DES POUVOIRS

232. Le Sous-Comité de Vérification des pouvoirs s'est réuni le 21 septembre 1981. Il était composé des représentants des 12 Etats Membres suivants : Angola, Bénin, Gabon, Ghana, Guinée-Bissau, Maurice, Mauritanie, Sao Tomé et Príncipe, Mali, Ouganda, Haute-Volta, Niger. Il a choisi comme Président le Dr M. M. Ould Hacen de la Mauritanie.

233. Le Sous-Comité a examiné les pouvoirs reçus par le Directeur régional et reconnu la validité des pouvoirs présentés par les Etats Membres suivants : Angola, Bénin, Botswana, Cap-Vert, République centrafricaine, Tchad, Comores, Congo, Ethiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Côte d'Ivoire, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Niger, Nigéria, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Souaziland, Togo, Ouganda, République unie du Cameroun, Haute-Volta, Zaïre, Zambie et Zimbabwe.

234. Le Sous-Comité n'a pu examiner les pouvoirs de Burundi, Guinée équatoriale et la Tanzanie dont les représentants n'étaient pas présents.

235. Bien que le Malawi et la Namibie n'aient pas présenté leurs pouvoirs, le Sous-Comité recommande, compte tenu des raisons données par les représentants de ces deux pays, qu'ils soient autorisés à participer aux délibérations du Comité régional.

236. Le Sous-Comité recommande en outre de se réunir à l'avenir deux fois : une fois le jour de l'ouverture du Comité régional et de nouveau au milieu de la session pour examiner les pouvoirs reçus après le jour d'ouverture.

DATES ET LIEUX DES TRENTE-DEUXIEME ET TRENTE-TROISIEME SESSIONS DU COMITE REGIONAL

237. Le Directeur du Programme de Soutien présente au Comité le document AFR/RC31/19. Il attire son attention sur la Décision No 12 prise à Brazzaville en 1980 de tenir sa trente-deuxième session à Libreville, en septembre 1982. Dans cette même décision, le Comité prenait note des invitations émanant de l'Angola et de la Zambie pour ses trente-quatrième et trente-cinquième sessions. Comme aucun fait nouveau n'a été enregistré, le Comité confirme la décision qu'il avait prise lors de sa dernière session.

238. Dans sa résolution AFR/RC18/R10¹ adoptée lors de sa dix-huitième session, le Comité régional suggérerait à titre indicatif que les sessions se tiennent au moins une année sur trois au Siège régional.

¹ Recueil des résolutions et décisions du Comité régional de l'Afrique, (1978), section 3, p. 14.

239. En tenant compte du fait que sa trente et unième session se tient actuellement à Accra et que, sur l'aimable invitation du Gouvernement de la République gabonaise, sa trente-deuxième session se tiendra à Libreville, le Comité décide de tenir la trente-troisième session du Comité régional à Brazzaville, en septembre 1983.

240. Le Comité a enregistré l'aimable invitation de la République du Mali pour sa trente-sixième session.

241. Le Comité adopte la Décision No 13.

CONCLUSIONS

242. Les activités de l'OMS pendant le biennium 1979-1980 reflètent les grandes mutations subies par l'Organisation ces dernières années en ce qui concerne ses nouvelles orientations programmatiques, ses structures eu égard à ses fonctions et ses méthodes de travail fondées sur les processus gestionnaires de développement. L'accent a été mis sur l'importance de la mise en oeuvre des stratégies nationales, régionale et mondiale en vue d'atteindre l'objectif social "Santé pour tous en l'an 2000". Le Comité donne au Secrétariat des directives précises concernant :

- i) le développement d'ensemble des programmes;
- ii) la coordination/coopération;
- iii) la planification et la gestion des services de santé;
- iv) la recherche sur les services de santé;
- v) le développement des personnels de santé.

243. Le Comité a souligné l'importance que les organes délibérants ont toujours accordée à la nécessité d'indicateurs appropriés dans la mise en place des mécanismes d'évaluation des stratégies nationales, régionale et mondiale. Quatre groupes d'indicateurs ont été retenus. Ils intéressent la politique sanitaire, les prestations médico-sanitaires, le niveau de santé des collectivités et la qualité de la vie.

244. Les activités régionales de recherche sont réorientées. Le Comité souligne l'importance et l'urgence de la création d'un système de diffusion des résultats de recherches. La recherche appliquée sur les services de santé, en particulier sur les SSP, est reconnue comme une priorité pour la Région. Les organismes nationaux doivent la stimuler en la subventionnant en priorité. Les ministères de la santé et les institutions de formation sont invités à collaborer étroitement au développement et à la gestion de cette recherche, en recourant aux mécanismes de la CTPD.

245. Le Comité a retenu trois candidats pour une bourse de recherche en médecine sociale ou en santé publique. Le Directeur régional transmettra au Secrétaire général de la Fondation Jacques Parisot ces candidatures avec les recommandations du CCARM.
246. Les propositions du Directeur régional relatives aux modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé ont fait l'objet de directives du Comité régional. Un plan d'action sera élaboré et soumis aux Etats Membres.
247. Les ordres du jour des organes délibérants sont reflétés dans l'ordre du jour provisoire de la trente-deuxième session du Comité régional. Le Comité souhaite en outre voir figurer un point intitulé "Examen du flux international de ressources pour la stratégie régionale de santé pour tous en l'an 2000".
248. Le Comité régional est particulièrement intéressé par les thèmes des discussions techniques à la Trente-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé : "Consommation d'alcool et problèmes liés à l'alcool". Les chapitres du rapport du Comité régional concernant ce sujet constitue la contribution régionale à ces discussions techniques.
249. Le Comité a examiné les modalités de mise en oeuvre de la politique et de la stratégie en matière de budget programme. Il constate que les modifications intervenues dans le Budget Programme 1982-1983 sont conformes aux nouvelles orientations programmatiques.
250. Le Comité souligne l'importance de la participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique. Il invite les membres devant participer à ces réunions à planifier leurs activités en conséquence.
251. Les visites des responsables des Etats Membres dans d'autres pays de la Région constituent un mécanisme CTPD utile et efficace dans la mesure où elles se concrétisent par un rapport conjoint pays visiteur/pays visité. Ce rapport devra être non seulement analytique mais aussi critique pour tirer meilleur profit de l'expérience des pays visités.
252. La CTPD constitue le meilleur mécanisme de mise en oeuvre consécutive de la solidarité en Afrique. Le Comité a fait siennes les recommandations du Comité permanent CTPD concernant essentiellement : i) les processus et mécanismes de gestion; ii) la Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement; iii) la politique en matière de médicaments; iv) la lutte contre les maladies diarrhéiques; v) la formation du personnel de santé; vi) le développement de la médecine traditionnelle.
253. Le Comité a noté que les principaux éléments de la contribution régionale pour la préparation du Septième Programme général de Travail sont inclus dans le PGT.7 mondial. Le Directeur régional transmettra au Directeur général les amendements proposés pour être incorporés dans le document de travail à la soixante-neuvième session du Conseil exécutif.

254. La majorité des pays de la Région ont élaboré une stratégie nationale de lutte anti-paludique. Ces stratégies soulignent le rôle du développement des SSP dans le traitement des malades et la protection des groupes vulnérables, la formation du personnel de santé, l'information et l'éducation du public et la participation de la communauté internationale, clé de voûte de la stratégie régionale. Un plan d'action de mise en oeuvre de la stratégie est adoptée par le Comité.

255. Le Comité régional a pris note du rapport des discussions techniques qui avaient trait aux trois programmes prioritaires pour l'horizon 1990 : Programme élargi de vaccination, Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement, Lutte contre la malnutrition.

256. Le Comité régional confirme sa décision de tenir sa trente-deuxième session à Libreville (Gabon). Il prend bonne note de l'aimable invitation de la République du Mali de tenir sa trente-sixième session à Bamako.

ANNEXES

ALLOCUTION D'OUVERTURE DU DOCTEUR COMLAN A. A. QUENUM,
DIRECTEUR REGIONAL

QUEL DEVELOPPEMENT SANITAIRE POUR L'AFRIQUE ?

Excellence Monsieur le Président de la République du Ghana,
Messieurs les Ministres,
Monsieur le Président de la trentième session du Comité régional,
Excellences,
Mesdames, Messieurs,

REFERENCE A L'HISTOIRE

1. Le premier devoir dont je voudrais m'acquitter est de remercier les autorités et le peuple ghanéens d'avoir bien voulu inviter le Comité régional pour l'Afrique à se réunir à nouveau à Accra, historique capitale du Ghana nouveau. C'est en effet la troisième fois après 1960 et 1970 que se tient dans cette magnifique et inoubliable ville des années soixante, le plus grand forum de notre continent en matière de décisions politiques pour notre développement sanitaire. Cette trente et unième session du Comité régional n'est pour nous qu'un pèlerinage à la source du vieux combat pour la libération politique et sanitaire de l'Afrique. L'histoire au présent ne saurait nous faire oublier l'histoire au passé. Pour nous, authentiques témoins de l'histoire d'une Afrique traumatisée, le nom du Ghana continuera de vibrer dans nos coeurs comme le symbole d'une lutte qui doit se poursuivre, la lutte pour notre libération politique et sanitaire. Et c'est pourquoi nous tenons en ce jour faste, à rendre un hommage tout particulier à son Excellence le Dr Hilla Limann, Président de la République du Ghana, continuateur de l'oeuvre du plus grand des panafricanistes, Kwame Nkrumah. Qui exprimait mieux que lui, vers les années cinquante, nos aspirations à la justice sociale lorsqu'il déclarait : "Tant qu'un peuple ne sera pas politiquement libre, les autres ne lui accorderont pas le respect qu'il mérite. Il vaut mieux être libre de se gouverner, bien ou mal, que d'être gouverné par qui que ce soit. Aucun peuple, aucune nation ne peut vivre librement et se faire respecter chez lui et à l'étranger sans la liberté politique. L'indépendance politique non étayée par l'indépendance économique et sociale n'a aucun sens ou perd toute raison d'être. L'indépendance économique exige du peuple le déploiement d'efforts fructueux et la mise à contribution de toutes les intelligences et de toute la main-d'oeuvre du pays. Il ne peut y avoir de vraie liberté sans discipline".¹ L'hérésie d'hier est devenue l'orthodoxie d'aujourd'hui.

¹ In Ghana "Autobiographie de Kwame Nkrumah", vol. 1, Présence africaine, Edit. 1960, pp. 200-207.

Annexe 1

2. C'est animé par cette flamme de l'histoire que nous mettions à l'ouverture de la vingtième session, dans cette même salle ici, en 1970, un accent particulier sur la place de la santé dans le processus du développement socio-économique.¹ Après avoir souligné les incontestables progrès sanitaires accomplis durant la décennie 1960-1970, grâce à la reconquête de notre indépendance politique, nous énumérons nos priorités de développement sanitaire qui étaient encore immenses. Si celles-ci étaient restées les mêmes que durant la nuit coloniale, nous les abordions dans une perspective nouvelle et originale. Tournant délibérément le dos au transfert mimétique de technologies étrangères et inappropriées, nous nous efforcions de nous astreindre à un travail de réflexion critique et d'organisation rationnelle afin de trouver les solutions les mieux adaptées aux réalités locales. Nous vous mettions en garde contre la modernisation imitative et la copie servile de modèles de formation de personnels de santé qui ne répondent pas aux besoins sanitaires et au contexte écologique, social et culturel de nos pays. La marche de l'histoire a montré incotestablement que l'imitation n'est que le sursis culturel des hommes et des peuples qui ont le sentiment de ne plus pouvoir rien apporter à l'oeuvre de construction d'une civilisation planétaire. Pour nous, le développement sanitaire ne devrait pas se poser en termes de retard par rapport aux pays techniquement mieux équipés. Il s'agissait pour nous de satisfaire avant tout les besoins fondamentaux du plus grand nombre. Nous mettions un accent particulier sur la nécessité de l'auto-développement. Et si l'histoire est bien ce mouvement dialectique qui déborde le passé pour embrasser le présent et s'étendre au futur, nous sommes aujourd'hui réconfortés d'avoir choisi très tôt d'être dans le sens de l'histoire. Et nous voulons y demeurer. C'est pourquoi nous avons choisi comme thème de notre allocution de cette année l'interrogation que voici : "Quel développement sanitaire pour l'Afrique"? Les raisons d'un tel choix me paraissent évidentes surtout lorsque je me réfère aux décisions de la trentième session du Comité.

RAISONS D'UN CHOIX

3. Le type de développement sanitaire pour mettre en oeuvre efficacement la stratégie régionale, partie intégrante de la stratégie mondiale, nécessite notre attention après avoir démontré que cet objectif à long terme, loin d'être une utopie, était bien une réalité qu'il ne tenait qu'à nous de concrétiser, à condition d'accepter de payer le prix de la révolution sanitaire. Le plan d'action de Lagos a été adopté en avril 1980 par la deuxième session extraordinaire de la Conférence des Chefs d'Etat et de Gouvernements de l'Organisation de l'Unité africaine (OUA). Il se propose de mettre en oeuvre la stratégie contenue dans

¹ Développement sanitaire des collectivités africaines, Cahiers techniques AFRO, 15, 1979, pp. 112-114.

Annexe 1

la Déclaration d'engagement de Monrovia adoptée en juillet 1979. Celle-ci met l'accent sur les principes directeurs à respecter et les mesures à prendre pour réaliser l'auto-suffisance nationale et collective dans le domaine économique et social en vue de l'instauration d'un nouvel ordre économique international (NOEI).¹ La trentième session du Comité en adoptant en septembre 1980 la stratégie régionale pour atteindre l'objectif social de la santé pour tous en l'an 2000 a invité les Etats Membres à réorienter leurs systèmes de santé pour appuyer les soins de santé primaires (SSP).² A la date du 21 juillet 1981, trente-cinq (35) Etats Membres sur quarante-quatre (44) ont signé la Charte africaine de Développement sanitaire. Que nous apporte cette Charte ? Un outil essentiel et fondamental pour la réorientation des services existants et l'intégration des institutions nouvelles dans de véritables systèmes sanitaires nationaux. Comme toutes les Chartes précédentes, la Charte sanitaire devra jouer le rôle historique et moteur de libération sociale des peuples africains. Elle devrait nous permettre de préciser à nouveau les objectifs nécessaires à toute définition de politiques et de stratégies. La Charte sanitaire servira de document de référence en cas de doute ou de non respect du consensus collectif. Si la Charte sanitaire peut avoir certains effets à court terme, c'est véritablement à moyen et à long terme qu'apparaîtra son efficacité. A cet égard, le plan d'action de mise en oeuvre de la stratégie mondiale que vous examinerez lors de la présente session sera un précieux système référentiel pour évaluer et surveiller comment nous respectons nos engagements individuels et collectifs. La révolution sanitaire que nous avons consciemment et librement choisie ne peut réussir que si nous nous entourons de toutes les garanties nécessaires et indispensables de succès. A ce stade de notre action discursive, nous voulons nous référer à quelques postulats méthodologiques.

QUELQUES POSTULATS UTILES

4. Nous voulons rappeler avec force qu'aucun modèle de développement ne peut prétendre à la validité universelle. C'est l'une des raisons pour lesquelles nous osons vous interpeller ce jour et vous amener à réfléchir sur la possibilité d'autres alternatives de développement sanitaire. Il faut se souvenir que du point de vue épistémologique, la critique est déjà l'amorce de la reconstruction.

¹ OUA "Plan d'action de Lagos pour le développement économique de l'Afrique 1980-2000", 1981.

² Résolution AFR/RC30/R9.

Annexe 1

5. Le modèle de développement choisi doit être l'expression de la confiance aux valeurs propres d'une culture donnée. La véritable éducation pour la santé est bien la marque de la dimension culturelle du développement sanitaire. Aussi aucune formation sociale ne peut mettre en place un type de développement qui se réalise aux dépens des autres. Nous devons donc prendre garde de respecter notre engagement de justice sociale. Il ne faut donc pas hésiter à adopter si nécessaire une stratégie dissociative lorsque le modèle proposé ne respecte pas l'autodétermination des objectifs et l'autogestion des actions de développement.
6. Rompre radicalement avec la perspective économiste qui fait de la consommation la seule condition de possibilité de production vous impose de replacer le développement dans son contexte social le plus large possible. Cette assertion est devenue aujourd'hui un truisme.
7. Enfin se préoccuper du développement est devenu une tâche essentiellement politique et sociale qui ne doit pas être laissée aux mains des seuls technocrates. Ceux-ci sont trop souvent préoccupés soit à élaborer des listes de besoins, soit à imaginer des normes de satisfaction. Trois écueils principaux sont à éviter dans l'approche du développement sanitaire. Ils sont apologétique, exégétique et praticiste. L'écueil apologétique est celui qui sert à justifier une politique et une pratique. Il devient d'autant plus nuisible que la politique et la pratique en cause sont la résultante d'un mimétisme inconscient. Prendre conscience de cet obstacle épistémologique, c'est rompre avec le schématisme, le mécanisme et le dogmatisme. L'écueil exégétique consiste à prendre les textes dans leur lettre même pour des vérités définitives. La cybernétique et la praxéologie permettent aujourd'hui d'éviter un tel écueil si l'on se souvient sans cesse que l'homme est au centre du développement. L'écueil praticiste cherche à trancher d'une seule lame un problème de santé qui par essence est multidimensionnel et complexe. C'est pourquoi notre tentative d'analyser d'autres voies de développement sanitaire se veut être heuristique, propédeutique et paradigmatique.
8. Heuristique parce que la philosophie sanitaire comme pratique discursive procède avant tout d'une réflexion critique sur les actions humaines et d'un souci de contrôle et de redressement des actions en cours. L'action pour la santé opère et produit dans le champ de la praxis et ce champ n'est pas clos. La pratique sanitaire ne saurait exister indépendamment des pratiques sociales auxquelles elle s'alimente et dans lesquelles elle intervient. Notre approche est aussi propédeutique parce qu'elle veut avant tout ouvrir la voie à d'autres acquisitions en matière de cette pratique sociale qui est aussi réflexion sur des savoirs constitués ou constituants. Enfin paradigmatique parce que notre approche est à

Annexe 1

la recherche de modèles appropriés à notre contexte socio-culturel, c'est-à-dire de modèles endogènes et autocentrés. L'évocation de quelques postulats méthodologiques nous appelle maintenant à répondre à des questions préalables avant d'entrer dans le vif du sujet.

QUESTIONS PREALABLES

9. L'interrogation "Quel développement sanitaire pour l'Afrique ?" appelle des réponses à trois questions préalables : Quel développement socio-économique ? Basé sur quel fondement idéologique ? Et pour quel projet de société ? Les réponses à ces trois interrogations sont interreliées et peuvent être traitées à la fois.

