

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE  
COMITE REGIONAL DE L'AFRIQUE  
TRENTE-TROISIEME SESSION

Brazzaville  
14-21 septembre 1983

RAPPORT DU COMITE REGIONAL

Brazzaville  
Novembre 1983

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 .....	2
4. Vérification des Pouvoirs .....	2
5. Incidences régionales des ordres du jour de la soixante-treizième session du Conseil exécutif et de la Trente-Septième Assemblée mondiale de la Santé .....	2
6. Méthode de travail de l'Assemblée .....	3
7. Thèmes à étudier en 1984-1985 par les Groupes de Travail CTPD .....	5
8. Renouvellement du Comité permanent CTPD .....	6
9. Discussions techniques à la Trente-Septième Assemblée mondiale de la Santé ....	6
10. Désignation du Président et du Président suppléant des discussions techniques pour 1984 .....	7
11. Choix du sujet des discussions techniques pour 1985 .....	7
12. Désignation des Représentants de la Région au Conseil conjoint de Coordination (CCC) du Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les maladies tropicales (TDR) .....	7
13. Dates et lieux des trente-quatrième et trente-cinquième sessions du Comité régional .....	8
RESOLUTIONS .....	9
AFR/RC33/R1 Développement et coordination de la recherche biomédicale et sur les services de santé .....	9
AFR/RC33/R2 Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif .....	10
AFR/RC33/R3 Activités de l'OMS dans la Région africaine 1981-1982 - Rapport biennal du Directeur régional .....	11
AFR/RC33/R4 Surveillance continue des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous en l'an 2000 .....	12
AFR/RC33/R5 Rapport sur la participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique .....	14
AFR/RC33/R6 Visites des responsables des Etats Membres dans d'autres pays de la Région .....	15

	<u>Page</u>
AFR/RC33/R7	Coopération technique entre pays en développement ..... 16
AFR/RC33/R8	Coopération sanitaire avec les pays sahéliens et autres pays de la Région touchés par la sécheresse ..... 18

PARTIE II

	<u>Paragraphes</u>
SEANCE D'OUVERTURE .....	1 - 32
ORGANISATION DU TRAVAIL .....	33 - 38
ACTIVITES DE L'OMS DANS LA REGION AFRICAINE 1981-1982 : RAPPORT BIENNAL DU DIRECTEUR REGIONAL .....	39 - 87
DEVELOPPEMENT ET COORDINATION DE LA RECHERCHE BIOMEDICALE ET SUR LES SERVICES DE SANTE .....	88 - 103
MODALITES DE MISE EN OEUVRE DES RESOLUTIONS D'INTERET REGIONAL ADOPTEES PAR L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE ET LE CONSEIL EXECUTIF .....	104 - 153
INCIDENCES REGIONALES DES ORDRES DU JOUR DE LA SOIXANTE-TREIZIEME SESSION DU CONSEIL EXECUTIF ET DE LA TRENTE-SEPTIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE ..	154 - 156
METHODE DE TRAVAIL DE L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE .....	157 - 174
ROLE DES UNIVERSITES DANS LES STRATEGIES DE LA SANTE POUR TOUS .....	175 - 203
RAPPORT DE SITUATION SUR LA SURVEILLANCE CONTINUE DES PROGRES REALISES DANS LA MISE EN OEUVRE DES STRATEGIES NATIONALES ET REGIONALE DE LA SANTE POUR TOUS EN L'AN 2000 .....	204 - 259
PARTICIPATION DES MEMBRES DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME AUX REUNIONS D'INTERET PROGRAMMATIQUE .....	260 - 275
VISITES DES RESPONSABLES DES ETATS MEMBRES DANS D'AUTRES PAYS DE LA REGION ...	276 - 283
RAPPORT DU COMITE PERMANENT DE LA COOPERATION TECHNIQUE ENTRE PAYS EN DEVELOPPEMENT .....	284 - 311
RAPPORT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES 1983 .....	312 - 322
DESIGNATION DU PRESIDENT ET DU PRESIDENT SUPPLEANT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES POUR 1984 .....	323
CHOIX DU SUJET DES DISCUSSIONS TECHNIQUES POUR 1985 .....	324 - 328
RAPPORT SU SOUS-COMITE DE VERIFICATION DES POUVOIRS .....	329 - 331
DATES ET LIEUX DES TRENTE-QUATRIEME ET TRENTE-CINQUIEME SESSIONS DU COMITE REGIONAL .....	332 - 334
CONCLUSIONS .....	335 - 362
CLOTURE DE LA SESSION .....	363 - 367