10. La première question implique une réflexion et un choix préalable entre deux conceptions du développement dans un monde en crise. Le propre de la crise est de déclencher la recherche de solutions nouvelles. Nous avons indiqué à maintes reprises que nous rejetons la vieille conception du développement de nos pays comprise avant tout comme une croissance du produit national brut (PNB), une modernisation de l'appareil de production, une aide en capitaux et un transfert de connaissances techniques des pays industrialisés vers des Etats-nations en émergence. Nous restons fermement convaincus que le développement de l'Afrique sera une réponse planifiée des africains au processus de désintégration de leurs sociétés encore largement exploitées. Il visera par cette approche à l'éradication de la pauvreté absolue, à la satisfaction des besoins fondamentaux du plus grand nombre et à l'intégration de toutes les couches sociales aux processus de décision et d'action. Le but final d'une telle politique de développement reste essentiellement la libération de tous les peuples de toutes formes d'oppression et d'exploitation en même temps qu'elle assure la redistribution équitable des richesses et du pouvoir. Aux objections connues du conservatisme social nous répondrons que nous ne serons jamais parmi les défenseurs de la perpétuation de l'injustice sociale. Quel que soit le système de valeurs qui régit la vie des peuples, il est inadmissible qu'un être humain ne puisse satisfaire ses besoins fondamentaux pendant qu'une minorité se prélassse dans le confort le plus insolent. La théorie de la percolation illustre à merveille comment les groupes sociaux les plus dominés ne reçoivent qu'une fraction très faible des fruits de la croissance. Dans beaucoup de pays, les inégalités sociales freinent la croissance et le développement parce que la grande majorité n'a pas le pouvoir d'achat nécessaire pour consommer ce qui pourrait être produit. A l'utopie d'un développement qui voudrait perpétuer l'injustice sociale sans réaction des marginaux, je préfère l'utopie du développement essentiellement fondé sur l'égalité des chances de toutes les couches socio-professionnelles d'une collectivité nationale.

Annexe 1

11. Ce dont nous avons besoin pour notre libération sanitaire, c'est bien de la construction d'un autre projet de société réellement démocratique. Si nous savons nous en emparer, les moyens de notre asservissement pourraient devenir les armes de notre libération. La recherche des fondements anthropologiques des projets de société à construire exige une interrogation critique à la fois sur les sociétés de l'Afrique ancestrale et des révolutions bourgeoises et socialistes des autres continents. Le problème de notre développement devra nécessairement se poser en termes de complémentarité et de dépassement. L'Afrique ne saurait s'accommoder d'aucun dogmatisme. Vingt ans de dures épreuves dans un monde foncièrement manichéen et impérialiste nous ont appris que l'Afrique a besoin pour son développement endogène et autocentré d'une démocratie pluraliste respectant notre authenticité culturelle. Quels que soient l'idéologie et le système politique que se donnent nos Etats-nations, le respect des droits fondamentaux de l'être humain et de la justice doivent rester des règles d'or inscrites au frontispice des temples constitutionnels qui nous gouvernent. Parce que la santé est partie intégrante du développement général des collectivités, il nous faut un autre développement sanitaire.

POUR UNE NOUVELLE DYNAMIQUE DU DEVELOPPEMENT SANITAIRE

12. Il nous faut à tout prix nous méfier de la théorie du dualisme, c'est-à-dire de l'opposition absolue entre l'ancien et le nouveau. Le caractère dialectique du changement implique une interaction entre des forces contraires qui tendent par essence à s'exclure mutuellement. L'approche dynamique du développement sanitaire suppose la possibilité d'une coexistence ou d'une interaction créatrice de l'ancien et du nouveau, du traditionnel et du moderne. Si le développement sanitaire que nous préconisons doit résulter d'une synthèse dialectique des contraires, la négation des anciennes structures ne doit pas être envisagée uniquement sous son aspect inhibiteur, mais aussi comme synthèse créatrice de nouvelles formes de prestations de soins adaptées aux réalités des temps présents et futurs. Encore une fois le dogmatisme a pour principale tare de n'être pas heuristique. Il y a possibilité d'interpénétration entre l'ancien et le nouveau. Cette possibilité a été largement démontrée par nos efforts d'intégration ces dernières années de la pratique traditionnelle de soins à la médecine dite moderne. L'analyse objective de notre situation sanitaire actuelle nous impose une telle dynamique.

DES INSTITUTIONS INCOHERENTES A L'EDIFICATION DE VERITABLES SYSTEMES
NATIONAUX DE SANTE

13. Ayons le courage politique et la probité intellectuelle de reconnaître la situation paradoxale de notre réalité sanitaire actuelle. Elle se caractérise en fait par des îlots de modernité dans un océan de stagnation et d'archaïsme, même dans les agglomérations urbaines apparemment favorisées. Qu'avons nous reçu de notre passé colonial en matière de

Annexe 1

services sanitaires ? Que nous a laissé la prétendue mission civilisatrice pour assurer aujourd'hui notre auto-gestion sanitaire ? Très peu. Quelques hôpitaux dans les grands centres d'exploitation, des dispensaires par-ci et par-là, des institutions asilaires pour malades mentaux et des léproseries construites par des oeuvres de charité. Ce que nous appelons aujourd'hui de façon abusive systèmes de santé n'est en fait qu'un ensemble épars d'établissements de santé desservant irrationnellement des groupes de populations sans aucun lien de solidarité et de cohérence. Il n'y a entre eux ni coopération, ni complémentarité, ni échanges d'informations aux différents niveaux opérationnels. Peu de pays africains disposent aujourd'hui d'un système national de santé axé sur les soins de santé primaires. Si les pseudo-systèmes de santé à structure lâche ont le mérite d'exister, ils sont souvent mal planifiés et mal gérés. Les dispensaires et les centres de santé ont été construits sans référence à des critères de couverture, d'accessibilité géographique, culturelle et financière. Notre principale préoccupation sera désormais de veiller à transformer les pseudo-systèmes existants en de véritables systèmes nationaux de santé faits de structures cohérentes fondées sur les soins de santé primaires et visant à répondre aux besoins de tous. C'est ce que nous imposent et notre stratégie régionale et notre Charte africaine de développement sanitaire. Et il y a été clairement indiqué que les soins du premier niveau devront être appuyés par des soins des échelons secondaires et tertiaires. Nous devons désormais accorder la priorité aux couches sociales les plus défavorisées. Est-ce là l'utopie ? Non. La réalité est que beaucoup d'entre nous se refusent à mettre en cause les structures sanitaires héritées d'un passé révolu. La vraie difficulté réside dans l'incapacité de maints responsables à mobiliser le peuples pour de réels et durs efforts de développement sanitaire. Attendre de la seule assistance technique l'amélioration continue de la qualité des soins de santé au service de tous est la réelle utopie. Ayons le courage de dire que "tout ne va pas pour le mieux dans le meilleur des mondes". Acceptons les inévitables tensions qu'impliquent les changements nécessaires dans un univers lui-même changeant. Le courage de l'homme d'action consiste à accepter l'ordre nouveau des indispensables mutations et à se préparer à y faire face. C'est une des meilleures manières de construire un autre avenir. Et c'est bien là le sens prospectif de notre objectif santé pour tous en l'an 2000 maintenant traduit en stratégie régionale. Celle-ci a pour principale préoccupation le développement de l'infrastructure sanitaire basé sur les soins de santé primaires afin que les prestations atteignent la totalité de la population. Ces prestations pour être complètes et adéquates doivent comprendre des actions promotionnelles, des mesures préventives, des soins curatifs et réadaptatifs. La stratégie comporte les mesures à prendre par les collectivités ainsi que les types de services de santé à assurer

Annexe 1

au niveau primaire, aux échelons d'appui que constituent les niveaux secondaires et tertiaires. Elle met l'accent sur les actions des autres secteurs de développement. Elle signifie aussi le choix d'une technologie appropriée aux conditions des pays concernés en ce sens qu'elle est scientifiquement valable, adaptable aux différentes situations locales, acceptable culturellement par la collectivité et financièrement accessible. La stratégie comporte un mécanisme de contrôle social qui s'exerce sur l'infrastructure et la technologie de la santé grâce à une indispensable et nécessaire participation de la collectivité. La stratégie décrit enfin l'action internationale à entreprendre pour soutenir l'effort national grâce à l'échange d'informations, à la promotion de la recherche-développement, à l'appui technique, la formation des généralistes de la santé et la coordination intrasectorielle et intersectorielle. Notre préoccupation aujourd'hui et demain est et sera la mise en oeuvre efficace de cette stratégie.

COMMENT METTRE EN OEUVRE LA STRATEGIE REGIONALE ?

14. Nos constatations et observations dans maints pays africains renforcent notre conviction de la nécessité de prendre des mesures énergiques si nous voulons réellement atteindre notre objectif social santé pour tous en l'an 2000. Pourquoi ? Parce qu'il faut mettre en place et utiliser les indispensables mécanismes prévus par la stratégie. Dans maints pays, en dépit de la réaffirmation de l'engagement politique au plus haut niveau de l'appareil d'Etat, les ministères de la santé n'occupent pas encore dans la plupart de ceux-ci la place qui devrait leur revenir dans le processus du développement. Ils sont loin, selon moi, d'être les autorités directrices et coordonnatrices des activités nationales de développement sanitaire. Qu'attendons-nous, une fois l'engagement pris pour restructurer et renforcer les ministères de la santé conformément aux mécanismes définis dans la stratégie ? Votre Organisation est prête à vous apporter les appuis voulus. Quel sort réservez-vous à l'appel solennel du Dr H. Mahler, notre Directeur général : "Faites usage de votre OMS" ? Quelles mesures envisagez-vous pour vous assurer le soutien des planificateurs du développement socio-économique au sein des comités interministériels et des conseils nationaux plurisectoriels de la santé ? La participation des groupes professionnels à la promotion des soins de santé primaires est quasi-nulle dans maints pays. Le concept de participation communautaire reste à approfondir dans les multiples dimensions de son champ d'action. Chez certains, la résistance à la nouvelle philosophie et pratique d'action sanitaire reste forte. A ceux qui n'ont pris encore aucune initiative, qu'attendez-vous pour élaborer et mettre en oeuvre un processus gestionnaire approprié pour le développement sanitaire national ? Etes-vous prêts à tirer bénéfice de l'expérience accumulée ces dernières années par votre Organisation ? S'il nous a été difficile de trouver sur le plan mondial un modèle

Annexe 1

d'institution capable d'assurer la formation adéquate des généralistes et agents de développement sanitaire, cette Région a eu le courage de tenter sa propre expérience en créant un réseau de centres régionaux et nationaux de développement sanitaire. Grâce aux premiers agents mis à votre disposition, nous commençons à sentir les vagues de fond de la révolution sanitaire en marche. Avez-vous songé à mettre à leur disposition les ressources appropriées pour qu'ils accomplissent efficacement les tâches que vous attendez d'eux ? Combien de pays ont-ils élaboré leurs programmes pour promouvoir et développer la recherche biomédicale, la recherche psycho-sociale et la recherche sur les services de santé ? Très peu, si nous nous référons à la manière dont certains pays continuent de gérer et d'utiliser les ressources mises à leur disposition au titre du budget régulier. Et ceci en dépit des prescriptions de la résolution de l'Assemblée mondiale concernant "les structures de l'OMS eu égard à ses fonctions".¹ Pensez-vous que nous avons utilisé jusqu'ici de la manière la plus adéquate les mécanismes de la coopération technique et économique entre les pays ? Je ne crois pas qu'à cet égard vous permettez à votre Organisation d'assumer pleinement le rôle à lui confié par la Constitution. Ses deux principales fonctions indissociables de coordination et de coopération technique en matière d'action sanitaire internationale ne sont pas bien perçues au niveau des plus hauts responsables politiques et techniques. Quel effort d'information avez-vous accompli en direction des milieux politiques et professionnels ainsi que du grand public ? Aucune réponse positive n'a été faite à notre programme de formation dans ce domaine des responsables de mass média. La surveillance continue et l'évaluation de la stratégie nous permettront dès l'année prochaine de mieux éclairer votre lanterne. Une conscience claire des objectifs politiques et sociaux des stratégies de développement sanitaire de nos pays nous permettra d'être à l'avant-garde de notre lutte de libération totale. Et pour ce faire, il nous faut construire un autre avenir.

CONSTRUIRE L'AVENIR

15. Notre réelle préoccupation aujourd'hui en développant devant vous un thème en apparence peu attrayant est la construction de l'avenir, à savoir celle d'un avenir qui ne soit pas une simple projection du passé dans le futur. Dans la construction de cet avenir, il convient de n'omettre aucune dimension de l'homme. La dimension sociale et sanitaire est inséparable des autres paramètres de son épanouissement. Si la philosophie ne mène pas le monde, elle est un moment de cette construction de cet avenir différent. La philosophie refuse le divorce avec la vie et entend lier toujours plus étroitement la théorie

¹ Résolution WHA33.17.

Annexe 1

et la pratique. Les affrontements de pensée et les contradictions, même non résolus, peuvent être de précieux moyens d'émulation et de dépassement. C'est pourquoi nous avons pensé qu'il était utile de poursuivre le dialogue avec vous. Seul le dialogue des vivants permet la fécondation mutuelle des recherches. Notre philosophie sanitaire, d'implication en implication, s'est approfondie par paliers successifs. Beaucoup plus qu'une méthode, elle est avant tout une direction de recherche et une technique d'action. Partis d'une conscience d'abord obscure de l'histoire de deux décennies d'action sanitaire en Afrique, nous sommes parvenus à une conscience plus claire de ce que nous devons faire pour contruire un avenir sanitaire meilleur pour tous. Dans une Afrique en train de se remettre en question, ne nous contentons plus de greffer l'expérience étrangère sur un héritage économique et social des pays dominants. Au lieu d'un économisme étroit, ayons le courage de briser les liens de dépendance pour progresser dans la voie d'un développement endogène. Travaillons solidairement afin que bien des organisations sous-régionales et régionales nous permettent de nous évader des voies de développement imposées de l'extérieur grâce à une meilleure coopération technique et économique. A un tournant décisif de l'histoire de l'humanité où les ajournements infinis ne sont plus possibles et permis, nous vous exhortons à la mise en place, grâce à la réflexion et à l'action, de nouvelles structures sanitaires adaptées aux nouveaux besoins fondamentaux en organisant des systèmes nationaux de santé cohérents basés sur les soins de santé primaires. La stratégie régionale vous en indique les finalités et les voies. Personne ne saura nier que la conquête de nos indépendances politiques nous a conduits bon gré mal gré à la recherche des indépendances économiques et sociales. Les nouveaux besoins qu'impliquent celles-ci nous imposent la nécessité de rechercher de nouvelles voies et de promouvoir la santé pour tous en organisant pour le présent et l'avenir de nouveaux systèmes sanitaires fondés sur la dialectique du changement. La santé est de plus en plus une prospective sociale, c'est-à-dire une recherche de nouvelles formes d'action pour une meilleure qualité de vie. Sommes-nous réellement prêts à changer le cours de notre histoire et de notre destin sanitaire ? Sommes-nous capables de nous adapter et d'agir efficacement dans le monde chaotique d'aujourd'hui pour concevoir et construire une société nouvelle ? Celle-ci doit résulter de la transformation radicale des sociétés hier dominées. L'ordre nouveau doit être différent à la fois de l'ordre traditionnel et de celui imposé par l'impérialisme. N'attendez pas de moi d'être le prédicateur de la servitude de demain après les humiliations d'hier et d'aujourd'hui. Qui d'autres que nous-mêmes peut relever le défi de notre pauvreté, moteur de notre richesse. Je ne suggère pas dans un monde à destin de plus en plus planétarisé un quelconque solipsisme ou la moindre tentative d'autarcie. Ce serait voguer en plein irréalisme. Nous voulons que fonctionnent mieux au nom de la justice et

Annexe 1

de la paix les processus et mécanismes de la coopération technique qui pour être authentique ne sera plus cette assistance qui avilit ceux qui donnent et humilie ceux qui reçoivent. Nous préconisons un dialogue des civilisations, entendez une interaction des cultures, celles-ci étant prises dans leur sens le plus large. Ce dialogue libérateur ne sera possible que si nous acceptons l'idée d'une éducation permanente ou mieux d'un apprentissage novateur qui exige beaucoup de sacrifices dans un monde qui tend à s'éloigner de la réflexion et de l'entraînement intellectuel.

AU RENDEZ-VOUS DE LA DIGNITE

16. J'en appelle à la dignité des africains qui doivent se mobiliser et poursuivre jusqu'à la victoire finale notre lutte politique de libération sanitaire. Je vous remercie de votre bien aimable attention.

Annexe 3

Monsieur le Président, l'Organisation mondiale de la Santé est une des plus importantes institutions spécialisées du système des Nations Unies et elle remplit une mission humanitaire. Elle s'efforce de promouvoir la santé, qui est une condition fondamentale du développement socio-économique de toutes les populations du monde sans discrimination de races, de sexes, de croyances religieuses, de systèmes politiques ou de statut social. L'Organisation a obtenu des résultats importants à cet égard. Parmi ces derniers, citons l'éradication de la variole et du pian et la lutte contre les nombreuses maladies transmissibles de notre continent. Toutefois, il reste encore beaucoup à faire. Il est par conséquent de la plus haute importance que vous ne vous contentiez pas de vous réunir, de discuter des problèmes, d'adopter des résolutions et de vous féliciter mutuellement au cours de réceptions, et de rentrer chez vous. Il est absolument impératif que vous attaquiez les problèmes de santé de façon pratique, avec foi et sincérité, dans le cadre de votre contribution au développement de nos pays respectifs et de la Sous-Région africaine. Des populations souffreteuses ne sont ni en mesure de subvenir à leurs besoins, ni de produire pour subvenir aux besoins des autres et de contribuer ainsi au processus de développement socio-économique.

Le thème des discussions techniques qui a été retenu est "Le rôle des programmes ayant 1990 pour horizon" afin d'atteindre les objectifs de santé suivants :

- a) programme élargi de vaccination;
- b) approvisionnement en eau et salubrité;
- c) lutte contre la malnutrition".

On ne peut dire que ces objectifs soient nouveaux pour notre continent. Au Ghana, par exemple, nous essayons désespérément de les atteindre depuis notre accession à l'indépendance et, pourtant, ils revêtent une ampleur de plus en plus complexe et difficile à contrôler.

Les succès que vous avez par conséquent remportés dans ces domaines nous amènent malheureusement à admettre que la majorité de nos populations rurales et même des habitants des villes sont victimes du fait que nous ne sommes pas parvenus à résoudre ces problèmes de façon satisfaisante du fait que nos ressources vont en diminuant et que nos populations augmentent en nombre que la demande est de plus en plus forte et les espérances de plus en plus grandes.

Annexe 3

Vos dossiers sont remplis de discussions et de décisions qui ont été prises au cours des sessions précédentes depuis 1955 sur de nombreux thèmes revêtant une grande importance pour l'amélioration de la santé et la qualité de la vie de nos populations. Il semble clair par conséquent que, bien que vous ayez analysé ces problèmes, et que vous ayez prescrit des solutions au cours de ces 25 dernières années, tous vos efforts si louables n'ont pas eu l'incidence notable sur la santé de nos populations.

Serait-ce parce que vos recommandations sont théoriques, qu'elles coûtent trop cher et qu'elles sont par conséquent difficiles à mettre en pratique ? Avez-vous accordé l'attention qui convenait aux soins de santé élémentaires telle que la prévention de la maladie proprement dite ? Est-ce que les ordonnances de bon nombre de vos collègues qui envoient leurs malades se faire traiter outre-mer pour un oui et pour un non se justifient alors que notre infrastructure manque de devises étrangères ? En fait, est-ce que cette pratique n'encourage pas le trafic de devises, et ne prive pas les établissements et services de santé des crédits dont ils ont besoin dans nos pays respectifs ? Je vous prie donc instamment de faire de plus en plus porter votre attention sur ces questions et sur de nombreux autres problèmes apparentés.

L'alphabetisation, l'hygiène corporelle, la participation des collectivités, des dirigeants éclairés et dévoués au bien public, sont parmi les facteurs non techniques importants que vous voudrez bien prendre sérieusement en considération en vous penchant sur les causes des échecs que vous avez essayés au cours de ces deux dernières décennies. Votre approche devra essentiellement être interdisciplinaire; par exemple, si nous pouvions faire baisser de façon spectaculaire le taux d'analphabétisme parmi notre population adulte tout en augmentant progressivement le nombre de nos enfants qui bénéficient d'un enseignement officiel en attendant l'instauration universelle de l'enseignement primaire obligatoire, alors nous éliminerions un des principaux obstacles qui nous empêchent de promouvoir des soins médico-sanitaires moins coûteux, de meilleure qualité et plus largement répandus, et ce dans l'intérêt de nos populations.

Des populations propres, en bonne santé, vigoureuses, actives et travailleuses ne sont pas à l'abri des accidents de la vie moderne et du rythme de vie de plus en plus rapide mais vous ne passerez certainement pas tout votre temps à soigner des maladies mineures si vous remplissez ces conditions.

Annexe 3

Monsieur le Président, la santé et les problèmes qui lui sont apparentés ont reçu depuis 1979 et continueront de recevoir l'attention qu'ils méritent dans les programmes de développement socio-économique de mon administration. Toutefois, les services eux-mêmes devraient coopérer plus positivement avec nous.

En entrant en fonctions, nous avons débloqué immédiatement quelque 14 millions de dollars pour l'achat de médicaments, malgré les difficultés auxquelles nous nous heurtons dans le domaine des devises, malgré des pénuries dans tous les domaines et des demandes de plus en plus pressantes pour le remboursement de nos dettes à long et à court terme à l'étranger. Nous avons reçu de grandes quantités de dons complémentaires pour des médicaments dont nous avons un besoin urgent et qui ont tous disparu rapidement de nos établissements de santé pour tomber dans les mains des particuliers. Nous avons fourni plusieurs lots de médicaments, y compris même certains médicaments offerts par nos étudiants et autres nationaux patriotes, par des organisations bénévoles et humanitaires de l'étranger mais nous ne semblons pas avoir eu l'impact souhaité dans le pays. Curieusement, toutefois, certains pays limitrophes se plaignent depuis un certain temps déjà que trop de médicaments ghanéens soient déversés trop librement sur leurs marchés. Vous pourriez peut-être vous attaquer sérieusement aux problèmes que posent les vols massifs, la fraude et l'abus des médicaments dans notre Région africaine, car ces malversations créent des problèmes supplémentaires et présentent des risques pour la santé du public en général et pour les finances des gouvernements de nos pays respectifs.

Monsieur le Président, j'ai suivi avec un intérêt tout particulier les programmes menés par votre Organisation dans le monde entier et naturellement au Ghana, en particulier pour ce qui est de la lutte contre la maladie, la nutrition, la recherche, le développement des personnels, les services de prestations médico-sanitaires, la promotion de la salubrité de l'environnement et beaucoup d'autres problèmes connexes. Mes rapports personnels directs avec votre Organisation pendant quatre ans ont été relativement brefs. De plus, je ne suis pas souvent malade moi-même. Cependant, l'intérêt que je porte à vos activités se maintiendra, que je sois ou non en fonctions, pour des raisons subjectives ou tout simplement objectives.

Par exemple, vos objectifs revêtent une importance capitale dans la vie quotidienne et dans la tâche qui consiste à construire le présent et l'avenir. Nous devons donc tous travailler à améliorer vos réalisations passées qui sont certainement dignes d'éloges. Pour le présent comme pour l'avenir, vous devrez chercher à vous surpasser dans le domaine de la coopération, en servant l'humanité avec dévouement et altruisme, comme Florence Nightingale. C'est là une très lourde tâche mais je ne doute pas que vous relèverez ces grands défis de notre époque.

Annexe 3

Déjà, depuis qu'elle a été créée, votre Organisation mondiale a atténué les inégalités en matière d'infrastructures sanitaires entre pays riches et pays pauvres. Nous mesurons toute l'importance de cette réalisation. Vos objectifs fort louables ont besoin de la coopération et de la solidarité continues des gouvernements et des peuples du monde. Vous réussirez donc si vous continuez à compter sur l'appui croissant de tous les gouvernements et spécialement si vous mettez davantage l'accent sur la médecine préventive, plutôt que sur une médecine curative, inutilement coûteuse.

C'est ainsi que la santé occupera la place qu'elle mérite dans l'évolution de l'humanité et dans le processus de développement de génération en génération. Le premier objectif de votre Organisation est que tous les peuples jouissent d'une bonne santé. Il se peut que vous ne réussissiez jamais si vous continuez à négliger les aspects préventifs de votre mission. Cette approche rencontrera sans aucun doute l'opposition des fabricants de médicaments et se heurtera à des intérêts et à des groupes de pression, à l'intérieur et à l'extérieur des services de santé eux-mêmes. Néanmoins, l'avenir de l'humanité semble plutôt sombre étant donné l'importance que prennent la toxicomanie et l'abus de médicaments et vous devrez donc avoir le courage de vos convictions et poursuivre la politique de médecine préventive dans l'intérêt de la grande majorité de nos populations.

Malgré des allocations budgétaires de plus en plus importantes chaque année, les services de santé n'ont pas encore atteint cette majorité. Il semble que l'on puisse attribuer ce fait au manque de participation active des masses aux activités visant à améliorer leur propre santé. Ces masses se trouvent exclues des soins curatifs intensifs qui priment les soins préventifs. Si la date limite de 1990 doit être respectée, il nous faut d'abord améliorer la qualité de la vie par des mesures simples, naturelles et préventives, susceptibles d'être facilement comprises et de susciter la participation active des masses à la planification et à la mise en oeuvre de programmes de santé peu coûteux. A cet égard, une éducation sanitaire efficace est indispensable.

Par exemple, gagner l'adhésion et la confiance des masses pour appuyer les programmes de vaccination des enfants contre les maladies mortelles signifierait que la bataille serait à moitié gagnée. En revanche, aucun programme élargi de vaccination ne parviendra à obtenir les résultats souhaités s'il est mal conçu, s'il n'est pas bien expliqué et s'il est jeté à la tête des gens en leur disant "c'est à prendre ou à laisser" sans parler de la corruption.

Annexe 3

L'eau potable, des infrastructures sanitaires conformes aux normes de l'hygiène, la lutte contre les moustiques et la mouche tsé-tsé, sont également des activités d'une importance capitale qui permettront d'éliminer facilement des problèmes de santé tels que le paludisme, l'ankylostomiase, la schistosomiase, la maladie du sommeil et leurs complications, assurant ainsi un impact immédiat et spectaculaire sur la santé de la vaste majorité de nos populations qui ne peuvent s'offrir des chambres particulières, des services réservés aux personnalités de marque dans les hôpitaux et des traitements privilégiés outre-mer.

De même, les conditions insalubres de nos grandes villes et des zones urbaines ne sont pas seulement répugnantes, mais sont aussi très dangereuses pour la santé. Ces conditions peuvent provoquer des maladies contagieuses et mortelles tels que la fièvre typhoïde, le choléra, la septicémie et la peste bubonique. Si ces maladies viennent s'ajouter aux problèmes de la sécheresse sahélienne et aux menaces que le criquet pèlerin fait peser sur notre continent, nos perspectives de survie seront certainement très sombres.

En tout premier lieu, le facteur le plus urgent et le plus fondamental pour améliorer la santé de la population de notre continent est toujours la production vivrière permettant d'assurer des régimes alimentaires satisfaisants, nourrissants et bien équilibrés. C'est un fait extrêmement grave que la production vivrière n'ait pas suivi le taux d'accroissement démographique rapide et que le spectre malthusien se manifeste à nouveau en Afrique, ce qui rend peu brillante les perspectives sanitaires de notre continent. Mais nous pouvons tous contribuer à transformer ce sombre tableau en un tableau plein d'espoir grâce à une action concertée et soutenue, menée avec détermination dans les domaines que j'ai mis en relief.

Fort heureusement, tous les pays de notre continent ont déclaré qu'ils s'engageaient à appuyer l'objectif de notre émancipation économique d'ici à l'an 2000. Nous pouvons donc franchir la première étape de cet engagement en atteignant les objectifs de nos propres programmes. Nous pouvons donc tous espérer avec confiance, travailler avec ardeur et consentir des sacrifices pour réussir à atteindre nos objectifs avant les deux dates qui ont été fixées.

Annexe 3

Monsieur le Président et Messieurs les Délégués, je sais parfaitement que nos infrastructures actuelles laissent beaucoup à désirer tant pour votre confort que pour vos travaux, mais j'espère que vous vous montrerez indulgents envers nous en consentant quelques sacrifices personnels aujourd'hui. Nous sommes généreux quand nous en avons les moyens mais pour l'heure, il nous faut accepter les conséquences des années pendant lesquelles les criquets pèlerins ont tout dévoré. Le fait que vous acceptiez de vous soumettre à ces réalités est tout à votre honneur.

Avec cette conviction et plein d'espoir pour l'avenir, j'ai le plaisir, Monsieur le Président, Excellences, Messieurs les Délégués, Mesdames et Messieurs, de déclarer votre trente et unième session au Ghana officiellement ouverte.

Je vous remercie tous très sincèrement.

ANNEXE 4

ALLOCUTION PRONONCEE PAR LE DR H. MAHLER
DIRECTEUR GENERAL DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

PARTENAIRES EN VUE DE LA SANTE POUR TOUS

Monsieur le Président,
Excellences,
Messieurs les Délégués,
Mesdames et Messieurs,
Chers collègues et amis,

1. L'adoption unanime, par la dernière Assemblée mondiale de la Santé, d'une stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici à l'an 2000 constitue un succès éclatant pour la coopération internationale dans le domaine de la santé. Elle concrétise les initiatives suscitées par la Déclaration d'Alma-Ata et les appels des précédentes Assemblées de la Santé. Déjà, chaque Région possède sa stratégie régionale et, dans chacune d'elles, nombreux sont les pays qui ont formulé des stratégies nationales. La stratégie mondiale en est le reflet et leur donne une impulsion nouvelle, née de la cohésion internationale.
2. Mais ce n'est pas parce que nous nous sommes accordés sur une stratégie que nous devons céder à l'euphorie ou nous complaire dans la satisfaction. La stratégie ne sera utile que dans la mesure où elle sera appliquée. Nous avons consacré suffisamment de temps à la concevoir. Nous devons maintenant déployer toute notre énergie à la mettre en pratique.
3. C'est dans cet esprit que l'Assemblée de la Santé a demandé au Conseil exécutif d'élaborer sans délai un plan d'action pour la mise en oeuvre de la stratégie mondiale. Comme vous pouvez le constater, le projet de plan qui vous a été distribué n'est qu'une simple esquisse. C'est à vous et à vos peuples qu'il appartient de lui donner corps et de l'animer et il est du devoir de l'OMS de vous y aider. Car, en adoptant cette stratégie, l'Assemblée de la Santé l'a qualifiée d'engagement solennel en faveur de la santé, contracté par trois partenaires : les gouvernements, les peuples et l'OMS.
4. J'évoquerai d'abord les responsabilités de l'OMS, parce que je suis en mesure de vous assurer que votre Organisation est résolument prête à vous aider dans votre démarche pour décider des moyens à engager dans la réalisation de vos plans, pour les mettre en oeuvre et mobiliser les ressources nécessaires.

Annexe 4

5. Mais, qu'en est-il de vous ? Qu'êtes-vous prêts à faire ? Cette question, je vous la pose en votre qualité de représentants gouvernementaux, car je sais bien que la réponse ne dépend pas de vous seuls.

- Etes-vous prêts à adopter la stratégie au niveau politique le plus élevé, à mettre en oeuvre les moyens nécessaires à son application dans vos pays et à combattre toute résistance éventuelle ?

- Etes-vous prêts, quels que soient les obstacles que vous pourrez rencontrer, à continuer de réévaluer vos systèmes de santé et de renforcer vos infrastructures sanitaires de façon que les soins de santé primaires en constituent le pivot et la cheville ouvrière ?

- Etes-vous prêts à envisager de modifier vos technologies sanitaires afin de les adapter pleinement à la situation sanitaire, sociale et économique de vos pays ?

- Etes-vous prêts à mobiliser toutes les ressources humaines, financières et matérielles possibles pour assurer la mise en oeuvre de votre stratégie nationale ?

- Etes-vous prêts à renforcer vos capacités gestionnaires de manière à pouvoir donner effet à cette stratégie, suivre les progrès accomplis et vous en entretenir, sans détours ni fausse honte, avec vos partenaires des Comités régionaux, afin que chacun puisse tirer profit de votre expérience ?

- Etes-vous prêts à coopérer à toute autre action propre à assurer la réussite de la stratégie mondiale ?

6. Pour ce qui est de vos populations, êtes-vous prêts à leur donner le droit et les moyens de prendre davantage en charge leur propre santé ?

- Etes-vous prêts à leur expliquer ce qu'est exactement votre stratégie nationale de la santé afin que tous - individus, familles, communautés, associations et organisations non gouvernementales - soient en mesure de participer plus activement au développement et au fonctionnement du système national de santé, et d'exercer un contrôle social, tant sur le système proprement dit que sur la technologie adoptée et afin que chacun sache à qui s'adresser, le moment venu, pour obtenir l'aide dont il pourrait avoir besoin ?

Annexe 4

7. L'OMS est prête à agir; si vous et vos peuples l'êtes également, je vois mal ce qui pourrait nous empêcher de remplir les obligations qui découlent de notre engagement solennel en faveur de la santé. Il serait, certes, absurde de méconnaître les obstacles, qu'ils soient liés à des problèmes de nature politique, sociale, économique, gestionnaire ou technique, propres à vos pays, ou qu'ils résultent de la situation politique et économique internationale. Mais il serait encore plus absurde de les laisser nous détourner de la voie dans laquelle nous sommes engagés. La solidarité que vous avez manifestée, comme Etats Membres de l'OMS, en définissant une politique internationale de la santé et en vous efforçant de l'adapter à vos politiques sanitaires nationales, vous a déjà permis de surmonter maints obstacles tout aussi considérables. Il ne nous en faudra pas moins faire preuve de réalisme et nous attacher à vaincre les difficultés que nous sommes assurés de rencontrer.

8. Le Dr Quenum, votre Directeur régional et mon cher collègue et ami, vous a décrit comment il conçoit le développement de la santé en Afrique, selon une démarche qui vous permettra d'atteindre l'objectif de la stratégie régionale de la santé pour tous - assurer à chacun l'accès aux soins de santé primaires d'ici à l'an 2000 conformément aux principes énoncés dans la Déclaration et le Rapport d'Alma-Ata - et de renforcer votre coopération régionale à cette fin. J'aimerais maintenant évoquer, en termes concrets, ce que vous pouvez faire pour atteindre cet objectif et ce que l'Organisation peut faire pour vous y aider.

9. Je ne sais si vous avez lu un rapport interne du Programme de l'onchocercose sur les résultats d'une enquête effectuée par des agents sanitaires de village dans des régions libérées de l'onchocercose. Le rapport est des plus instructifs. D'abord, il révèle que si l'enquête a été confiée à des agents sanitaires de village, c'est parce les médecins responsables des zones considérées ne se rendent pour ainsi dire jamais dans les villages relevant de leur juridiction. Ensuite, il dépeint une situation d'une ironie piquante dans ce contexte - être libéré d'une maladie aussi étroitement liée à l'eau - et qui ne saurait mieux se résumer que par ces vers célèbres du poète anglais Coleridge, extraits de la "Ballade du vieux marin" :

De l'eau, partout de l'eau

Et pas une goutte à boire

Annexe 4

10. La scène que décrit le rapport ne nous est que trop familière : dans la même eau, la seule disponible, les femmes lavent leur linge, leurs enfants, et se lavent elles-mêmes. Les gens défèquent en plein air et les latrines, lorsqu'il y en a, ne sont pas couvertes. Les villages sont dépourvus de systèmes d'évacuation et les ordures ménagères sont éparpillées autour des habitations. Dans la plupart des cas, les femmes enceintes font appel aux accoucheuses traditionnelles, car le coût des soins au centre de santé le plus proche est trop élevé, pour ne pas parler de l'hôpital où il est exorbitant. Si l'allaitement au sein est quasiment universel, l'alimentation des jeunes enfants est trop pauvre en protéines animales, et les oeufs en sont bannis parce que, selon la croyance populaire, ils provoquent le goitre et l'imbécillité et que les enfants qui en mangent deviennent des voleurs. Les soins médicaux dispensés par les praticiens traditionnels sont d'un coût abordable. Mais les villageois tendent de plus en plus à se tourner vers la médecine dite moderne et comme les médicaments essentiels leur reviennent deux à quatre fois plus cher que dans les pharmacies de la ville, ils les achètent en fonction de leurs moyens et les utilisent au mieux de leurs connaissances, avec des résultats que nous connaissons hélas trop bien. Les malades sont rarement dirigés vers l'hôpital. Les soins et les transports sont trop coûteux sans parler des frais qu'entraînerait le rapatriement des corps dans les villages.

11. Voici, mes chers confrères, une situation qui est encore actuelle, malgré les succès retentissants remportés dans la lutte contre l'onchocercose. Que nous faut-il de plus pour défendre l'approche des soins de santé primaires, telle qu'elle est définie dans le Rapport d'Alma-Ata, contre celle qui consiste à s'attaquer à la maladie au coup par coup ? Que nous faut-il de plus pour nous conforter dans notre résolution inflexible de conduire sans délai la stratégie mondiale de la santé pour tous que nous venons d'adopter ? Si j'emploie le mot "inflexible", c'est parce que je sais que, comme moi, vous êtes sollicités de toutes parts pour des projets qui, pour si séduisants qu'ils soient en apparence, ne feraient que distraire des ressources indispensables à la réalisation de notre véritable objectif.

12. Revenons aux questions que je vous posais il y a un instant. D'abord, comment obtenir un engagement politique total en faveur de la santé pour tous ? C'est là que vous pouvez invoquer le pacte solennel pour la santé conclu collectivement sous l'égide de l'OMS. Vous disposez aussi de la Charte sanitaire de la Région africaine que de nombreux Chefs d'Etat ont signée. N'hésitez pas à l'utiliser ! Faites appel aux média

Annexe 4

pour transmettre votre message. Si les médecins des districts ne vont pas dans les villages, je doute fort que les représentants des média aient pris cette peine. Invitez-les ! Et peu importe que l'on vous accuse de faire de la propagande pour la santé ! La publicité est un moyen utilisé à tellement de fins d'un intérêt contestable pour l'humanité que je ne vois aucune raison de ne pas y recourir pour quelque chose d'aussi indiscutablement bénéfique que l'amélioration de la santé. Pour faire connaître largement le mouvement en faveur de la santé pour tous, vous avez à votre disposition toute une série de documents de l'OMS : le vert qui contient le Rapport de la Conférence d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, le bleu dans lequel sont énoncés les principes directeurs définis par le Conseil exécutif pour la formulation des stratégies en vue de l'instauration de la santé pour tous et le rouge qui expose la stratégie mondiale de la santé pour tous, sans oublier la stratégie régionale que vous avez adoptée l'an dernier.

13. Pour ce qui est de la refonte des infrastructures sanitaires et de la révision des technologies de la santé, je ne peux que vous suggérer de commencer par les villages et d'y conduire une étude approfondie. Cette idée n'offre certes rien de nouveau. En théorie, tout au moins, car qu'en est-il dans la pratique ? Là aussi, les publications de l'OMS vous seront utiles pour faire accepter votre démarche et vous y trouverez des conseils techniques sur la manière de la conduire. Ainsi, ce n'est pas par hasard si l'éducation et l'engagement de la population et des communautés figurent en tête de liste des conditions essentielles à l'instauration des soins de santé primaires. Les agents de santé font partie de la population. Or, d'après la stratégie africaine de la santé pour tous et le rapport sur l'onchocercose, il semble bien que bon nombre d'entre eux n'aient pas encore saisi ce que sont exactement les soins de santé primaires. Pourtant, ce sont ces agents qui devront éclairer la population et c'est donc là un domaine où il est certainement urgent d'agir. Grâce à une meilleure compréhension des soins de santé primaires, ils pourront s'assurer plus facilement le concours de ceux qui travaillent dans d'autres secteurs. Comme l'indique implicitement le rapport sur l'onchocercose, la situation pourrait s'en trouver radicalement modifiée en ce qui concerne certains des problèmes de santé les plus préoccupants.