ANNEXES

	<u>Page</u>
1. Allocution du Dr Jean-Pierre Okias, Ministre de la Santé publique et de la Population de la République gabonaise .....	111
2. Allocution d'ouverture du Dr Comlan A. A. Quenum, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique .....	114
3. Allocution prononcée par Son Excellence, le Colonel Denis Sassou Nguesso, Président du Comité central du Parti congolais du Travail, Président de la République, Chef de l'Etat, Président du Conseil des Ministres de la République populaire du Congo .....	121
4. Allocution du Docteur H. Mahler, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé .....	126
5. Ordre du jour .....	135
6. Liste des participants .....	137
7. Liste des documents .....	155
8. Ordre du jour provisoire établi le 20 juin 1983 .....	158
9. Rapport du Sous-Comité du Programme .....	160
10. Rapport final du Sous-Comité du Programme .....	199
11. Implications gestionnaires de l'approche intersectorielle et multi-disciplinaire dans la mise en oeuvre des soins de santé primaires .....	206
12. Allocution de M. D. Boussoukou-Boumba, Ministre de la Santé et des Affaires sociales de la République populaire du Congo, Président élu de la trente-troisième session du Comité régional .....	224
13. Allocution du Dr Luis Gomes Sambo, Vice-Ministre de la Santé de la République populaire d'Angola à la séance de clôture .....	227
14. Allocution de clôture de M. D. Boussoukou-Boumba, Ministre de la Santé et des Affaires sociales de la République populaire du Congo, Président de la trente-troisième session du Comité régional .....	229

**PARTIE I**

## DECISIONS DE PROCEDURE

1. Constitution du Sous-Comité des Désignations

Le Sous-Comité des Désignations, réuni le mercredi 14 septembre 1983, est composé des représentants des pays suivants : République centrafricaine, Ethiopie, Guinée équatoriale, Gambie, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Rwanda, Souaziland, Tanzanie, Zimbabwe. Le Sous-Comité a élu le Docteur A. Y. Mgeni (République unie de Tanzanie) comme Président.

Deuxième séance, 14 septembre 1983

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 : M. D. Boussoukou-Boumba  
Ministre de la Santé et des Affaires sociales (Congo)

Vice-Présidents : Dr Zacarias Ndongo Mba Obono (Guinée équatoriale)  
Dr Sethu Chetty (Seychelles)

Rapporteurs : Dr M. C. Chirambo (Malawi)  
Dr Ba Mohamed Lamine (Mauritanie)  
M. José Alexandre Ouana (Mozambique)

Rapporteurs pour les discussions techniques :

Dr Nimi Ambrosio Divenguele (Angola)

Dr Chaïbou Bedja Abdou (Comores)

Dr D. G. Makuto (Zimbabwe)

Deuxième séance, 14 septembre 1983

### 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, Cap-Vert, Tchad, Congo, Libéria, Madagascar, Mauritanie, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Seychelles, République unie du Cameroun et Zimbabwe. Le Sous-Comité a élu Madame P. Revera (Seychelles) comme présidente.

Troisième séance, 15 septembre 1983

### 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, Burundi, Cap-Vert, République centrafricaine, Tchad, Comores, Congo, Guinée équatoriale, Ethiopie, Gabon, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Côte d'Ivoire, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Souaziland, Togo, Ouganda, République unie du Cameroun, République unie de Tanzanie, Haute-Volta, Zaïre, Zambie et Zimbabwe.

Quatrième séance, 16 septembre 1983

### 5. Incidences régionales des ordres du jour de la soixante-treizième session du Conseil exécutif et de la Trente-Septième Assemblée mondiale de la santé

Le Comité régional approuve l'ordre du jour provisoire de la trente-quatrième session du Comité régional proposé par le Directeur régional dans l'Annexe 4 du document AFR/RC33/5.