14. Venons-en à la question des ressources et, d'abord, à celles qui sont les plus précieuses, les ressources humaines. Votre stratégie régionale le souligne, le réseau des centres de formation en Afrique s'est développé de façon remarquable au cours des deux décennies qui ont suivi l'accès à l'indépendance. Mais ces centres ne seront jamais assez nombreux et chacun des éléments des soins de santé primaires peut servir à la formation. C'est l'incarnation même du principe de l'interdépendance des soins de

Annexe 4

santé et du développement de personnels de santé énoncé, voici quelques années, dans le cadre de l'OMS. Pour que cette formation porte ses fruits, il faut que les agents sanitaires de village soient conseillés et encadrés par des personnes plus expérimentées. Mais où sont ces généralistes de la santé, ces médecins, ces infirmières possédant la capacité de dévouement nécessaire, la perspicacité requise pour effectuer une analyse épidémiologique simple, l'art de faire des plans, de les mettre en route, d'organiser et d'improviser et le don d'influencer les individus, les agents de santé, les dirigeants communautaires et les politiciens ? Ils sont beaucoup trop peu nombreux et vous devriez tout mettre en oeuvre pour recruter des candidats particulièrement doués. Nous pourrions alors, en conjuguant nos efforts, trouver le moyen de les encourager, par des incitations et une formation appropriées, à embrasser et à exercer cette activité nouvelle, en veillant à ce qu'elle soit réellement enrichissante. L'Afrique recèle sûrement de jeunes doués d'un esprit d'entreprise qui, pour peu qu'on les y encourage vraiment, trouveraient plaisir à oeuvrer au développement des soins de santé primaires, à les organiser, à assurer l'encadrement et la formation nécessaires et qui deviendraient, au bout du compte, les responsables de la santé de l'Afrique de demain ! A mon sens, c'est à la formation de personnalités de ce type que les ressources de l'OMS doivent être consacrées en priorité et je suis convaincu qu'avec un peu d'imagination nous pourrions formuler ensemble des propositions concrètes à cette fin.

15. Ceci nous amène aux capacités gestionnaires requises pour l'élaboration de stratégies nationales de la santé propres à favoriser la réorganisation des infrastructures sanitaires là où elles laissent vraiment à désirer, c'est-à-dire à la périphérie. Je sais que pas un gouvernement ne peut réduire le budget déjà alloué à des services de santé urbains; au moins peut-il investir la totalité des ressources additionnelles dans le développement de soins de santé primaires à la périphérie. Paradoxalement - et à moins que ne se présentent des dirigeants locaux brillants et entreprenants - cette attention accrue accordée aux régions périphériques jusque-là défavorisées exigera du pouvoir central des décisions catégoriques, étayées par une planification nettement focalisée et par une gestion ferme et efficace. Là encore, on songe aux généralistes de la santé; mais ceux-ci devront être épaulés par des spécialistes de différentes disciplines sanitaires, économiques et sociales qui, où que se trouvent leur ministère ou leur institut de tutelle, travailleront ensemble et en liaison étroite avec ceux qui, au Ministère de la Santé, définissent les politiques sanitaires. Une des premières initiatives du Gouvernement de Zimbabwe a été précisément de mettre sur pied, avec le concours de l'OMS et l'aide généreuse du PNUD, un mécanisme de cette sorte.

Annexe 4

16. Selon votre stratégie régionale, le principal obstacle réside toujours dans l'insuffisance des ressources en regard du coût élevé de l'implantation initiale des soins de santé primaires, et dans la réticence à réorienter les ressources disponibles. Pourtant, il est dit un peu plus loin que, faute de demandes des gouvernements de la Région, le Fonds africain pour le Développement ne parvient pas à dépenser la totalité de son budget annuel. Comment expliquer cette contradiction ? La réticence à réorienter les ressources disponibles porterait-elle aussi sur les ressources extérieures potentielles ? Les conditions des prêts, pourtant favorables - délai de grâce de 10 ans, remboursement sur 50 ans aux taux d'intérêt annuel de 0,75 % - rebutteraient-elles malgré tout les ministères des finances ? Ceux-ci, considérant les soins de santé, non comme une contribution au développement mais comme un risque de prélèvement sur des ressources déjà maigres, craignent-ils que cet apport de fonds extérieurs n'entraîne un engagement des fonds publics ? Ou bien faut-il chercher la raison de cette anomalie dans l'incapacité des gestionnaires à formuler une stratégie cohérente pour les soins de santé primaires et à la diviser en éléments financiers ? Toutes ces questions appellent une réponse sans équivoque si l'on veut trouver une solution satisfaisante au problème du financement. C'est d'ailleurs un domaine dans lequel l'OMS tend de plus en plus à épauler ses Etats Membres.

17. Si vous le permettez, je vous parlerai d'abord de l'utilisation des fonds de l'OMS dans vos pays. Je vous ai dit l'an dernier, et je ne saurais trop le répéter, que vous disposez d'un mécanisme exceptionnellement souple pour procéder, de façon pragmatique, à la programmation budgétisation des ressources de l'OMS dans vos pays respectifs. Vous pouvez au moins utiliser ces ressources pour améliorer progressivement les soins de santé primaires là où cela est le plus nécessaire et pour des fins précises particulièrement urgentes. Je ne les énumérerai pas en détail, puisqu'elles figurent dans le Rapport de la Conférence d'Alma-Ata et sont mises en relief dans les documents de l'OMS que je vous citais tout à l'heure. Je voudrais vous demander de faire appel à l'OMS pour déterminer ceux des éléments de votre stratégie des soins de santé primaires qui pourraient bénéficier d'un plus grand appui extérieur et pour obtenir des autorités compétentes qu'elles s'engagent à solliciter cet appui. Tout à l'heure, j'ai employé le mot "inflexible". Vous devrez vous montrer totalement inflexibles et veiller à ce que cette aide extérieure soit effectivement dirigée vers les besoins de soins de santé primaires les plus urgents. Voici un moyen sûr de rétablir l'équilibre dans la répartition de votre budget national de santé et qui permettra sans doute, tôt ou tard, d'entraîner un apport de fonds publics dans le domaine de la santé.

Annexe 4

18. L'OMS a créé, à titre expérimental, un Groupe mondial de Ressources sanitaires pour les soins de santé primaires, dont l'objectif est notamment d'adapter les besoins aux ressources, dans la mesure où celles-ci sont disponibles. Le Groupe régional des Ressources sanitaires pourrait vous être d'un grand secours pour recenser vos besoins; mais vous devez savoir que les crédits disponibles feront l'objet d'une rivalité acharnée et qu'il vous incombera la tâche difficile et délicate de passer les demandes au crible et d'en garantir le bien-fondé. Le Conseil exécutif et l'Assemblée de la Santé étudieront ces demandes et la suite que leur donneront le Groupe mondial des Ressources sanitaires ou d'autres organismes. C'est là un autre exemple de l'aide que l'OMS peut vous apporter en tant qu'organe coordonnateur et qui va bien au-delà des possibilités qu'offrent les ressources financières dont elle dispose. J'aimerais, ici, vous poser une dernière question :

- Etes-vous prêts à considérer votre Comité régional comme un groupe de pairs chargé de faire un bilan objectif de l'aide extérieure dont vous avez besoin pour mener à bien vos stratégies, afin que les Comités régionaux, le Conseil exécutif et l'Assemblée de la Santé puissent coordonner leur activité et veiller à ce que toutes les ressources disponibles soient effectivement et efficacement utilisées pour faciliter la mise en oeuvre de stratégies bien définies ? Si vous voulez réussir à mobiliser les fonds dont vous avez besoin pour conduire vos stratégies sanitaires, vous ne pourrez répondre à cette question que par l'affirmative.

19. Monsieur le Président, Excellences, Messieurs les représentants, je ne saurais conclure sans évoquer, non sans tristesse, l'évolution de ce que l'on a appelé le dialogue nord-sud et dont je crains bien, à moins que quelque événement ne vienne bientôt modifier radicalement la situation, qu'il ne se solde par un échec. Dans le climat de froideur international actuel, avons-nous quelques chances de voir nos efforts aboutir ? Au risque de passer pour un rêveur et un idéaliste, je répondrai que je le crois; car le dialogue qui s'est instauré dans le domaine de la santé, sous les auspices de l'OMS, entre le nord et le sud et entre l'est et l'ouest, n'a jamais été aussi étroit. Nos politiques et nos objectifs collectifs vont au-delà des théories politiques et des doctrines économiques. Je pense même que devant notre réussite, car nous réussirons, d'autres reprendront courage et renoueront le dialogue dans des domaines précis dont la gamme s'étendra progressivement à la plupart des problèmes socio-économiques. C'est pour nous une raison supplémentaire d'avancer hardiment dans la voie que nous nous sommes tracée.

Annexe 4

20. C'est par cette évocation du dialogue et de la coopération que je voudrais conclure. Je souhaite que vous ayez compris que mon but n'était pas de vous faire un discours mais d'engager une conversation et votre réponse me dira si je l'ai atteint. Je voudrais que vous commentiez librement mes propos, aussi bien en général que sur tel ou tel point précis et je vous convie à une discussion ouverte, ou, pour user d'une expression mieux appropriée au lieu où nous sommes, à une palabre. C'est bien le moins que nous puissions attendre de notre association.

Je vous remercie.

ANNEXE 5

ORDRE DU JOUR

1. Ouverture de la trente et unième session (document AFR/RC31/1)
2. Adoption de l'ordre du jour provisoire (document AFR/RC31/2)
3. Constitution du Sous-Comité des Désignations (résolution AFR/RC23/R1)
4. Election du Président, des Vices-Présidents et des Rapporteurs
5. Désignation du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs (résolution AFR/RC25/R17)
6. Activités de l'OMS dans la Région africaine
 - 6.1 Rapport biennal du Directeur régional (document AFR/RC31/3)
 - 6.2 Rapport sur les réunions d'experts régionaux (document AFR/RC31/4)
 - 6.3 Développement et coordination de la recherche biomédicale et sur les services de santé (document AFR/RC31/5)
 - 6.4 Sélection de candidats pour l'attribution de la bourse de la Fondation Jacques Parisot (document AFR/RC31/22)
7. Corrélations entre le Comité régional, le Conseil exécutif et l'Assemblée mondiale de la Santé
 - 7.1 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 (document AFR/RC31/6)
 - 7.2 Incidences régionales de l'ordre du jour de la soixante-neuvième session du Conseil exécutif et de la Trente-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC31/7)
 - 7.3 Discussions techniques à la Trente-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé : "Consommation de l'alcool et problèmes liés à l'alcool" (document AFR/RC31/8)
8. Examen du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC31/9)
 - 8.1 Surveillance de l'application de la politique et de la stratégie en matière du Budget Programme : Modifications au Budget Programme 1982-1983 (documents AFR/RC31/10 et AFR/RC31/10/WP/1)
 - 8.2 Rapport sur la participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique (document AFR/RC31/11)
 - 8.3 Rapport sur les visites des responsables des Etats Membres dans d'autres pays de la Région (document AFR/RC31/12)

Annexe 5

- 8.4 Rapport du Comité permanent sur la Coopération technique entre Pays en Développement (document AFR/RC31/13)
- 8.5 Septième Programme général de Travail pour une période déterminée 1984-1989 (document AFR/RC31/14)
- 8.6 Stratégie régionale de lutte antipaludique (document AFR/RC31/15)
9. Discussions techniques
 - 9.1 Présentation du rapport des discussions techniques : "Le rôle des programmes ayant 1990 comme horizon pour atteindre l'objectif SPT/2000" (document AFR/RC31/16)
 - 9.2 Désignation du Président des discussions techniques pour 1982 (document AFR/RC31/17)
 - 9.3 Choix du sujet des discussions techniques pour 1983 (document AFR/RC31/18)
10. Dates et lieux des trente-deuxième et trente-troisième sessions du Comité régional pour 1982 et 1983 (document AFR/RC31/19)
11. Adoption du rapport du Comité régional (document AFR/RC31/20)
12. Clôture de la trente et unième session.

LIST OF PARTICIPANTS
LISTE DES PARTICIPANTS
LISTA DOS PARTICIPANTES

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

Angola

M. A. Mendes de Carvalho
Ministre de la Santé

Dr L. G. Sambo
Directeur national de la formation des cadres

Dr U. Fresta
Directeur du Cabinet technique

Dr R. J. L. Feio
Directeur national de la Santé publique

Dr P. Silvio de Almeida
Coordonnateur national des Programmes OMS

M. A. S. Antunes Galho
Assistant technique

Benin

Bénin

Bénim

M. P. Kpoffon
Ministre de la Santé publique

Dr B. Houssou
Epidémiologiste-Statisticien

Mme I. I. Ologoudou
Chef du Service de la Législation pharmaceutique

Botswana

Botsuana

Dr J. S. Moeti
Chief Medical Officer

Dr E. T. Maganu
Epidemiologist

Annex/Annexe/Anexo 6*
BurundiCape Verde
Cap Vert
Cabo VerdeDr A. F. Pina
Directeur du Programme PMI/Planning familialDr J. B. Morais
MédecinCentral African Republic
République centrafricaine
Republica CentrafricanaM. G. N'Gaïndiro
Ministre de la Santé publique et de la PopulationDr D. Kpoussa Mamadou
Directeur général de la Santé publique et de la PopulationDr G. Pinerd
Coordonnateur national des Programmes OMSChad
Tchad
ChadeM. M. D. Garadoum
Ministre de la Santé publiqueDr Djekoundadé le Djeragossou
Directeur des Grandes EndémiesM. Kindé Ngassadi
Directeur du Génie sanitaireComoros (Federal Islamic Republic of)
Comores (République fédérale islamique des)
Comores (Republica Federal Islamica das)M. S. A. Mohamed
Ministre de la Santé publiqueDr A. Bacar
Chef du Service de Pédiatrie à l'Hôpital principalM. S. O. Ben Achirafi
Conseiller technique au Ministère de la Santé publique*
Unable to attend
Empêché
Nao puderam participar.

Congo

Dr B. Loembe
Directeur général de la Santé publique

Dr G. Ondaye
Coordonnateur national des Programmes OMS

*
Equatorial Guinea
Guinée équatoriale
Guiné equatorial

Ethiopia
Ethiople
Etiopia

Mr Telahun Abebe
Head, Health Services Department
Ministry of Health

Mr Gebre E. Teka
Head, Planning and Programming Bureau
Ministry of Health

Dr H. M. Kahssay
National WHO Programme Coordinator

Gabon
Gabao

M. A. Sambat
Ministre de la Santé publique et de la Population

Dr L. Adandé Menest
Directeur général de la Santé publique

M. M. Mboumba
Directeur du Service national de l'Assainissement

* Unable to attend
Empêché
Não puderam participar

Annex/Annexe/Anexo 6The Gambia
La Gambie
Gambia

Hon. M. C. Jallow
Minister of Health and Social Welfare

Dr A. B. Hatib N'jie
Assistant Director of Medical Services

Ghana
Gana

Hon. K. Ocran
Minister of Health

Alhaji Mohammed Abdullahi
Deputy Minister of Health

Miss Adeline Mattey
Deputy Minister of Health

Mr I. K. Boateng
Principal Secretary, Ministry of Health

Dr E. G. Beausoleil
Director of Medical Services
Ministry of Health

Dr Y. Aboagye-Atta
Deputy Director of Medical Services (Public Health)

Dr M. E. K. Adibo
Deputy Director of Medical Services (Planning Budget)

Dr N. W. Dodoo
Deputy Director of Medical Services (Dental Health Services)

Dr R. Amonoo-Lartson
Deputy Director of Medical Services (Medical Care)

Dr K. Ward-Brew
Deputy Director of Medical Services (International Health)

Mr F. K. Bruce
Deputy Director of Pharmaceutical Services

Mrs M. A. Kumi
Deputy Director of Nursing Services

Col. (Dr) W. C. Anoff
Director of Medical Services
Ghana Armed Forces Medical Services

Annex/Annexe/Anexo 6

Dr A. Andan
Ghana Police Medical Services

Prof. N. L. F. Engmann
Dean, University of Ghana Medical School

Prof. G. A. Ashitey
Acting Head of Department
Department of Community Health
University of Ghana Medical School

Mr W. T. G. Benisa
Principal Assistant Secretary
Ministry of Health

Major E. O. Bampoh (Rtd)
Principal Assistant Secretary
Ministry of Health

Dr (Miss) Benedicta Ababio
Regional Medical Officer of Health
Greater Accra Region

Dr L. K. A. Derban
Chief Medical Officer
Volta River Authority

Guinea
Guinée
Guiné

Professeur M. Kaba Bah
Ministre de la Santé

Dr O. Diallo
Directeur national des Services de Soins
Ministère de la Santé

Dr M. Sylla
Médecin-Chef adjoint du CHU de Donka

Guinea-Bissau
Guinée-Bissau
Guiné-Bissau

Dr P. C. de Medina
Secrétaire général
Ministère de la Santé

Annex/Annexe/Anexo 6Ivory Coast
Côte d'Ivoire
Costa do Marfim

M. L. N. P. Coulibaly
Ministre de la Santé publique et de la Population

Dr K. N'Da
Directeur de la Santé publique et de la Population

Kenya
Quênia

Hon. Dr E. W. Wameyo
Assistant Minister of Health

Dr J. Otete
Senior Deputy Director of Medical Services

Dr F. M. Mueke
Deputy Director of Medical Services

Lesotho
Lesoto

Mr M. T. Thabane
Permanent Secretary for Health and Social Welfare

Dr P. S. Ngakane
Director, Faculty of Health Science Project

Mrs C. M. Phafane
Director, Food and Nutrition Coordination Office

Liberia
Libéria

Mrs M. K. Belleh
Minister of Health

Dr W. S. Boayue
National WHO Programme Coordinator

Mr J. Goaneh
Director, Expanded Programme on Immunization

Mr J. Wilson
Health Services Administrator

Annex/Annexe/Anexo 6Madagascar

Dr J. J. Séraphin
Ministre de la Santé

M. S. Rasoanaivo Andrianasolo
Conseiller technique

MalawiMalawi

Dr A. C. Mkandawire
Senior Medical Superintendent

Mrs J. M. G. Rashidi
Deputy Chief Nursing Officer

Mali

Dr N. Traoré
Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales

Professeur A. G. Rhaly
Directeur général de l'Institut national de Recherche en Santé publique

M. Cheik T. Tandia
Directeur adjoint, Direction d'Hygiène publique
et d'Assainissement

Dr (Mme) L. F. Barry
Médecin-Chef de la Division de la Santé familiale

MauritaniaMauritanieMauritânia

Dr Y. Diagana
Ministre de la Santé et des Affaires sociales

Dr M. M. Hacen
Chef du Service de la Médecine préventive

MauritiusMauriceIlha Mauricia

Dr B. Ghurburrun
Minister of Health

Dr J. C. Mohith
Principal Medical Officer

Annex/Annex/Anexo 6Mozambique
Moçambique

Dr F. E. R. Vaz
Vice-Ministre de la Santé

Dr J. F. Caseiro da Rocha
National Director of Medical Assistance

Dr (Mme) M. B. Sena Costa Fereira
Coordonnateur, Secrétariat pour la Coopération internationale

Niger

Dr J. Wright
Conseiller technique au Ministère de la Santé publique

Dr H. Abdou
Directeur départemental de la Santé de Niamey

Nigeria
Nigéria

Mrs F. Y. Emmanuel
Permanent Secretary
Federal Ministry of Health

Prof. U. Shehu
National WHO Programme Coordinator

Dr M. O. Aromasodu
Assistant Director, Public Health Services

Mr S. A. Ilo
Deputy Secretary (Institutions & External Organizations)

Dr O. J. Ekanem
Head of National Malaria and Vector Control Unit

Rwanda
Ruanda

Dr T. Hakizimana
Directeur, Services des Affaires sociales,
Présidence de la République

Dr J. B. Rwasine
Directeur général des Pharmacies

Dr A. Kayonga
Médecin-Directeur régional

Annex/Annexe/Anexo 6Sao Tome and Principe
Sao Tomé et Principe
Sao Tomé e Príncipe

Dr C. A. P. Tiny
Ministre de la Santé et des Sports

Dr A. Soares Marques de Lima
Directeur des Hôpitaux

M. E. A. Medeiros Garrido
Coordonnateur de la Région sanitaire de Me-Zoxi

Senegal
Sénégal

M. M. Diop
Ministre de la Santé

Dr M. Touré
Directeur de l'Hygiène et de la Protection sanitaire

Prof. O. Sylla
Conseiller technique au Ministère de la Santé

M. A. Sené
Député à l'Assemblée nationale

Seychelles
Ilhas Seychelles

Dr K. S. Chetty
Principal Medical Officer

Sierra Leone
Serra Leoa

Hon. F. M. Minah
Minister of Health

Dr M. M. Browne
Deputy Chief Medical Officer

Mr E. A. S. Carew
Deputy Permanent Secretary

Mr E. Bundu-Kamara
Chief Pharmacist

Annex/Annex/Anexo 6Swaziland
Souaziland
Suazilândia

Dr Z. M. Dlamini
Director of Medical Services

Mr S. J. Magagula
Under-Secretary, Health

Togo

M. H. Bodjona
Ministre de la Santé publique

Dr M. T. Houénassou-Houangbè
Directeur général de la Santé publique

Dr K. Agbekou
Médecin de la Subdivision sanitaire

Uganda
Ouganda

Hon. Dr E. R. Nkwasiwe
Minister of Health

Dr I. S. Okware
Assistant Director of Medical Services

Dr J. T. Kakitahi
Senior Lecturer, Makerere University

United Republic of Cameroon
République unie du Cameroun
Cameroes

M. A. Eteme-Ola
Ministre de la Santé publique

Dr P. C. Mafiamba
Director of Preventive Medicine and Public Hygiene

Dr D. Obounou-Akong
Directeur adjoint de la Santé

Dr S. Atangana
Conseiller technique au Ministère de la Santé publique

*

United Republic of Tanzania
République unie de Tanzanie
Tanzânia

Upper Volta
Haute-Volta
Alto Volta

Dr J. M. Kyelem
 Ministre de la Santé publique

Dr M. Ouoba
 Directeur de la Santé publique

M. L. Zida
 Directeur des Affaires administratives et financières

M. A. Yada
 Conseiller temporaire

Zaire
Zaire

Prof. Kaba Sengele
 Commissaire d'Etat à la Santé publique

Dr Nkondi Minkola Ndosimau
 Directeur de la 4ème Division (Services des Hôpitaux et Santé de Base)
 Département de la Santé publique

Dr Kabamba Nkamany
 Directeur du Centre national de Planification de la Nutrition humaine

Zambia
Zambie
Zâmbia

Hon. B. C. Kakoma
 Minister of Health

Dr W. C. Mwambazi
 Assistant Director of Medical Services

Dr F. Chibuye
 Provincial Medical Officer

Mr S. I. M. Phiri
 Zambia High Commission
 P.O. Box 6119
Lagos
 Nigeria

*
 Unable to attend
 Empêché
 Não puderam participar

Annex/Annexe/Anexo 6Zimbabwe
Zimbabwe

Dr H. S. M. Ushewokunze
Minister of Health

Mr N. O. Mugwagwa
Director, National Nutrition

Mr C. Zinyemba
Public Health Officer

2. REPRESENTATIVE OF AN ASSOCIATE MEMBER - NAMIBIA/NAMIBIE
REPRESENTANT D'UN MEMBRE ASSOCIE
REPRESENTANTE DE UM MEMBRO ASSOCIADO

Dr I. Indongo
Secretary for Health and Social Welfare (SWAPO)

3. 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
(South Africa)

Dr (Mrs) M. E. Tsabalala
Secretary for Health
African National Congress (SA)
P.O. Box 2239
Dar es Salaam
United Republic of Tanzania

Pan Africanist Congress of Azania

Mr E. Mfafa
Maseru
Lesotho

4. REPRESENTATIVES OF THE UNITED NATIONS AND SPECIALIZED AGENCIES
REPRESENTANTS DES NATIONS UNIES ET DES INSTITUTIONS SPECIALISEES

United Nations Development Programme (UNDP)
Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD)

Mr S. Sharif
Assistant Resident Representative
P.O. Box 1423
Accra
Ghana

Annex/Annexe/Anexo 6

United Nations Children's Fund (UNICEF)
Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (FISE)

M. P. David
Conseiller régional, Bureau régional de l'Afrique occidentale et centrale
Abidjan
République de Côte d'Ivoire

Mr T. Sinnshaw
Resident Programme Officer
Accra
Ghana

Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO)
Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture

Dr E. O. Idusogie
Coordinator, Joint FAO/WHO/OAU Food and Nutrition Commission for Africa
Accra
Ghana

United Nations Environment Programme
Programme des Nations Unies pour le Développement

Mrs L. E. Obeng
Director and Regional Representative, Africa
Nairobi
Kenya

Economic Commission for Africa (ECA)
Commission économique pour l'Afrique (CEA)

Mr J. Riby-Williams
Director, Social Development Division
Addis Ababa
Ethiopia

United Nations Industrial Development Organization (UNIDO)
Organisation des Nations Unies pour le Développement industriel

Ms M. Quintero de Herglotz
Industrial Development Officer
Vienna
Austria

Annex/Annexe/Anexo 65. REPRESENTATIVES OF OTHER INTERGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS
REPRESENTANTS D'AUTRES ORGANISATIONS INTERGOUVERNEMENTALESOrganization of African Unity (OAU)
Organisation de l'Unité africaine (OUA)

Mr E. E. I. Elbatt
Ambassador
OAU Regional Office
P.O. Box 9948
Accra
Ghana

Dr P. Atang
Director of OAU/IBAR
P.O. Box 30786
Nairobi
Kenya

Ms A. H. Abdulai
Secretary
OAU Regional Office
P.O. Box 9948
Accra
Ghana

West African Health Community

Dr N. A. de Heer
Executive Director
West African Health Community
P.M.B. 2023
Yaba/Lagos
Federal Republic of Nigeria

Prof. P. O. Fasan
Executive Secretary
West African Postgraduate
Medical College
P.M.B. 2023
Yaba/Lagos
Federal Republic of Nigeria

Organisation de Coordination pour la lutte contre
les Endémies en Afrique centrale (OCEAC)

Dr D. Kouka-Bemba
Secrétaire général adjoint
B.P. 288
Yaoundé
République unie du Cameroun

African and Malagasy Council on Higher Education
Conseil africain et malgache pour l'Enseignement supérieur (CAMES)

M. S. Wilson
Secrétaire général a.i.
CAMES
B.P. 134
Ouagadougou
République de Haute-Volta

Communauté économique des Pays des Grands Lacs (CEPGL)

M. Bayo Mtumwa Kachelewa
Chef de Division des Affaires sociales
CEPGL
B.P. 58
Gisenyi
Rwanda

6. REPRESENTATIVES OF NON-GOVERNMENTAL ORGANIZATIONS
REPRESENTANTS DES ORGANISATIONS NON-GOUVERNEMENTALES

International Dental Federation
Fédération dentaire internationale

Dr N. W. Dodoo
Deputy Director of Medical Services (DS)
Ministry of Health
P.O. Box M.44
Accra
Ghana

International Union of Architects
Union internationale des Architectes

Mr A. A. Egbor
Managing Director/Chairman
P.O. Box 1645
Lagos
Federal Republic of Nigeria

Association of African Universities
Association des Universités africaines

M. D. Mboundou-Mayengue
Sous-Directeur chargé de l'Information
B.P. 5744
Accra
Ghana

Annex/Annexe/Anexo 6International Agency for the Prevention of Blindness
Organisation mondiale contre la Cécité

Prof. C. O. Quarcoopome
Chairman for Africa
c/o Noguchi Institute for Medical Research
P.O. Box 25
Legon
Ghana

Medical Women's International Association
Association internationale des Femmes-médecins

Dr A. E. E. Mensah
President of Society of Ghana Women Medical and Dental Practitioners
P.O. Box 159
Accra
Ghana

7. OBSERVERS
OBSERVATEURS

Université libre de Bruxelles
OMS-Belgique (Centre collaborateur)

Prof. J. Orenbuch
Directeur, Groupe d'études des Changements sociaux
Université Libre de Bruxelles
Institut de Sociologie
44, Avenue Jeanne
B.1050 Bruxelles
Belgique

ORSTOM (France)

Dr J. L. Frézil
Directeur de l'ORTSOM au Congo
B.P. 181
Brazzaville
République populaire du Congo

International Baby Food Action Network

Mrs M. Kyenkya
Medical Research Centre
Nairobi
Kenya

LISTE DES INDICATEURS

INDICATEURS DE POLITIQUE DE SANTE

1. Les indicateurs retenus sont les suivants :

- i) création et fonctionnement des comités interministériels sur les sujets importants;
- ii) pourcentage des dépenses totales réelles prévues au budget par le gouvernement (dépenses en capital et dépenses récurrentes) consacrées à la santé, y compris les dépenses en matière de santé supportées par d'autres ministères que celui de la santé;
- iii) dépenses totales consacrées à la santé par tête d'habitant, y compris celles des organismes gouvernementaux, para-étatiques et privés ainsi que des individus;
- iv) pourcentage des ressources d'origine extérieure par rapport aux ressources nationales consacrées à la santé;
- v) engagement ou participation de la population : pourcentage des contributions des populations dans les programmes de santé par rapport aux dépenses nationales de santé.

INDICATEURS DES PRESTATIONS MEDICO-SANITAIRES

2. Disponibilité des soins médico-sanitaires (niveaux district, région, nation, rural, urbain)

- i) Rapport agents de soins de santé primaires, sages-femmes, infirmières et médecins/population (secteur public et privé).
- ii) Nombre d'habitants par unité de soins de santé primaires.
- iii) Nombre d'habitants par autres types de formations sanitaires.
- iv) Pourcentage de la population ayant accès aux unités de soins de santé primaires (la zone de drainage devant être déterminée par chaque pays et exprimée si possible par un rayon donné à partir du centre ou du poste de santé).

Annexe 7

- v) Nombre d'équipes de santé de villages par rapport au nombre de villages de la région et/ou du pays.
- vi) Nombre d'habitants par lit d'hospitalisation.
- vii) Nombre d'habitants par type de moyen diagnostique.

3. Utilisation effective des services médico-sanitaires

- i) Taux de consultations : c'est-à-dire rapport consultations/population.
- ii) Nombre de consultations par catégorie de personnel.
- iii) Nombre de consultations par type de moyen diagnostique.
- iv) Nombre d'actes ou interventions de prévention par an.
- v) Nombre d'interventions de l'agent de santé communautaire par an.
- vi) Nombre d'actes ou d'interventions (y compris les évacuations) de l'agent de santé communautaire par rapport à la population totale couverte.
- vii) Pourcentage d'enfants vaccinés contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la rougeole, la poliomyélite et la tuberculose.
- viii) Nombre de femmes enceintes consultant le service SMI par rapport au nombre de naissances prévues.
- ix) Nombre de consultants pré- et postnatales par année.
- x) Nombre totale de naissances surveillées par le personnel de santé par rapport au nombre total de naissances.
- xi) Pourcentage de femmes en âge de concevoir fréquentant une consultation de planification familiale.

4. Médicaments essentiels

- i) Coût des médicaments essentiels par rapport au coût total de médicaments.
- ii) Production nationale de médicaments essentiels par rapport à l'ensemble de la consommation nationale de médicaments.
- iii) Consommation per capita et par type de médicaments essentiels.
- iv) Nombre de points de vente connus de médicaments autres que les pharmacies.

Annexe 75. Promotion de la salubrité de l'environnement

- i) Nombre de points d'eau aménagés (puits, sources, bornes fontaines, etc.) par rapport au nombre de familles.
- ii) Pourcentage d'écoles, de formations sanitaires et de marchés disposant d'un point d'eau aménagé.
- iii) Nombre de latrines hygiéniques par rapport au nombre de familles.
- iv) Pourcentage d'écoles, de formations sanitaires et de marchés disposant de latrines.
- v) Densité de bacs à ordures par quartier ou population (dans les zones péri-urbaines).
- vi) Nombre de fosses à ordure par rapport au nombre de familles.
- vii) Périodicité de l'enlèvement des déchets dans les écoles, les formations sanitaires et les marchés.
- viii) Pourcentage de la population desservie par un système satisfaisant d'évacuation des eaux usées.
- xi) Nombre de personnes par chambre, habitation ou concession.

INDICATEURS DU NIVEAU DE SANTE

6. Population, événements démographiques, morbidité et mortalité

- i) Taux d'accroissement naturel.
- ii) Taux de mortalité infantile.
- iii) Taux de mortalité chez les enfants appartenant au groupe d'âge de 1 à 4 ans.
- iv) Taux brut de mortalité.
- v) Taux brut de natalité.
- vi) Taux de fécondité.
- vii) Espérance de vie à la naissance.
- viii) Taux de mortalité périnatale.
- ix) Pourcentage de morbidité et mortalité par cause importante et par rapport aux consultations externes et aux hospitalisations.

Annexe 77. Nutrition

- i) Pourcentage d'enfants ayant un poids faible eu égard à leur âge ou un poids faible par rapport à leur taille compte tenu de normes pertinentes.
- ii) Pourcentage d'enfants ayant un poids à la naissance inférieur à 2500 gr.
- iii) Disponibilité moyenne en aliments de base (production intérieure plus importation en aliments de base aux niveaux national et régional).
- iv) Taux de protéines dans la ration alimentaire journalière.
- v) Accroissement ou diminution des productions vivrières par habitant.

INDICATEURS D'UNE VIE SOCIALEMENT ET ECONOMIQUEMENT PRODUCTIVE

8. Produit national brut par tête d'habitant : Le produit national brut par habitant qui est l'indicateur le plus courant n'illustre par bien les conditions individuelles réelles dans un grand nombre de pays, y compris les pays en développement. Sans le rejeter, on peut également envisager :

- un indicateur qui permet d'estimer le rapport travail/pouvoir d'achat;
- revenu/pouvoir d'achat;
- travail/niveau de vie économique.

Nous proposons que des économistes soient priés d'étudier sérieusement ce problème. Nous pourrions peut-être suggérer, en attendant, que les indicateurs soient axés sur ce qui suit :

- accessibilité de la population à son lieu de travail;
- valeur économique du travail;
- taux d'urbanisation;
- rapport de l'activité qui définit le pourcentage de la population compte tenu de l'âge pour un emploi à plein temps ou entre deux âges donnés pour un emploi à plein temps (ou à temps partiel), y compris les élèves et les étudiants;
- absentéismes à l'école et au travail.

Annexe 7

9. Taux d'alphabétisation des adultes par sexe : On appelle taux d'alphabétisation des adultes le pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus, capable de lire et écrire. Toutefois, chaque pays devra établir ses propres critères et définir ce qu'il entend par "lire et écrire". Ce qui revêt une importance particulière, c'est le taux d'alphabétisation des femmes. Les pays souhaiteront peut-être introduire des indicateurs tel que le pourcentage d'enfants fréquentant des écoles primaires pendant au moins cinq ans.

ANNEXE 8

ORDRE DU JOUR PROVISOIRE DE LA TRENTE-DEUXIEME SESSION DU COMITE REGIONAL
(Etabli le 5 août 1981)

1. Ouverture de la trente-deuxième session (document AFR/RC32/1)
2. Adoption de l'ordre du jour provisoire (document AFR/RC32/11)
3. Constitution du Sous-Comité des Désignations (résolution AFR/RC23/R1)
4. Election du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs
5. Désignation du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs (résolution AFR/RC25/R17)
6. Activités de l'OMS dans la Région africaine
 - 6.1 Rapport succinct du Directeur régional (document AFR/RC32/3)
 - 6.2 Développement et coordination de la recherche biomédicale et sur les services de santé (document AFR/RC32/4)
 - 6.3 Surveillance de l'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (document AFR/RC32/5)
7. Corrélations entre le Comité régional, le Conseil exécutif et l'Assemblée mondiale de la Santé
 - 7.1 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 (document AFR/RC32/6)
 - 7.2 Incidences régionales des ordres du jour de la soixante-onzième session du Conseil exécutif et la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC32/7)
 - 7.3 Discussions techniques à la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé : "Les politiques nouvelles d'éducation pour la santé dans les soins de santé primaires" (document AFR/RC32/8)
8. Examen du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC32/9)
 - 8.1 Projet de Budget Programme 1984-1985 (document AFR/RC32/2)
 - 8.2 Rapport de situation sur la mise en oeuvre du programme sur les médicaments essentiels (document AFR/RC32/10)
 - 8.3 Rapport sur la participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique (document AFR/RC32/12)
 - 8.4 Rapport sur les visites des responsables des Etats Membres dans d'autres pays de la Région (document AFR/RC32/13)

Annexe 8

- 8.5 Rapport du Comité permanent sur la Coopération technique entre Pays en Développement (document AFR/RC32/14)
- 8.6 Rapport sur le flux international de ressources pour la stratégie régionale de la santé pour tous en l'an 2000 (document AFR/RC32/15)
9. Discussions techniques
 - 9.1 Présentation du rapport des discussions techniques : "Mobilisation des collectivités en vue du développement sanitaire : approches et contraintes" (document AFR/RC32/16)
 - 9.2 Désignation du Président des discussions techniques pour 1983 (document AFR/RC32/17)
 - 9.3 Choix du sujet des discussions techniques pour 1984 (document AFR/RC32/18)
10. Dates et lieux des trente-troisième et trente-quatrième sessions du Comité régional pour 1983 et 1984 (document AFR/RC32/19)
11. Adoption du rapport du Comité régional (document AFR/RC32/20)
12. Clôture de la trente-deuxième session.

ANNEXE 9

(AFR/RC31/9)

RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME

INTRODUCTION

1. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni à Accra les 14 et 15 septembre 1981 sous la présidence du Dr J. S. Moeti (Botswana), Président élu lors de la réunion du Sous-Comité du Programme du 24 septembre 1980 à Brazzaville. En l'absence du Vice-Président et du Rapporteur, le Sous-Comité a élu :

- Vice Président : M. S. A. Mahomed (Comores)
- Rapporteur : Dr P. C. de Medina (Guinée-Bissau).

La liste des participants figure en Appendice 1.

2. Dans son allocution d'ouverture, le Président, après avoir remercié le Président et le peuple ghanéens, souligne la place historique de ce pays dans la Région africaine, l'un des premiers à avoir accédé à l'indépendance. Il demande aux participants, par leur coopération, de mener à bien la tâche importante qui leur est assignée et de faciliter ainsi le travail du Comité régional.