Il invite le Président de la trente-troisième session et le Directeur régional à aménager et à modifier l'ordre du jour provisoire susmentionné en fonction de l'évolution du Programme régional.

Sixième séance, 20 septembre 1983

6. Méthode de travail de l'Assemblée

1) Le Comité régional décide des procédures suivantes pour faciliter le travail de l'Assemblée mondiale de la Santé.

Président de l'Assemblée mondiale de la Santé

2) Le candidat éventuel à la Présidence de l'Assemblée mondiale de la Santé sera désigné lors de la Trente-Septième session en 1987 en fonction de : i) la liste des Présidents des précédentes Assemblées mondiales; ii) l'expérience du candidat, iii) des critères linguistiques, et iv) des mécanismes sous-régionaux CTPD.

Vice-Président de l'Assemblée mondiale

3) Le Président de la trente-troisième session du Comité régional sera proposé au poste d'un des cinq Vice-Présidents de la Trente-Septième Assemblée mondiale de la Santé en mai 1984. Si pour une raison quelconque, le Président du Comité en exercice n'est pas en mesure de remplir ce mandat, l'un des Vice-Présidents du Comité l'exercera à sa place selon l'ordre indiqué par tirage au sort (1er et 2ème Vice-Présidents). Dans le cas où le Président en exercice du Comité, et les deux Vice-Présidents se trouveraient dans l'impossibilité de remplir la fonction de Vice-Président de l'Assemblée mondiale de la Santé, les chefs de délégations des pays d'origine du Président en exercice du Comité régional, du 1er Vice-Président et du 2ème Vice-Président assureront par ordre de priorité la fonction de Vice-Président.



Commissions principales de l'Assemblée mondiale

4) Le Directeur général, en consultation avec le Directeur régional considérera, avant chaque Assemblée mondiale de la Santé, si nécessaire, les délégués des Etats Membres de la Région africaine qui pourraient éventuellement servir efficacement comme :

i) Président des Commissions principales A et B (Article 34 du Règlement intérieur de l'Assemblée);

ii) Vice-Président et Rapporteurs des Commissions principales.

5) Le Directeur régional consultera, si nécessaire, les Etats Membres en ce qui concerne les propositions ci-dessus pendant une réunion informelle du Comité régional qui se tiendra le premier jour de l'Assemblée, avant la réunion de la Commission des Désignations, à Genève, ou tout autre lieu où se tient l'Assemblée mondiale de la Santé.

6) Pendant cette réunion informelle du Comité régional, seront choisis quels représentants de quels Etats Membres feront, si nécessaire, les propositions de nomination à la Commission des Désignations.

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

7) Les Etats Membres de la Région africaine dont le mandat expire à la fin de la Trente-Septième Assemblée mondiale de la Santé sont : Guinée Bissau, Mozambique, Sao Tomé et Príncipe et Seychelles.

8) Les nouveaux Membres du Conseil exécutif seront désignés par les pays suivants : Guinée équatoriale, Guinée, Côte d'Ivoire et Kenya.

9) La pratique qui consiste à suivre l'ordre alphabétique anglais sera poursuivie.

Clôture de la Trente-Septième Assemblée mondiale de la Santé

10) Le Représentant du Togo s'exprimera au nom de la Région, à la clôture de la Trente-Septième Assemblée mondiale de la Santé.

11) A partir de la Trente-Huitième Assemblée, le porte-parole de la Région sera désigné selon l'ordre alphabétique anglais des Etats Membres en partant de la lettre U.

Sixième séance, 20 septembre 1983

7. Thèmes à étudier en 1984-1985 par les Groupes de Travail CTPD

Le Comité régional confirme la Décision 10 de sa trente-deuxième session et approuve les deux thèmes additionnels suivants qui feront l'objet de discussions par les Groupes de Travail en 1984 :

- i) Médecine traditionnelle et pharmacopée africaine (Guinée et Madagascar);
- ii) Coordination intersectorielle dans les soins de santé primaires sous l'angle de la CTPD (Ouganda).