3. Le programme de travail adopté par le Sous-Comité du Programme figure en Appendice 2.

SURVEILLANCE DE L'APPLICATION DE LA POLITIQUE ET DE LA STRATEGIE EN MATIERE
DE BUDGET PROGRAMME : MODIFICATIONS AU BUDGET PROGRAMME 1982-1983

4. Le Dr Moeti (Botswana) présente le document sur la surveillance de l'application de la politique et de la stratégie en matière de budget programme, ainsi que les modifications au Budget Programme 1982-1983.¹

5. Pour assurer la corrélation des travaux des différents organes délibérants, le Comité régional a la double tâche d'adapter les résolutions de l'Assemblée au contexte régional et de préparer sa contribution aux travaux de la session suivante du Conseil exécutif et de l'Assemblée.

6. Lors de la trentième session, le Comité a invité le Sous-Comité du Programme à faire un rapport biennal sur la surveillance de l'application de la politique et de la stratégie en matière de budget programme en corrélation avec la préparation des projets de budgets programmes et des programmes généraux de travail pour une période déterminée.²

¹ Documents AFR/RC31/10 et AFR/RC31/10/WP/01.

² Résolution AFR/RC30/R16.

Annexe 9

7. C'est dans ce cadre que le Comité doit procéder :

- i) les années impaires, à l'examen du rapport complet du Directeur régional sur l'activité de l'OMS pendant les 24 mois précédents, et à l'analyse de l'application de la politique et de la stratégie en matière de budget programme y inclus les modifications au budget programme qui sera mis en exécution;
- ii) les années paires, à un examen complet du projet de budget programme pour la période biennale suivante, et à l'examen d'un rapport succinct concernant les problèmes et événements importants des 12 mois précédents.

8. Le document AFR/RC31/10 porte principalement sur les huit composantes des soins de santé primaires (SSP) avec un accent spécial sur les trois programmes ayant 1990 pour horizon. Une attention particulière est accordée aux maladies diarrhéiques, à la tuberculose, aux médicaments essentiels, sujets qui seront étudiés par la soixante-neuvième session du Conseil exécutif. Le document indique aussi les principales tendances du Budget Programme 1982-1983 et précise les modifications au Budget Programme 1982-1983 par suite de la planification détaillée.¹

9. La pertinence de l'approche des SSP a été perçue par l'ensemble des pays qui ont inscrit à cet effet une ligne budgétaire; 20 pays ont un programme d'action. Des comités de villages, ou comités de santé ou leur équivalent ont été créés dans 29 pays. Les indicateurs proposés par une réunion d'experts régionaux² vont permettre d'améliorer l'information pour la gestion des SSP.

10. A la fin de 1980, le programme élargi de vaccination (PEV) est passé à la phase d'exécution dans près de deux tiers (27) des pays de la Région. En deux ans, 200 gestionnaires de 40 pays ont été formés.

11. Le programme régional à moyen terme 1978-1983 sur les maladies diarrhéiques a été envoyé à tous les Etats Membres. A ce jour, 20 pays ont répondu en mettant l'accent sur les SSP, la réhydratation par voie orale et l'assainissement du milieu. La lutte contre la tuberculose ainsi que beaucoup d'autres programmes se heurtent surtout au manque de médicaments essentiels et à des problèmes de gestion. La situation alimentaire et nutritionnelle ne cesse de se détériorer dans la Région. Un réseau régional de centres nationaux de recherche et de formation en nutrition est en cours d'établissement.

¹ Document AFR/RC31/10/WP/01.

² Document AFR/TRS/12

Annexe 9

Plusieurs pays de la Région ont participé à l'élaboration du projet de Code international sur la commercialisation des substituts du lait maternel.

12. L'emploi des nationaux comme Coordonnateurs des Programmes de l'OMS s'est poursuivi. Sur les 36 postes, 13 sont occupés par des nationaux travaillant dans leur pays et les trois quarts des Coordonnateurs fonctionnaires internationaux sont originaires des pays de la Région.

13. Les modifications intervenues dans le Budget Programme 1982-1983 sont dues :

- i) aux coûts des réunions CTPD;
- ii) à l'aménagement des structures du Bureau régional eu égard à ses nouvelles fonctions;
- iii) à l'introduction des bourses d'études dans les programmes spécifiques.

14. Les modifications dans les allocations aux différents programmes par comparaison au budget programme approuvé pour 1982-1983¹ répondent à la programmation détaillée effectuée par les pays et à la mise en oeuvre des nouvelles orientations programmatiques. Elles doivent être considérées comme l'expression de la souplesse de la procédure de programmation budgétisation biennale.

15. Le Sous-Comité a examiné les documents AFR/RC31/10 et AFR/RC31/10/WP/01 chapitre par chapitre et les annexes qui leur étaient jointes.

16. Au cours de leurs discussions, les participants ont noté avec intérêt la fabrication de boîtes à glace pour le programme PEV et les recherches sur la production d'aliments de sevrage à base de produits locaux à Accra. Mention a été faite des difficultés rencontrées dans l'entretien de ces boîtes et le renouvellement des matériaux.

17. Le Sous-Comité constate que l'exécution du Budget Programme 1980-1981 et la planification détaillée du Budget Programme 1982-1983 sont conformes à la politique, à la stratégie et aux directives programmatiques des organes délibérants. Le Sous-Comité présente au Comité régional un projet de résolution.

¹ Résolution WHA34.16.

Annexe 9

PARTICIPATION DES MEMBRES DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME AUX REUNIONS D'INTERET PROGRAMMATIQUE

18. Le Docteur P. C. de Medina présente le document AFR/RC31/11. Le Comité régional, lors de sa trentième session, par la Décision No 8, a invité les membres du Sous-Comité du Programme participant à une même réunion d'intérêt programmatique à présenter un rapport conjoint soulignant notamment la répercussion des conclusions et recommandations sur le programme régional.

19. Dans le courant de l'exercice 1980/1981, six réunions ont été retenues à cet effet. Les membres appelés à y participer avaient été désignés par le Sous-Comité du Programme en 1980.

20. Les membres du Sous-Comité désignés ont fait rapport au Comité régional sur la participation à trois des réunions les plus importantes :

- a) Réunion des Doyens et Directeurs des Facultés, Ecoles et Centres universitaires des Sciences de la Santé;
- b) Séminaire régional sur l'Enseignement et les Prestations des Soins de Santé;
- c) Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire.

21. Au cours des discussions, il a été fait état de la faible participation des membres du Sous-Comité aux réunions programmatiques. Bonne note a été prise de la participation du Botswana aux deux réunions intéressant le développement des personnels de santé. Les participants aux dites réunions sont invités à fournir leur rapport dès la fin de chaque réunion pour permettre au Secrétariat de tenir informé le Comité régional.

22. En raison de la nécessaire continuité de la surveillance et du contrôle que doit exercer le Comité régional, le Sous-Comité invite ses membres devant participer à des réunions programmatiques à planifier leurs activités en conséquence.

23. Le Sous-Comité du Programme formule les recommandations suivantes :

- i) encouragement des gouvernements à mettre en place des mécanismes permanents de concertation tels que les conseils multisectoriels de santé;
- ii) inventaires multisectoriels des problèmes sanitaires pour servir d'outil à l'élaboration de la programmation sanitaire dans chaque pays;
- iii) adoption avec amendements du plan d'action de la stratégie de lutte anti-paludique;
- iv) adoption avec amendements de la stratégie régionale pour les processus gestionnaires de développement sanitaire.

Annexe 9

24. Le Sous-Comité propose au Comité régional un projet de résolution.

VISITES DES RESPONSABLES DES ETATS MEMBRES DANS D'AUTRES PAYS DE LA REGION

25. Le Dr O. Diallo (Guinée) a présenté le document AFR/RC31/2.

26. Le Comité régional lors de sa trentième session a adopté par la Décision No 9 le principe de visite par deux responsables de chaque pays d'une Sous-Région CTPD dans deux pays situés dans les autres Sous-Régions.

27. Au 15 juillet 1981, huit visites ont été effectuées par les pays suivants : Gambie, Guinée, Guinée équatoriale, Lesotho, Libéria, Sierra Leone, Togo et Zaïre. Ces visites ont fait l'objet de cinq rapports de visite : i) Rapport de visite d'études au Gabon par les membres de la délégation togolaise; ii) Rapport de visite d'études aux Seychelles par les membres de la délégation togolaise; iii) Rapport de visite d'études au Cameroun par les membres de la délégation zaïroise; iv) Rapport de visite d'études au Togo par les membres de la délégation zaïroise; v) Rapport de visite d'études au Malawi par les membres de la délégation de la Sierra Leone.

28. Chaque rapport fait mention des objectifs, du déroulement de la visite, ainsi que des commentaires et/ou recommandations des délégations. Ces rapports constituent un nouveau mécanisme CTPD utile et efficace.

29. Le Sous-Comité constate que la durée des visites dans certains pays a été brève. Ceci semble être dû à des difficultés de communication et à des contraintes nationales. Le Directeur régional a indiqué que l'application du plan quinquennal¹ doit se faire avec toute la souplesse requise et permettre toute prolongation de visite.

30. Le Sous-Comité insiste sur le fait que les rapports de visite sont des rapports conjoints pays visiteurs/pays visités. Les observations et les recommandations suscitées par ces rapports pourront être bénéfiques au processus de développement sanitaire national. Le Sous-Comité propose que les rapports de visite soient soumis à l'appréciation des responsables des pays hôtes avant leur transmission au Bureau régional.

31. Un projet de Décision de procédure est soumis à l'approbation du Comité régional.

¹ Paragraphe 7 du dispositif de la résolution AFR/RC29/R5 et Décision No 9 de la trentième session du Comité régional.

Annexe 9

COOPERATION TECHNIQUE ENTRE PAYS EN DEVELOPPEMENT (CTPD)

32. Le rapport du Comité permanent CTPD¹ est présenté par le Dr B. Houssou (Bénin).

33. Le Sous-Comité fait siennes les recommandations du rapport.

Processus et mécanismes de gestion

34. La formation doit se faire à trois niveaux : local, intermédiaire et central. Cette formation intéressera tous les membres de l'équipe de santé et les personnels d'autres secteurs de développement socio-économique.

35. Il est indispensable d'utiliser les structures d'accueil existantes comme centre national pour le développement sanitaire (CNDS) et particulièrement les écoles et facultés des sciences de la santé, les écoles de formation paramédicale, les centres de formation en gestion, etc.

36. L'exploitation rationnelle de ces structures d'accueil nécessitera la mise en commun du potentiel enseignant de l'ensemble des pays de la Région. La CTPD devra permettre un échange conséquent des ressources humaines des pays concernés.

37. Les mécanismes de la CTPD doivent permettre aux ressortissants des pays d'une même Sous-Région ou d'autres Sous-Régions de poursuivre, grâce à l'octroi de bourses, une formation adéquate dans les établissements de formation des différents pays.

38. La mise en place conséquente des ressources matérielles et financières au niveau des établissements de formation, en collaboration avec les pays intéressés, avant l'accueil des étudiants ou stagiaires, est indispensable.

39. Les programmes, ainsi que la méthodologie enseignement/apprentissage devront tenir compte des objectifs éducationnels préalablement établis. Sur la base des nouvelles tâches des personnels de santé, les soins de santé primaires devront être inclus dans le cursus des études.

40. Les agents formés devront trouver au niveau de leurs pays respectifs et dans le cadre de leur spécialité les éléments de stimulation, de participation pour un meilleur exercice de leurs fonctions.

Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement

41. La collaboration entre l'OMS, les contributeurs et les pays de la Région doit être intensifiée. Cette collaboration s'inscrit dans le cadre des programmes coopératifs avec les organismes du système des Nations Unies, les banques de développement et les assistances bilatérales.

¹ Document AFR/RC31/13.

Annexe 9

42. L'OMS doit jouer un rôle de catalyseur dans les domaines suivants :

- i) échanges d'informations sur les technologies appropriées et les résultats de la recherche et du développement;
- ii) échanges de personnels compétents et expérimentés, d'enseignants, de spécialistes et de chercheurs;
- iii) échanges par les Etats Membres des moyens de formation disponibles, y compris les services d'enseignants;
- iv) échanges d'expériences dans le domaine de la participation communautaire.

Politique en matière de médicaments

43. Les critères retenus pour l'implantation ou le renforcement d'industries pharmaceutiques et de laboratoires de contrôle de la qualité des médicaments au niveau sous-régional sont :

- i) situation et accessibilités géographiques;
- ii) considérations socio-politiques;
- iii) compétences techniques;
- iv) compétences gestionnaires;
- v) coût/rendement acceptable;
- iv) niveau de formation du personnel.

44. La mise en oeuvre de cette politique en matière de médicaments nécessite que l'OMS :

i) facilite la coopération intergouvernementale; ii) organise une réunion des responsables de haut niveau des ministères de la santé et des pharmacies d'approvisionnement; iii) développe, en collaboration étroite avec les gouvernements, la recherche en pharmacopée traditionnelle.

Lutte contre les maladies diarrhéiques

45. Elle nécessite :

- i) la promotion et le renforcement des activités de recherche sur l'étiologie et les technologies appropriées à la lutte contre les maladies diarrhéiques;
- ii) l'utilisation des mécanismes CTPD, notamment par les échanges d'informations et de matériels d'éducation;
- iii) l'amélioration de la qualité de l'approvisionnement en eau et de la salubrité de l'environnement;

Annexe 9

- iv) la promotion de l'hygiène individuelle et collective des populations;
- v) le traitement de cas aigus par réhydratation orale et médicaments spécifiques;
- vi) l'implantation au niveau de chaque Sous-Région d'usines pour la fabrication de solutés et de médicaments spécifiques en tenant compte des critères retenus;
- vii) la déclaration obligatoire aux pays voisins et à l'OMS de toutes les flambées épidémiques de maladies diarrhéiques.

Utilisation des centres spécialisés de traitement

46. Une attention particulière devrait être accordée à la création d'un ou de plusieurs centres spécialisés de traitement. Le Bureau régional tiendra à jour la liste de ces centres.

Formation des personnels de santé

47. La formation accélérée des travailleurs de base et cadres de niveau moyen revêt une importance stratégique, notamment du fait de la pénurie de personnels hautement qualifiés. Le Bureau régional devra tenir à jour un inventaire des instituts de formation dans la Région. Les différences linguistiques constituant un obstacle à la promotion de la coopération en matière de formation, il faudrait donner aux stagiaires lusophones, francophones et anglophones les moyens d'apprendre la langue de travail dans le cadre de la formation. Les établissements de formation existants doivent être ouverts aux ressortissants de tous les pays de la Région.

Développement de la médecine traditionnelle.

48. Les praticiens traditionnels devraient être encouragés à constituer des conseils ou des associations. La recherche dans ce domaine doit être intensifiée. Les échanges d'expériences des méthodes d'intégration ou de motivation des praticiens traditionnels à la médecine moderne doivent être facilités. Ceci nécessitera une révision ou des aménagements dans certaines législations.

Sujets à inscrire au programme de travail 1982-1984

49. Les quatre thèmes suivants pour l'ensemble des trois Sous-Régions ont été retenus pour mars 1982 :

Annexe 9

- i) Choix de mécanismes et techniques appropriés pour la gestion sanitaire dans les pays en développement.
- ii) Centres nationaux de développement sanitaire (CNDS).
- iii) Soins de santé primaires, législation sanitaire et CTPD.
- iv) Approvisionnement en eau potable et assainissement.

50. Le Comité a décidé que les thèmes suivants feraient l'objet de discussions en 1983-1984 :

- i) Coopération avec l'OUA et la CEA.
- ii) Médecine traditionnelle dans le cadre de la CTPD.
- iii) Banque de sang.
- iv) Surveillance épidémiologique et lutte contre la maladie.
- v) Formation du personnel.
- vi) Evacuation des malades : systèmes de référence/orientation.
- vii) Méthodes audio-visuelles - documentation/information.

Renouvellement du Comité permanent

51. Conformément à la résolution AFR/RC29/R9, le mandat des pays suivants a pris fin : Angola, Guinée, Nigéria, Tanzanie et Zaïre. Le Sous-Comité du Programme prenant acte du tirage au sort fait par le Comité permanent CTPD, propose au Comité régional le remplacement des pays dont le mandat est terminé, par les Etats Membres suivants : Gambie, Guinée équatoriale, Lesotho, Malawi et Sénégal. Un projet de résolution et deux projets de Décision de procédure sont proposés au Comité régional pour donner effet aux recommandations du Comité permanent CTPD.

SEPTIEME PROGRAMME GENERAL DE TRAVAIL POUR UNE PERIODE DETERMINEE (1984-1989)

52. Le Dr F. M. Mueke (Kenya) présente le document AFR/RC31/14.

53. L'une des neuf fonctions constitutionnelles du Conseil exécutif de l'Organisation consiste à soumettre à l'Assemblée, pour examen et approbation, un programme général de travail s'étendant sur une période déterminée. Le dernier programme, le sixième du genre, couvre la période 1978-1983.

Annexe 9

54. A sa soixante-septième session en janvier 1981, le Conseil exécutif a réaffirmé que le Septième Programme général de Travail (PGT.7), le premier depuis la Conférence historique d'Alma-Ata, devra constituer l'appui de l'Organisation à la stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici à l'an 2000. Le Conseil a en outre prié le Directeur général de préparer une documentation propre à faciliter le travail du Comité du Programme en veillant à ce qu'il soit dûment tenu compte des vues exprimées par les Comités régionaux.

55. Dans le cadre de cette consultation, le Comité se souviendra qu'il a examiné et approuvé¹ lors de sa Trentième session la contribution régionale à l'élaboration du PGT.7

56. Le document examiné représente le travail de synthèse des documents qui ont été préparés par les Régions et le Siège. Une étude préliminaire de ce document a été faite par le Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS) lors de sa deuxième réunion à Brazzaville du 23 au 26 juin de l'année en cours.

57. L'introduction rappelle deux événements majeurs : la Conférence d'Alma-Ata (1978) et l'adoption de la résolution WHA30.43 qui définit le but de la "Santé pour tous en l'an 2000".

58. L'examen de l'évolution de la situation sanitaire mondiale met en évidence les relations étroites entre les problèmes de santé et les problèmes socio-économiques. Près d'un milliard d'êtres humains sont enfermés dans le cercle vicieux de la misère, de la malnutrition et de la maladie.

59. Face à ces problèmes, une stratégie mondiale de la santé pour tous a été formulée selon les axes suivants :

- i) systèmes de santé nationaux reposant sur les soins de santé primaires;²
- ii) développement de l'infrastructure sanitaire, soins de santé primaires inclus;
- iii) renforcement des ministères de la santé, en tant que point focal de la stratégie nationale de développement sanitaire;
- iv) création et mobilisation de toutes les ressources disponibles de l'ensemble des secteurs de l'activité nationale;
- v) coopération socio-sanitaire et économique entre les pays et utilisation des dispositifs régionaux de l'OMS pour faciliter une telle coopération.

¹ Résolution AFR/RC30/R10.

² Rapport de la Conférence internationale sur les SSP, Alma-Ata, 1978.

Annexe 9

60. Le rôle et les fonctions de l'Organisation dans l'action sanitaire internationale sont clairement explicités dans sa Constitution. A cet égard, l'OMS a des responsabilités importantes pour l'élaboration et l'application de la stratégie de la santé pour tous d'ici à l'an 2000, notamment dans les domaines de la coordination et de la coopération technique.