Il décide de retenir les six thèmes suivants pour les discussions de ses Groupes de Travail sous-régionaux pour 1985 :

- i) Formation des travailleurs des soins de santé primaires, y compris les accoucheuses traditionnelles (Cameroun);
- ii) Hygiène dans les formations hospitalières (Niger);
- iii) Financement de la santé et relations entre les organismes donateurs et les pays bénéficiaires (Lesotho et Niger);

- iv) Evaluation de la mise en oeuvre des soins de santé primaires depuis Alma-Ata (Lesotho);
- v) CTPD et lutte antipaludique (Maurice);
- vi) Bilan des progrès réalisés en matière de soins aux handicapés (Zambie).

Sixième séance, 20 septembre 1983

8. Renouvellement du Comité permanent CTPD

Le Comité régional a pris acte de la fin du mandat de la Haute-Volta et remercie ce pays pour sa contribution à la promotion et au développement de la CTPD.<sup>1</sup> Il désigne le Libéria pour le remplacer.

Sixième séance, 20 septembre 1983

9. Discussions techniques à la Trente-Septième Assemblée mondiale de la Santé

Le Comité régional prie le Directeur régional de transmettre au Directeur général le document AFR/RC33/19 et le chapitre de son rapport final intitulé : "Le rôle des universités dans les stratégies de la santé pour tous". Ceci constituera la contribution régionale aux discussions techniques de la Trente-Septième Assemblée mondiale de la Santé. Le Comité recommande d'organiser des débats approfondis sur ce thème dans chaque pays afin d'être en mesure de contribuer pleinement aux discussions techniques prévues.

Sixième séance, 20 septembre 1983

---

<sup>1</sup> Résolution AFR/RC29/R9.

10. Désignation du Président et du Président suppléant des discussions techniques pour 1984

Le Comité désigne le Docteur Fasuluku Suku-Tamba et Monsieur Ali Mohamed Shoka respectivement comme Président et Président suppléant des discussions techniques de la trente-quatrième session qui auront pour thème : "Place des facteurs culturels et socio-économiques en vue de la réorientation des systèmes de santé pour atteindre l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000".

Sixième séance, 20 septembre 1983

11. Choix du sujet des discussions techniques pour 1985

Le Comité choisit le sujet des discussions techniques suivant pour sa trente-cinquième session : "Recherche sur les systèmes de santé - instrument de promotion et de développement des soins de santé primaires".

Sixième séance, 20 septembre 1983

12. Désignation des Représentants de la Région au Conseil conjoint de Coordination (CCC) du Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les maladies tropicales (TDR)

Le Comité prend note de l'expiration du mandat du Malawi et du Mali. Il désigne la Mauritanie et Maurice comme représentants de la Région au sein du Conseil conjoint de Coordination (CCC) du Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les maladies tropicales respectivement pour une période de deux ans et de trois ans.

Sixième séance, 20 septembre 1983

13. Dates et lieux des trente-quatrième et trente-cinquième sessions  
du Comité régional

Le Comité régional décide de tenir sa trente-quatrième session au Siège régional à Brazzaville (Congo) en septembre 1984, et sa trente-cinquième session à Lusaka (Zambie) en septembre 1985. Il prend note de l'aimable invitation de la République du Niger pour sa trente-septième ou trente-huitième session.

Sixième séance, 20 septembre 1983

## RESOLUTIONS

AFR/RC33/R1 Développement et coordination de la recherche biomédicale et sur les services de santé

Le Comité régional,

Se référant à la résolution AFR/RC31/R5;

Après étude approfondie du rapport du Directeur régional,<sup>1</sup>

1. FELICITE le Directeur régional pour avoir tenu compte des dispositions de la résolution AFR/RC31/R5 dans le développement du Programme régional de Recherche;
2. NOTE avec satisfaction les mécanismes efficaces de gestion mis au point par le Directeur régional pour coordonner et dynamiser la recherche, permettant les progrès rapides accomplis dans le cadre général des activités du Programme de Développement et de Coordination de la Recherche biomédicale et sur les services de Santé;
3. APPROUVE le rapport du Directeur régional et ses recommandations;
4. INVITE les Etats Membres à :
  - i) suivre l'exemple des 17 pays de la Région qui ont attribué ou indiqué l'attribution, à court terme, de fonds de recherche sur les services de santé dans leur budget national;
  - ii) appliquer une politique nationale de recherche en mettant en place un système de coordination et des structures de carrière pour les chercheurs;
  - iii) promouvoir la recherche en développant les mécanismes de l'évaluation régulière et méthodique de politique, programmes, services et institutions de santé;
  - iv) financer des voyages d'études au bénéfice de spécialistes scientifiques, d'experts travaillant dans des projets répondant aux priorités de la Région;
5. PRIE le Directeur régional de :
  - i) poursuivre ses efforts pour le développement de l'information scientifique et de toutes activités promotionnelles de la communication;
  - ii) prendre les mesures appropriées pour aider les Etats Membres à réorganiser les programmes d'enseignement en tenant compte de l'apport de la recherche dans les sciences de la santé;

<sup>1</sup> Document AFR/RC33/4.

- iii) collaborer avec les Etats Membres pour évaluer, conformément aux directives diffusées par l'OMS, leurs institutions de recherche;
- iv) organiser des conférences-ateliers nationales et sous-régionales afin de :
  - permettre à de jeunes chercheurs de devenir compétents dans le domaine de la méthodologie, de la recherche et dans l'élaboration des protocoles de recherche;
  - permettre aux directeurs des établissements de recherche de discuter et de partager leurs expériences dans le domaine des processus gestionnaires avec accent sur l'appui du système d'information indispensable au développement sanitaire national.

Trsoisième séance, 15 septembre 1983

AFR/RC33/R2 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 les résolutions AFR/RC30/R12, AFR/RC31/R6 et AFR/RC32/R7;

Après étude des propositions du Directeur régional relatives aux modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par la soixante et onzième session du Conseil exécutif et la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé,

1. ADOPTE les mesures proposées par le Directeur régional;
2. FELICITE le Directeur régional pour les 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 poursuivre et de renforcer leur soutien aux Mouvements de Libération nationale reconnus par l'OUA, aux pays de la Ligne de Front, le Lesotho, le Souaziland, et à ceux pour lesquels un programme spécial de coopération est établi;
5. PRIE le Directeur régional :
  - i) de renforcer la coopération avec les pays touchés par la sécheresse et la famine en vue d'atteindre l'objectif social de la santé pour tous d'ici à l'an 2000;
  - ii) de continuer à lui faire rapport sur les mesures prises pour l'exécution du plan d'ation.

Quatrième séance, 16 septembre 1983

AFR/RC33/R3 Activités de l'OMS dans la Région africaine 1981-1982 -  
Rapport biennal du Directeur régional

Le Comité régional,

Après étude du rapport biennal 1981-1982 du Directeur régional sur les activités de l'OMS dans la Région africaine;<sup>1</sup>

Considérant le réalisme du rapport et sa conformité avec les directives données par les deux précédentes sessions du Comité régional,

1. FELICITE le Directeur régional pour la lucidité avec laquelle il dresse le tableau de la situation sanitaire en Afrique;
2. CONSTATE que les activités sont décrites avec objectivité, et qu'elles reflètent les efforts des Etats Membres pour la mise en oeuvre de leurs stratégies nationales en vue d'atteindre la santé pour tous d'ici l'an 2000;
3. APPROUVE le contenu dudit rapport, ainsi que les tendances qui s'en dégagent;
4. INVITE les Etats Membres à poursuivre leur coopération avec le Secrétariat régional et à accroître les activités de coopération horizontale dans le cadre de la CTPD;
5. PRIE le Directeur régional de :
  - i) continuer à organiser des ateliers de formation du personnel OMS/nationaux pour promouvoir le processus gestionnaire pour le développement sanitaire national;
  - ii) définir un plan d'action permettant de mieux faire connaître aux Etats Membres les structures internes et les mécanismes de gestion de l'OMS, y compris ceux d'utilisation des ressources extrabudgétaires;

---

<sup>1</sup> Document AFR/RC33/3.