61. Les structures de l'OMS ont subi des modifications eu égard à ses nouvelles fonctions.¹ L'OMS a été amenée à modifier les processus qu'elle applique pour élaborer et gérer son programme. Les programmes généraux de travail sont formulés sur la base des politiques de l'Organisation et des stratégies adoptées. Ces programmes de travail sont ensuite transformés en programmes à moyen terme, lesquels constituent à leur tour la base des budgets programmes biennaux. Un processus de surveillance continue permet de suivre la mise en oeuvre des programmes. L'évaluation de l'efficience et l'efficacité permet d'améliorer ces programmes selon les besoins. Le recueil des informations pertinentes pour toutes ces composantes et à partir de celles-ci fait partie intégrante du processus gestionnaire.

62. Le Septième Programme général de Travail reprend les principes directeurs du Sixième Programme général de Travail et inclut la référence à la Déclaration d'Alma-Ata.

63. Le PGT.7 propose une liste ordonnée des programmes spécifiques de l'OMS. Elle reflète un modèle directeur pour le soutien des systèmes sanitaires nationaux et comprend quatre grandes catégories de programme (Appendice 3). Ces catégories de programme ont les fonctions et caractéristiques essentielles suivantes :

- i) Direction, coordination et gestion : Cette catégorie de programme constitue la base politique et gestionnaire de l'ensemble des programmes.
- ii) Infrastructure des systèmes de santé : Ces programmes s'emploient à promouvoir et à soutenir la mise en place par tous les Etats Membres de systèmes de santé complets fondés sur les soins de santé primaires.
- iii) Science et technologie de la santé : Ces programmes produisent, rassemblent et diffusent des informations sur les techniques sanitaires pouvant être utilisées par les systèmes de santé dans les divers contextes politiques, sociaux et économiques.

¹ Résolution WHA33.17.

Annexe 9

- iv) Appui au programme : Cette quatrième catégorie apporte un programme de l'OMS selon les besoins un soutien informationnel, organisationnel, financier, administratif et matériel.

64. Le Comité consultatif pour le Développement sanitaire (CCADS) a exprimé l'opinion qu'il est souhaitable que l'on dispose d'infrastructure et de personnels compétents dès le début du PGT.7. Tout le développement dans le domaine de la science et de la technologie dépend de cette infrastructure.

65. Au terme de ses discussions, le Sous-Comité a fait siennes les recommandations spécifiques formulées par le CCADS et qui portent essentiellement sur le chapitre 7 :

- i) le programme 6 : Information du public et éducation pour la santé : dans la section approches, deuxième paragraphe, les mots qui suivent "matériels" doivent être remplacés par : "y compris la formation à l'éducation pour la santé dans les programmes d'enseignement pour toutes les catégories des travailleurs de la santé";
- ii) en ce qui concerne le programme 8.1 : Nutrition, il est suggéré qu'AFRO garde à l'esprit l'importance de l'iode dans la lutte contre le goitre lors de la préparation du programme à moyen terme pour la Région;
- iii) pour le programme 8.2 relatif à la santé bucco-dentaire - approche, il est proposé que la première phrase soit reformulée comme suit : "L'accent sera mis sur la prévention en faisant appel à tous les moyens disponibles, y compris le recours au fluorure";
- iv) programme 11.1 : Approvisionnement public en eau et assainissement : l'objectif 1990 semble être trop ambitieux, étant donné les contraintes actuelles quant aux personnels et aux ressources;
- v) programme 13.3 : Paludisme : des réserves ont été exprimées en ce qui concerne la cible No 2 qui semble trop ambitieuse; cette cible doit faire l'objet d'une réévaluation compte tenu de ce que le P. falciparum devient résistant aux amino-4-quinoléines; il est suggéré une quatrième cible : "Les recherches seront menées pour trouver des technologies de rechange afin de résoudre le problème du paludisme" dans le cadre des SSP et en collaboration avec TDR.

Annexe 9

66. Le Sous-Comité du Programme note par ailleurs l'importance accordée à la législation sanitaire pour le développement des systèmes de santé et particulièrement l'appui de l'OMS aux pays, dans les différents domaines de la formation des spécialistes, d'échanges d'information et de renforcement des mécanismes permettant de déterminer et de rédiger les dispositions législatives nécessaires.

67. Le Sous-Comité soumet au Comité régional un projet de résolution.

STRATEGIE REGIONALE DE LUTTE ANTIPALUDIQUE

68. Le Secrétariat présente le document AFR/RC31/15.

69. Depuis 1975, par la résolution AFR/RC25/R5, le Comité régional insiste sur la nécessité de mobiliser les efforts nationaux en vue d'assurer le succès des programmes de lutte antipaludique.

70. En 1977, un plan détaillé de lutte antipaludique a été élaboré. Fermes dans leur volonté d'accéder à l'état de santé pour tous d'ici à l'an 2000, les Etats Membres ont décidé en 1980 de formuler leurs stratégies nationales de lutte antipaludique en tenant compte de nouvelles orientations programmatiques (SSP et stratégie régionale de développement).

71. Le Comité régional, lors de sa trentième session, en adoptant la résolution AFR/RC30/R17, a invité le Directeur régional à formuler et à présenter à la présente session une stratégie régionale de lutte antipaludique.

72. Au 31 août 1981, 28 pays ont formulé leur stratégie de lutte antipaludique, ce qui porte le nombre d'habitants de la Région couverts par les programmes antipaludiques à 248,47 millions. Les principaux objectifs des stratégies nationales de lutte antipaludique visent à :

- i) réduire la létalité et la morbidité dues au paludisme au plus bas niveau possible;
- ii) minimiser l'effet néfaste du paludisme sur le développement socio-économique du pays;
- iii) assurer le statut des régions indemnes de paludisme;
- iv) éradiquer la maladie, là où cela s'avère possible.

Annexe 9

73. La stratégie régionale repose sur les stratégies nationales et s'inscrit dans le cadre de la stratégie régionale de développement sanitaire. Elle met l'accent sur l'approche "soins de santé primaires". La lutte contre le paludisme repose sur le développement de l'infrastructure sanitaire. Elle progressera au rythme du développement des SSP dans chaque pays, notamment pour le traitement des maladies et la protection des groupes vulnérables.

74. La formation des personnels de santé, l'information et l'éducation du public, ainsi que la participation des communautés, des travailleurs des autres secteurs et de la communauté internationale constituent le clé de voûte de la stratégie de la lutte antipaludique.

75. Le Sous-Comité note que :

- i) le Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales (TDR) effectue des études sur l'efficacité du traitement du paludisme à dose unique de chloroquine en Haute-Volta;
- ii) la population-cible est composée d'enfants de moins de cinq ans, de femmes enceintes et d'autres groupes vulnérables selon les pays;
- iii) les problèmes épidémiologiques logistiques et financiers empêchent l'éradication du paludisme dans les zones non insulaires de la Région africaine;
- iv) une surveillance épidémiologique stricte est nécessaire pour éviter toute réinfestation dans les îles;
- v) des efforts concertés de la communauté internationale sont indispensables pour la mise en oeuvre de la stratégie régionale.

76. Le Sous-Comité fait sien le plan d'action pour la mise en oeuvre de la stratégie régionale de lutte antipaludique et propose au Comité régional l'adoption d'un projet de résolution.

CONCLUSIONS

77. La surveillance de la politique et de la stratégie en matière de budget programme est conforme aux directives des organes délibérants. Les modifications au Budget Programme 1982-1983 par comparaison au budget programme approuvé sont la preuve de la souplesse de la procédure de programmation budgétisation biennale.

78. La participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique entre dans le cadre de la surveillance et du contrôle de l'élaboration et de la mise en oeuvre du programme régional.

Annexe 9

79. Les visites des responsables d'Etats Membres dans d'autres pays de la Région doivent permettre d'échanger des expériences fructueuses pour le développement sanitaire régional. De ce fait, les rapports conjoints revêtent une importance particulière en constituant un nouveau mécanisme de la CTPD en vue de la santé pour tous en l'an 2000.

80. Le Comité permanent de la CTPD a fixé lui-même, pour la première fois en 1981, les thèmes de ses discussions. Il propose au Comité régional des thèmes jusqu'en 1984 sans que la liste soit limitative. Ceci témoigne de l'engagement des responsables des Etats Membres dans la lutte pour le développement sanitaire grâce aux mécanismes de la CTPD.

81. Le Sous-Comité propose que le Comité régional adopte le Septième Programme général de Travail avec des amendements portés par le CCADS sur la liste ordonnée des programmes. Il constate avec intérêt que ce document a pris en considération les observations et recommandations de la trentième session du Comité régional.¹

82. Malgré les efforts déployés par les gouvernements et la communauté internationale, le paludisme demeure un important problème de santé publique. Sur la base du canevas adopté par la trentième session du Comité régional,² les Etats Membres ont formulé leurs stratégies nationales. Pour la première fois, un plan d'action détaillé a été élaboré pour la mise en oeuvre de la stratégie régionale.

83. Le Sous-Comité adopte le rapport amendé.

84. La présentation des différents points au Comité régional s'établit comme suit :

- Surveillance de l'application de la politique et de la stratégie en matière de budget programme : modification au Budget Programme 1982-1983
Dr J. S. Moeti
(Botswana)
- Participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions programmatiques
Dr P. C. de Medina
(Guinée-Bissau)
- Visites des responsables des Etats Membres dans d'autres pays de la Région
Dr O. Diallo
(Guinée)

¹ Résolution AFR/RC30/R10

² Résolution AFR/RC30/R17.

Annexe 9

- Comité permanent CTPD
Dr B. Houssou
(Bénin)

- Septième Programme général de Travail pour
une période déterminée (1984-1989)
Dr F. M. Mueke
(Kenya)

- Stratégie régionale de lutte antipaludique
Dr A. F. Pina
(Cap-Vert)

Annexe 9

APPENDICE 1

LISTE DES PARTICIPANTS

Bénin

M. P. Kpoffon
Ministre de la Santé publique

Dr B. Houssou
Epidémiologiste-Statisticien

Mme I. I. Ologoudou
Chef de Service de la Législation pharmaceutique

Botswana

Dr J. S. Moeti
Chief Medical Officer (Président du Sous-Comité)

Dr E. T. Maganu
Epidemiologist

* BurundiCap-Vert

Dr A. F. Pina
Directeur du Programme de Protection maternelle
et infantile/Planning familial

Dr J. B. Morais
Médecin

Tchad

Dr Djekoundaté le Djeragossou
Directeur des Grandes Endémies

M. Kindé Ngassadi
Directeur du Génie sanitaire

Comores (République fédérale islamique des)

M. S. A. Mohamed (Vice-Président)
Ministre de la Santé publique

*
Empêché.

Appendice 1Annexe 9Ghana

Dr K. Ward-Brew
Deputy Director of Medical Services (International Health)

Guinée

Dr O. Diallo
Directeur national, Service des Soins
Ministère de la Santé

Guinée-Bissau

M. C. Pereira
Ministre de la Santé

Dr P. C. de Medina (Rapporteur)
Secrétaire général
Ministère de la Santé

Côte d'Ivoire

M. L. N. P. Coulibaly
Ministre de la Santé

Dr K. N'Da
Directeur de la Santé publique et de la Population

Kenya

Dr F. M. Mueke
Deputy Director of Medical Services

*
Lesotho

* Empêché.

PROGRAMME DE TRAVAIL

1. Ouverture de la réunion
2. Adoption du programme de travail provisoire
3. Surveillance de l'application de la politique et de la stratégie en matière de budget programme ; modifications au Budget Programme 1982-1983 (documents AFR/RC31/10 et AFR/RC31/10/WP/01)
4. Rapport sur la participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique (document AFR/RC31/11).
5. Rapport sur les visites des responsables des Etats Membres dans d'autres pays de la Région (document AFR/RC31/12)
6. Rapport du Comité permanent sur la coopération technique entre pays en développement (document AFR/RC31/13)
7. Septième Programme général de Travail pour une période déterminée 1984-1989 (document AFR/RC31/14)
8. Stratégie régionale de lutte antipaludique (document AFR/RC31/15)
9. Adoption du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC31/9)
10. Distribution des tâches pour la présentation du rapport du Sous-Comité au Comité régional (document AFR/RC31/9)
11. Clôture de la réunion.

APPENDICE 3

Annexe 9LISTE ORDONNEE DES PROGRAMMES
POUR LA PERIODE D'EXECUTION DU SEPTIEME PROGRAMME GENERAL DE TRAVAIL

A. DIRECTION, COORDINATION ET GESTION

1. Organes directeurs

1.1 Assemblée mondiale de la Santé

1.2 Conseil exécutif

1.3 Comités régionaux

2. Développement et direction d'ensembles des programmes de l'OMS

2.1 Direction générale¹

2.2 Programme du Directeur général et des Directeurs régionaux pour le Développement

2.3 Développement d'ensemble des programmes²2.4 Coordination extérieure pour le développement sanitaire et social³

B. INFRASTRUCTURE DES SYSTEMES DE SANTE

3. Développement des systèmes de santé

3.1 Analyse de la situation sanitaire et de ses tendances

3.2 Processus gestionnaire pour le développement sanitaire national

3.3 Recherche sur les systèmes de santé

3.4 Législation sanitaire

4. Organisation de systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires

5. Personnels de santé

6. Information du public et éducation pour la santé

¹ Comprend le Bureau du Directeur général, les bureaux des Directeurs régionaux, les bureaux des Sous-Directeurs généraux ainsi que le Secrétariat du Comité du Siège pour le Programme, la Division juridique et la Vérification intérieure des Comptes.

² Comprend les Directeurs de la gestion des programmes dans les Bureaux régionaux, le processus gestionnaire pour le développement du programme de l'OMS, le système d'information de l'OMS, et le développement et la formation continue du personnel.

³ Comprend la collaboration avec les institutions du système des Nations Unies et avec d'autres organisations, les programmes multilatéraux et bilatéraux et les opérations de secours d'urgence.

Annexe 9Appendice 3

C. SCIENCE ET TECHNOLOGIE DE LA SANTE

7. Promotion et développement de la recherche
8. Protection et promotion de la santé en général
 - 8.1 Nutrition
 - 8.2 Santé bucco-dentaire
 - 8.3 Prévention des accidents
9. Protection et promotion de la santé de groupes de population particuliers
 - 9.1 Santé maternelle et infantile, y compris la planification familiale
 - 9.2 Recherche en reproduction humaine
 - 9.3 Santé des travailleurs
 - 9.4 Santé des personnes âgées
10. Protection et promotion de la santé mentale
 - 10.1 Aspects psycho-sociaux de la promotion de la santé et du développement de l'homme
 - 10.2 Mesures de prévention et de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues
 - 10.3 Prévention et traitement des troubles mentaux et neurologiques
11. Promotion de la salubrité de l'environnement
 - 11.1 Approvisionnement public en eau et assainissement
 - 11.2 Hygiène du milieu dans l'aménagement rural et urbain et l'habitat
 - 11.3 Lutte contre les risques pour la santé liés à l'environnement
 - 11.4 Sécurité des produits alimentaires
12. Technologie diagnostique, thérapeutique et de réadaptation
 - 12.1 Technologie clinique, biologique et radiologique pour les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires
 - 12.2 Médicaments essentiels et vaccins
 - 12.3 Qualité, sécurité et efficacité des médicaments et des vaccins
 - 12.4 Médecine traditionnelle
 - 12.5 Réadaptation
13. Lutte contre la maladie
 - 13.1 Vaccination
 - 13.2 Lutte contre les vecteurs de maladie

Appendice 3Annexe 9

- 13.3 Paludisme
- 13.4 Maladies parasitaires
- 13.5 Recherche sur les maladies tropicales
- 13.6 Maladies diarrhéiques
- 13.7 Infections aiguës des voies respiratoires
- 13.8 Tuberculose
- 13.9 Lèpre
- 13.10 Zoonoses
- 13.11 Maladies transmises par voie sexuelle
- 13.12 Surveillance de l'éradication de la variole
- 13.13 Autres maladies transmissibles
- 13.14 Cécité
- 13.15 Cancer
- 13.16 Maladies cardio-vasculaires
- 13.17 Autres maladies non transmissibles

D. APPUI AUX PROGRAMMES

- 14. Appui au plan de l'information sanitaire¹
- 15. Services d'appui
 - 15.1 Personnel
 - 15.2 Administration et services généraux
 - 15.3 Budget et finances
 - 15.4 Matériel et fournitures destinés aux Etats Membres

¹ L'appui au plan de l'information sanitaire englobe les publications et documents de l'OMS et les services de littérature consacrée à la santé.

ANNEXE 10

PLAN D'ACTION POUR LA MISE EN OEUVRE DE LA STRATEGIE REGIONALE DE LUTTE ANTIPALUDIQUE

Buts	Approches	Activités	Calendrier ¹ prévisionnel			
			PGT6	PGT7	PGT8	PGT9
1. Evaluer la situation du paludisme et le suivi de la mise en oeuvre de la stratégie régionale de lutte.	1. Promotion de la lutte antipaludique	1. Avis du CCADS ² sur la stratégie et le plan d'action (1981). 2. Adoption de la stratégie et du plan d'action par le Comité régional (1981). 3. Formulation de propositions concrètes par les groupes de travail, le Comité permanent CTPD ³ et GARS/2000 ⁴ (1981)	—			
	2. Améliorer la connaissance de la situation dans les pays par les autorités nationales avec l'appui extérieur de l'OMS, autres organisations et mécanismes CTPD.	1. Etudes de faisabilité (paludométrie, démographie, reconnaissance géographique, ressources, etc.), chaque année dans trois pays de chaque Sous-Région CTPD par les équipes interpays, experts régionaux, projets nationaux et CTPD (1982-1986).	—			
		2. Tenue à jour des profils-pays dans le cadre des systèmes d'information nationaux et OMS (1983-2000). 3. Echanges d'informations et d'expériences par les mécanismes CTPD (visites et échanges de responsables, documentation, etc.) (1982-2000).	—			
2. Planifier les programmes de lutte.	1. Utilisation de la méthodologie PSP pour déterminer les priorités, les approches et les moyens.	1. Formulation chaque année, par au moins trois pays de chaque Sous-Région CTPD, d'un programme de lutte (1982-1986).	—			
		2. Mise à jour biennale des programmes de lutte sur la base de la rétroinformation.	—			

¹ PGT = Programme général de Travail pour une période déterminée
 PGT.6 : 1978-1983; PGT.7 : 1984-1989; PGT.8 : 1990-1995; PGT.9 : 1995-2000

² CCADS = Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire

³ CTPD = Coopération technique entre Pays en Développement

⁴ GARS/2000 = Groupe africain de Ressources Santé/2000

Annexe 10

Buts	Approches	Activités	PGT6	PGT7	PGT8	PGT9
	<p>2. Introduction de la lutte antipaludique dans les activités SSP et dans tous les plans, programmes et projets de développement socio-économique.</p> <p>3. Recours aux mécanismes CTPD, experts régionaux, équipes inter-pays et autres spécialistes de l'OMS pour appuyer les équipes nationales.</p>	<p>3. Révision de la stratégie régionale tous les six ans, avant la formulation d'un nouveau PGT en utilisant la rétroinformation sur l'impact et l'avancement des travaux.</p>	---	---	---	---
3. Développer les services de laboratoire	<p>1. Diagnostic correct du paludisme dans les laboratoires existants et à venir.</p> <p>2. Introduction des activités de diagnostic entomologique dans les services nationaux de laboratoire.</p> <p>3. Utilisation des mécanismes CTPD pour le développement des services de laboratoire.</p>	<p>1. Etude chaque année des aspects qualitatifs, quantitatifs et gestionnels des services de laboratoire dans au moins trois pays de chaque Sous-Région.</p> <p>2. Formulation des plans pour les améliorer.</p> <p>3. Mise en oeuvre de ces plans</p> <p>4. Réaménagement de ces plans à partir de la rétroinformation.</p>	---	---	---	---

Annexe 10

Buts	Approches	Activités	PGT6	PGT7	PGT8	PGT9
4. Former le personnel	1. Utilisation des structures et des personnels disponibles 2. Utilisation des mécanismes CTPD.	1. Préparation de matériel didactique y inclus le matériel audio-visuel et sa distribution après essai.	—			
		2. Planification de la formation de personnel chargé de la lutte contre le paludisme dans le cadre des programmes nationaux de formation.		—		
		3. Recyclage périodique du personnel en service.		—		
		4. Introduction d'un enseignement correct de la lutte contre le paludisme dans tous les établissements où sont enseignées les sciences de la santé.		—		
		5. Formation dans la Région de paludologues, entomologistes, agents sanitaires, cadre supérieurs et de supervision pour les services de laboratoire.		—		
		6. Mise à jour des plans, tous les six ans avant un nouveau PGT, à partir de la rétroinformation.	—	—	—	—
5. Promouvoir la recherche appliquée en matière de paludisme	1. Etablissement d'un système d'échange d'information sur les recherches en cours.	1. Diffusion des résultats des recherches TDR ¹ et d'autres institutions par l'Index Medicus africain, les publications AFRO et du Siège de l'OMS.		—	—	—
	2. Echange de chercheurs.	2. Développement du programme d'échange d'enseignants, de chercheurs et de responsables de la santé dans le cadre de la CTPD.				
	3. Formation de chercheurs.					
	4. Subvention à la recherche.			—	—	—

¹ TDR = Programme spécial de Formation et de Recherche concernant les Maladies tropicales.