- iii) continuer à promouvoir la médecine traditionnelle et la pharmacopée africaine en s'inspirant des expériences africaines et de celles des autres régions du monde;
- iv) accroître l'appui de l'OMS pour la mise en place de systèmes de santé fondés sur les SSP;
- v) renforcer les programmes de recherche par le soutien de la CTPD;
- vi) continuer à promouvoir les activités de la Décennie internationale 1981-1990. de l'Eau potable et de l'Assainissement.

Sixième séance, 20 septembre 1983

AFR/RC33/R4 Surveillance continue des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous en l'an 2000

Le Comité régional,

Se référant aux résolutions WHA35.23 et AFR/RC32/R7 par lesquelles les Etats Membres ont adopté le plan d'action pour la mise en oeuvre des stratégies nationales et régionale;

Ayant examiné la synthèse régionale des premiers rapports de situation préparés par les Etats Membres;

Considérant que cette synthèse régionale rend compte de la pertinence des politiques nationales et régionale de santé et des progrès réalisés dans la mise en oeuvre de ces politiques;

Constatant les difficultés rencontrées par les pays pour assurer la surveillance continue des progrès réalisés qui tiennent essentiellement à l'aspect multisectoriel des données à recueillir et à la formation insuffisante des personnels dans le domaine de l'utilisation des informations,

- iii) continuer à promouvoir la médecine traditionnelle et la pharmacopée africaine en s'inspirant des expériences africaines et de celles des autres régions du monde;
- iv) accroître l'appui de l'OMS pour la mise en place de systèmes de santé fondés sur les SSP;
- v) renforcer les programmes de recherche par le soutien de la CTPD;
- vi) continuer à promouvoir les activités de la Décennie internationale 1981-1990. de l'Eau potable et de l'Assainissement.

Sixième séance, 20 septembre 1983

AFR/RC33/R4 Surveillance continue des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous en l'an 2000

Le Comité régional,

Se référant aux résolutions WHA35.23 et AFR/RC32/R7 par lesquelles les Etats Membres ont adopté le plan d'action pour la mise en oeuvre des stratégies nationales et régionale;

Ayant examiné la synthèse régionale des premiers rapports de situation préparés par les Etats Membres;

Considérant que cette synthèse régionale rend compte de la pertinence des politiques nationales et régionale de santé et des progrès réalisés dans la mise en oeuvre de ces politiques;

Constatant les difficultés rencontrées par les pays pour assurer la surveillance continue des progrès réalisés qui tiennent essentiellement à l'aspect multisectoriel des données à recueillir et à la formation insuffisante des personnels dans le domaine de l'utilisation des informations,

1. INVITE les Etats Membres à :
  - i) mieux utiliser les supports du Bureau régional dans le cadre d'une coopération technique renforcée;
  - ii) identifier et adopter de meilleurs mécanismes pour utiliser les compétences des Coordonnateurs des Programmes de l'OMS dans la mise en oeuvre de leur stratégie nationale;
2. PRIE le Directeur général et le Directeur régional de fournir aux Etats Membres un appui accru pour :
  - i) établir et/ou renforcer les mécanismes nationaux destinés à élaborer et à utiliser au moins les 12 indicateurs mondiaux;
  - ii) mener des études sur l'utilisation des ressources pour la santé dans les pays afin de déterminer le type et les valeurs des ressources extérieures requises;
  - iii) mieux gérer les ressources mises à leur disposition;
3. FELICITE le Directeur régional et ses collaborateurs pour la clarté et l'objectivité de la synthèse régionale des premiers rapports de situation sur les progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies;
4. DEMANDE au Directeur régional d'assurer la formation pratique conjointe du personnel national et de l'OMS, en gestion sanitaire, en recherche sur les services de santé, et spécialement sur la surveillance continue et l'évaluation des stratégies;
5. INVITE le Directeur régional à transmettre au Directeur général le document AFR/RC33/12 comme contribution régionale à la Surveillance de la Stratégie mondiale de la Santé pour tous.

AFR/RC33/R5 Rapport sur la participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique

Le Comité régional,

Considérant la décision de procédure 8 de la vingt-septième session du Comité régional relative à la participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique;

Ayant examiné les rapports des membres du Sous-Comité du Programme relatifs à la session du Comité consultatif africain de la Recherche médicale, à la troisième réunion du Comité consultatif africain pour le développement sanitaire et à la sixième réunion du Comité permanent de la Coopération technique entre Pays en Développement;

Constatant l'importance de cette participation lors de l'examen du calendrier de plan d'action régional de mise en oeuvre de la stratégie régionale de la santé pour tous et du rapport sur la surveillance continue des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous en l'an 2000 (SPT/2000),

1. FELICITE les membres du Sous-Comité du Programme pour la concision et la pertinence de leur rapport;
2. INVITE les membres du Sous-Comité du Programme à poursuivre leur participation effective aux réunions d'intérêt programmatique conformément à la décision de procédure 8 prise par la vingt-septième session du Comité régional;
3. REMERCIE le Directeur régional des mesures prises pour faciliter la participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique.

Cinquième séance, 19 septembre 1983

AFR/RC33/R6 Visites des responsables des Etats Membres dans d'autres pays de la Région

Le Comité régional,

Ayant examiné les rapports sur les visites des Etats Membres dans d'autres pays de la Région conformément à la Décision de procédure 9 de la trentième session du Comité régional,

1. SE FELICITE des efforts du Bureau régional et des Etats Membres pour la promotion de la CTPD;
2. RECOMMANDE l'élaboration des rapports de visites<sup>1</sup> conformément au canevas établi par le Comité régional;
3. INVITE les Coordonnateurs des pays hôtes à aider à l'élaboration des rapports de visites des responsables des Etats Membres, à l'issue de leur mission;
4. DONNE mandat au Directeur régional de restructurer les rapports qui ne seraient pas conformes aux dispositions générales du canevas.
5. INVITE le Directeur régional à procéder à une évaluation d'ensemble des rapports de visites présentés par les responsables des Etats Membres en vue d'établir l'impact réel de ces visites dans le cadre des objectifs de la CTPD.

Cinquième séance, 19 septembre 1983

---

<sup>1</sup> Document AFR/RC33/9.

AFR/RC33/R7 Coopération technique entre pays en développement

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du Comité permanent CTPD<sup>1</sup> en se référant aux résolutions AFR/RC29/R16, AFR/RC30/R15, AFR/RC31/R9 et AFR/RC32/R5,

1. APPROUVE le rapport du Comité permanent CTPD.
2. SE FELICITE des résultats obtenus suite à l'utilisation des mécanismes de la CTPD par les Etats Membres en coopération avec l'OMS;
3. INVITE les Etats Membres à :
  - i) mettre en oeuvre les recommandations du Comité permanent CTPD;
  - ii) renforcer la coopération intersectorielle dans la formation des personnels de santé pour une utilisation plus rationnelle du personnel formé;
  - iii) réorienter les programmes de formation vers les secteurs prioritaires dans la mise en oeuvre des stratégies nationales et régionale en vue de la STP/2000;
  - iv) créer au moins une banque de sang nationale et renforcer les banques existantes;
  - v) intégrer la lutte contre les maladies diarrhéiques dans les programmes nationaux de surveillance épidémiologique des maladies transmissibles;
  - vi) former, en étroite coopération avec le Bureau régional, des statisticiens et épidémiologistes de haut niveau pour la collecte et le traitement des données en vue de l'organisation d'un système rationnel national d'information pour la gestion sanitaire;

---

<sup>1</sup> Document AFR/RC33/10.

- vii) porter à l'attention du Directeur régional, pour diffusion au niveau des pays, les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de la CTPD;
- viii) accorder des facilités aux Mouvements de Libération nationale reconnus par l'OUA en ce qui concerne le traitement de leurs malades et leur évacuation, si nécessaire, dans d'autres pays de la Région pour des soins spécialisés;

4. DECIDE d'amender le paragraphe 2 du dispositif de la résolution AFR/RC29/R9 comme suit : "Accepte la proposition du Comité permanent CTPD et décide que les membres dudit Comité seront renouvelés à partir de 1984, par quarts, par tirage au sort, les trois premières années et ensuite, à l'expiration de leur mandat dont la durée est fixée à quatre ans. Le pays sortant ne sera rééligible que lorsque tous les pays de la Sous-Région auront siégé au Comité permanent".