Annexe 10

Buts	Approches	Activités	PGT6	PGT7	PGT8	PGT9
		3. Développement du programme de subventions pour la formation des chercheurs.				
		4. Inclusion de la recherche appliquée dans le cadre de la recherche sur les services de santé.				
		5. Utilisation des résultats de la recherche fondamentale pour améliorer les prestations sanitaires grâce à la recherche appliquée.				
		6. Intéressement des sources extérieures au financement des recherches sur le paludisme.				
6. Renforcer la capacité de coopération technique de l'OMS	1. Utilisation des ressources des Secrétariats régionaux et mondial de l'OMS.	1. Planification de la participation de l'OMS.				
		2. Tenue à jour de ce plan.				
		3. Tenue à jour des tableaux d'experts régionaux et leur communication périodique aux Etats Membres.				
	2. Utilisation de l'expertise régionale.	4. Recours au catalogue des projets du Siège de l'OMS pour le financement extrabudgétaire et développement des mécanismes aux niveaux régional et mondial pour intéresser les donateurs à la lutte antipaludique dans la Région.				
	3. Utilisation du Programme TDR.					
	4. Développement des mécanismes pour la recherche de sources extérieures de financement.					

ROLE DES PROGRAMMES AYANT 1990 POUR HORIZON - PROGRAMME ELARGI
DE VACCINATION, APPROVISIONNEMENT EN EAU ET SALUBRITE, LUTTE CONTRE
LA MALNUTRITION - POUR ATTEINDRE LA SANTE POUR TOUS EN L'AN 2000

Rapport des discussions techniques

INTRODUCTION

1. Les discussions techniques de la trente et unième session du Comité régional se sont tenues à Accra, le 19 septembre 1981. Elles avaient pour thème : "Rôle des programmes ayant 1990 pour horizon - programme élargi de vaccination, approvisionnement en eau et salubrité, lutte contre la malnutrition - pour atteindre la santé pour tous en l'an 2000". Le Dr Jagdis Chunder Mohith (Maurice) assurait la présidence. Les Rapporteurs étaient :

- Dr N. Browne (Sierra Leone)
- M. Kindé Ngassadi (Tchad)
- Dr P. C. de Medina¹ (Guinée-Bissau)

Les discussions se sont déroulées en trois groupes de travail : anglophone, francophone et trilingue avec interprétation simultanée. Les groupes de travail ont élu pour présidents :

- Dr U. Shehu (Nigéria)
- M. Gebre E. Teka (Ethiopie)
- Dr J. J. Séraphin (Madagascar)

2. Le document de travail préparé par M. Beyene Wolde Gabriel et le Président est présenté par ce dernier. Il rappelle les fondements politiques des programmes prioritaires à l'horizon 1990 tels que définis dans plusieurs résolutions de l'Assemblée mondiale et du Comité régional.² La situation sanitaire de la Région est résumée en un sombre tableau épidémiologique caractérisé par une incidence élevée des maladies transmissibles, une forte mortalité infantile, un tiers de la population frappé par une sous-nutrition assez marquée et contraint de subsister avec un régime alimentaire quantitativement et qualitativement insuffisant pour une vie saine, épanouie et active. Pour progresser vers la santé pour tous en l'an 2000, la communauté internationale a retenu trois objectifs intermédiaires qui sont :

¹ Empêché.

² WHA31.53, WHA30.33, WHA30.51, WHA31.47, WHA28.42 et AFR/RC30/R9.

Annexe 11

- i) vacciner tous les enfants de moins d'un an contre les six maladies inscrites au programme élargi de vaccination (PEV) et mettre en place des mécanismes permettant d'assurer la continuation de la mise en oeuvre de ce programme (résolution WHA31.53);
- ii) assurer l'approvisionnement en eau potable et la salubrité de l'environnement à toutes les collectivités et mettre en place, au cours de la présente décennie, les mécanismes susceptibles de maintenir et d'étendre l'infrastructure (résolution WHA30.33);
- iii) promouvoir et assurer une alimentation et une nutrition adéquates aux populations, en particulier aux groupes les plus vulnérables (résolution WHA28.42).

3. Enfin, le Président souligne que le programme élargi de vaccination, l'alimentation en eau et l'assainissement, la lutte contre la malnutrition sont des composantes essentielles ainsi que des points d'entrée privilégiés des soins de santé primaires. La réussite de ces programmes se traduira certainement par une amélioration de la santé des collectivités, condition primordiale de tout développement socio-économique durable. La mise en oeuvre de ces trois programmes nécessitera des efforts soutenus de la part des collectivités locales des Etats Membres et des organisations internationales pour mettre en oeuvre les stratégies de développement sanitaire.

4. Lors des discussions, les groupes de travail ont surtout été guidés par les questions fondamentales posées au paragraphe 44 du document AFR/RC31/TD/1 et relatives aux trois programmes considérés.

PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION (PEV)

5. Les participants considèrent le PEV comme un des programmes les plus efficaces qui soit et qui peut avoir, s'il est proprement planifié et exécuté, un impact significatif sur la morbidité et la mortalité infantiles.

6. L'objectif du PEV est de "vacciner tous les enfants de moins d'un an contre les maladies couvertes par le PEV et de mettre en place des mécanismes permettant d'assurer l'exécution du programme" (résolution WHA31.53). Les participants estiment que par l'expression "tous les enfants", il faut entendre un niveau élevé de couverture vaccinale à partir de laquelle ces maladies ne poseront plus de problèmes majeurs de santé publique.

Annexe 11

7. Comme tels, les objectifs du PEV peuvent être atteints vers 1990 si les conditions suivantes sont remplies :

- i) politique clairement définie et adhésion totale du gouvernement au programme;
- ii) allocation des ressources nécessaires : financières, humaines et logistiques;
- iii) élaboration d'une législation appropriée;
- iv) attitude positive des travailleurs de la santé de la collectivité vis-à-vis du programme;
- v) planification et gestion satisfaisantes du PEV sans oublier les objectifs à court terme et une évaluation intégrée.

8. Pour permettre aux Etats Membres de contribuer pleinement au succès du PEV, il est suggéré de fournir régulièrement aux décideurs des informations pertinentes sur l'importance des programmes. Les décideurs pourront ainsi fournir l'appui requis et allouer les ressources budgétaires nécessaires. Ces informations auront un impact plus grand encore sur les décideurs si le PEV est présenté en tant que partie intégrante des SSP.

9. Le succès du PEV présuppose une planification fondée sur des informations adéquates, fournies en temps voulu, ainsi que sur un système efficace d'évaluation, de suivi et de rétroinformation.

10. Les pays de la Région devront viser à l'autosuffisance pour assurer la disponibilité et l'entretien régulier du matériel approprié ainsi que la disponibilité de vaccins produits localement, à savoir aux niveaux national, sous-régional et régional. Il est recommandé à l'OMS de contacter des organismes politiques et économiques régionaux (OUA, CEA et MULPOC) pour : i) mettre en place des centres de formation permettant d'assurer cette production, et ii) organiser dans le cadre de la CTPD des réunions éducationnelles pour former des techniciens originaires des divers pays à l'entretien opérationnel.

11. Une intégration du PEV dans les différents services de santé du pays fondée sur l'approche SSP favorisera l'exécution du programme si elle est menée de pair avec une éducation efficace des collectivités. Toutefois, l'ordre de priorité est accordé par le gouvernement aux différents programmes dont le PEV influencera les résultats de ce dernier.

Annexe 11

12. La logistique joue un rôle capital dans la mise en oeuvre du PEV au même titre que la formation, la participation et l'appui des collectivités. La chaîne de froid constitue l'élément logistique le plus sensible. Il convient de vérifier l'efficacité des vaccins à tous les stades - de la production à l'utilisation finale. Pour surmonter les difficultés que pose la conservation des vaccins à la température adéquate, une série de mesures protectrices s'impose, lors de l'acquisition de l'entreposage, de l'utilisation, à savoir :

- i) disponibilité de réfrigérateurs ou de chambres froides dans les aéroports et les magasins de contrôle;
- ii) disponibilité de réfrigérateurs à pétrole ou à gaz, au niveau du district et du village pour l'entreposage;
- iii) disponibilité de véhicules dotés de moyens de refroidissement pour le transport du vaccin vers les différents niveaux opérationnels;
- iv) disponibilité de pièces détachées, de combustible, de pétrole, de gaz pour les réfrigérateurs et les véhicules;
- v) orientation et motivation du personnel intéressé (services techniques et généraux) afin qu'il utilise convenablement l'infrastructure et comprenne bien comment protéger et manipuler les vaccins;
- vi) coordination des différentes opérations administratives et logistiques du stade d'acquisition à celui de l'utilisation des vaccins;
- vii) formation continue et régulière du personnel PEV;
- viii) liaison continue et régulière entre le personnel administratif central et le personnel de terrain afin d'assurer le suivi et la rétroinformation nécessaire;
- ix) recherche continue sur la production de vaccins stables.

13. Il est capital de former convenablement et motiver les personnels de santé pour la bonne gestion du programme PEV. Un bon encadrement à tous les niveaux est essentiel.

14. Pour consolider et améliorer les résultats du PEV, les participants estiment que :

- i) il faut assurer des allocations de crédits suffisants; des fonds d'origine extérieure seront nécessaires pour compléter les ressources nationales si l'on veut que les objectifs PEV soient atteints d'ici à 1990;
- ii) une éducation et une motivation permanentes des masses sont nécessaires;

Annexe 11

- iii) la formation continue des personnels permettra de disposer de personnels requis aux différents niveaux opérationnels;
- iv) les objectifs du programme devront englober des cibles à court terme;
- v) les modalités d'évaluation permettront de modifier et d'améliorer le programme;
- vi) la création de centres sous-régionaux de contrôle du PEV sera utile pour améliorer la gestion dans les différents pays dans le cadre des mécanismes CTPD;
- vii) les pays devront recourir, lors de la préparation de leur budget, à la méthode de budgétisation par programmes afin d'assurer la disponibilité des crédits nécessaires pour atteindre les objectifs définis pour le PEV;
- viii) la formulation et/ou le renforcement des textes législatifs pertinents faciliteront l'exécution du PEV.

APPROVISIONNEMENT EN EAU POTABLE ET ASSAINISSEMENT

15. Certains participants estiment que l'objectif "Eau potable et assainissement adéquat pour toutes les populations d'ici à 1990" est réalisable bien qu'il puisse paraître ambitieux. D'autres sont plus réticents, et considèrent que l'horizon 1990 est trop proche compte tenu notamment des ressources disponibles au niveau national.

16. Le niveau et la qualité de services varieront forcément d'un pays à l'autre et dans un même pays d'une région à l'autre. Le manque d'information et d'échange d'expérience ne favorise pas la diffusion des technologies appropriées. Les participants souhaitent qu'aux niveaux national et régional, des recherches sur les technologies appropriées en la matière soient encouragées.

17. Il est reconnu que la réalisation de l'objectif Eau potable et assainissement adéquat pour toutes les populations d'ici à 1990 nécessitera une mobilisation importante de ressources. A cet égard, l'effort national doit être déterminant et l'apport extérieur doit constituer un appoint à effet catalyseur. Il serait malaisé de traduire en pourcentage la part respective de cet apport extérieur et de la contribution nationale.

Annexe 11

18. Si l'on excepte les grands centres urbains, l'assainissement est presque toujours laissé aux initiatives individuelles tandis que d'année en année se dégagent des politiques nationales de l'eau. En effet, l'assainissement est rarement ressenti comme un besoin, en zones rurales particulièrement, tandis que les collectivités sont plus sensibles aux problèmes d'approvisionnement en eau. Dans ces conditions, il y a des risques réels que l'effort national au cours de la décennie soit consacré plus à l'eau qu'à l'assainissement, ce qui ne serait guère de bonne stratégie du point de vue santé et confort. La mise en place des mécanismes officiels prévus pour la Décennie et l'application des directives pour sa mise en oeuvre permettraient de corriger cette tendance.

ALIMENTATION ET NUTRITION

19. Dans la Région africaine, la malnutrition résulte surtout d'un apport diététique insuffisant tant sur le plan quantitatif que sur le plan qualitatif. Pour corriger cet état de chose, il faut accroître la production vivrière, lutter contre les gaspillages et éduquer la population en matière de nutrition.

20. Les mesures suivantes sont préconisées pour accroître la production :

- i) définir les politiques agraires et procéder aux réformes conséquentes afin d'accroître la superficie cultivée;
- ii) développer les coopératives de production et d'achat et pratiquer une politique de crédit et d'investissement en zones rurales;
- iii) améliorer les conditions de vie dans les zones rurales pour freiner l'exode des agriculteurs et favoriser le retour des intellectuels à la terre;
- iv) donner la préférence à la culture des produits à haute valeur nutritive;
- v) encourager la production locale d'aliments pour nourrissons.

21. Pour lutter contre les gaspillages des produits alimentaires, il convient de combattre les ennemis de la culture et d'améliorer les conditions de collecte, de stockage, de conservation et de distribution.

22. Pour maîtriser les facteurs climatiques, socio-économiques, culturels et parfois politiques, défavorables à une nutrition adéquate, les approches suivantes sont préconisées :

Annexe 12

- AFR/RC31/19 - Dates et lieux des trente-deuxième et trente-troisième sessions du Comité régional pour 1982 et 1983
- AFR/RC31/20 - Rapport du Comité régional
- AFR/RC31/21 - Programme de travail du Sous-Comité du Programme
- AFR/RC31/22 - Sélection de candidats pour l'attribution de la bourse de la Fondation Jacques Parisot
- AFR/RC31/23 - Liste des participants
- AFR/RC31/24 - Sous-Comité du Programme - Rapport de la réunion du 23 septembre 1981
- AFR/RC31/TD/1 - Rôle des programmes ayant 1990 pour horizon - programme élargi de vaccination, approvisionnement en eau et salubrité, lutte contre la malnutrition - pour atteindre la santé pour tous en l'an 2000.
- AFR/RC31/TD2 - Guide pour les discussions techniques
- AFR/RC31/Conf.Doc/1 - Allocution du Dr Comlan A. A. Quenum, Directeur régional
- AFR/RC31/Conf.Doc/2 - Allocution de l'Honorable M. C. Jallow, Ministre de la Santé, du Travail et des Affaires sociales de la Gambie, Président de la trentième session.
- AFR/RC31/Conf.Doc/3 - Allocution de son Excellence le Dr Hilla Limann, Président de la République du Ghana
- AFR/RC31/Conf.Doc/4 - Allocution du Dr H. Mahler
- AFR/RC31/WP/1 - Sous-Comité des Désignations
- AFR/RC31/SCC/1 - Composition du Sous-Comité chargé de la vérification des pouvoirs
- AFR/RC31/SCC/2 - Rapport du Sous-Comité chargé de la vérification des pouvoirs

(AFR/RC31/24)

ANNEXE 13

SOUS-COMITE DU PROGRAMME

Rapport de la réunion du 23 septembre 1981

INTRODUCTION

1. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni le 23 septembre 1981 à Accra, Ghana, à la fin des travaux de la trente et unième session du Comité régional. On trouvera en Appendice la liste des participants.
2. Ont été élus : comme Président, le Dr J. F. Caseiro da Rocha (Mozambique); comme Vice-Président, le Dr F. M. Mueke (Kenya) et comme Rapporteur, le Dr A. G. Rhaly (Mali).
3. Le programme de travail a été adopté.

PARTICIPATION DES MEMBRES DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME AUX REUNIONS DE PROGRAMMATION

4. Le Directeur du Programme de Soutien a présenté le document AFR/RC31/25 qui contenait deux annexes. La première indiquait la participation des membres du Sous-Comité aux réunions de programmation qui se sont tenues depuis 1977. La deuxième annexe fournissait des informations sur les réunions prévues en 1981-1982 et auxquelles la participation des membres du Sous-Comité est considérée comme souhaitable ainsi que des suggestions concernant les membres qui devraient participer aux réunions indiquées.
5. Après discussion sur la liste des réunions et des participants suggérés, le Sous-Comité a décidé de ce qui suit :

Annexe 13

REUNIONS DE PROGRAMMATION AUXQUELLES DEVRONT PARTICIPER LES MEMBRES DU
SOUS-COMITE DU PROGRAMME 1981-1982

Nom, lieu et date de la réunion	Objectifs	Langue	Membres proposés
Réunion du Programme régional RPM/5	Passer en vue la mise en oeuvre du programme régional, évaluer la planification détaillée du budget programme 1982-1983 et commencer à préparer le projet de budget programme 1984-1985	A/F	Mozambique, Kenya, Mali
Réunion du Programme régional RPM/6 Brazzaville, 22-26 février 1982	idem	A/F	Mozambique, Kenya, Mali
Politique et gestion pharmaceutiques Salisbury, 20-30 avril 1982			Maurice, Guinée-Bissau
Comité permanent de la CTPD/ARG/2000 Brazzaville, 7-11 juin 1982			Niger, Côte d'Ivoire
Mission spéciale en Angola Date à déterminer	Evaluer les dégâts causés en Angola par l'Afrique du Sud		Sao Tomé et Príncipe, Zaïre, Zambie, Président et Vice-Président de la 31ème session du Comité régional

APPENDICE

Annexe 13

LISTE DES PARTICIPANTS

Ghana

Dr K. Ward-Brew
Deputy Director of Medical Services (International Health)

Kenya

Dr F. M. Mueke
Deputy Director of Medical Services

Mali

Professeur A. G. Rhaly
Directeur général de l'Institut national de Recherche en Santé publique

Maurice

Dr B. Ghurburrun
Minister of Health

Mozambique

Dr J. F. Caseiro da Rocha
National Director of Medical Assistance

Dr (Mme) M. B. Sena Costa Fereira
Coordonnateur, Secrétariat pour la Coopération internationale

Niger

Dr J. Wright
Conseiller technique au Ministère de la Santé publique

Dr Hamani Abdou
Directeur départemental de la Santé de Niamey