5. PRIE le Directeur régional de :

- i) prendre les mesures appropriées pour faciliter la mise en oeuvre des recommandations du Comité permanent CTPD;
- ii) coopérer avec les Etats Membres qui le souhaitent à l'établissement de centres de transfusion sanguine équipés pour la préparation de produits sanguins, de récipients en verre et la formation de personnels qualifiés dans la collecte, le contrôle, la conservation et la distribution du sang;
- iii) coordonner et appuyer les efforts entrepris par les Etats Membres, dans le cadre des organismes sous-régionaux (OCEAC, OCCGE, CEPGL, OCAM, CILSS, Institut du Sahel, Commonwealth Health Secretariat, etc.), pour améliorer la surveillance épidémiologique des maladies diarrhéiques, notamment aux frontières;

- iv) poursuivre sa collaboration avec les Etats Membres pour introduire les éléments pertinents d'information sanitaire dans les programmes de formation des catégories de personnel de santé.

Sixième séance, 20 septembre 1983

AFR/RC33/R8 Coopération sanitaire avec les pays sahéliens et autres pays de la Région touchés par la sécheresse

Le Comité régional,

Se référant à la résolution AFR/RC30/R15 adoptée à sa trentième session en 1980, et la résolution WHA36.29 de l'Assemblée mondiale de la Santé;

Considérant la situation sanitaire et nutritionnelle particulièrement pré-occupante qui prévaut dans les pays du Sahel et dans d'autres pays de la Région du fait de la persistance et de l'aggravation de la sécheresse;

Ayant pris connaissance du rapport sur les conséquences sanitaires et nutritionnelles de la sécheresse présenté par la délégation de la Mauritanie.

1. FELICITE le Directeur régional pour les mesures déjà prises en vue de réduire les conséquences de la sécheresse et la famine dans la Région africaine;
2. DONNE mandat au Directeur régional pour qu'il apporte aux Etats Membres du Sahel concernés par la sécheresse une coopération médico-sanitaire accrue telle que l'exige la situation;
3. PRIE le Directeur régional de poursuivre ses efforts afin d'apporter son soutien aux pays touchés par la sécheresse et la famine, conformément à la résolution WHA36.29;
4. PRIE le Directeur régional de continuer à collaborer étroitement avec les autres organisations nationales et internationales qui apportent leur soutien aux pays éprouvés par la sécheresse.

Sixième séance, 20 septembre 1983



PARTIE II

## SEANCE D'OUVERTURE

1. La trente-troisième session du Comité régional pour l'Afrique a été ouverte le 14 septembre 1983 au Siège du Bureau régional à Brazzaville par le Dr J. P. Okias, Ministre de la Santé publique de la République gabonaise, élu Vice-Président du Comité régional. Son Excellence, le Colonel Denis Sassou-Nguesso, Président du Comité central du Parti congolais du Travail, Président de la République, Chef de l'Etat, Président du Conseil des Ministres, a honoré de sa présence la séance d'ouverture à laquelle assistaient les Membres du Comité central du Parti congolais du Travail, du Gouvernement, de l'Assemblée nationale populaire, le Corps diplomatique et les représentants de 42 Etats Membres, des 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 1), le Dr J. P. Okias remercie le Président de la République d'avoir bien voulu rehausser de sa présence cette cérémonie, preuve de l'engagement politique du Gouvernement et de l'intérêt personnel que le Chef de l'Etat attache aux problèmes sociaux en général et à celui de la santé des populations en particulier. Il remercie le Parti congolais du Travail, le Gouvernement et le peuple congolais pour leur accueil chaleureux et fraternel. Depuis la rencontre de Libreville de 1982, des efforts importants ont été consentis à la fois par les Etats Membres et le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique dans la mise en oeuvre des voies et moyens en vue d'atteindre l'objectif social qu'ils se sont fixé. En effet, les Etats Membres sont conscients du fait que le compte à rebours a déjà commencé et que seulement 17 ans les séparent de l'an 2000. Par ailleurs, la fin de la présente décennie marque le terme de l'échéance des objectifs prioritaires en matière de nutrition, d'approvisionnement en eau potable, assainissement et programme élargi de vaccination. Malgré la conjoncture économique défavorable et ses répercussions négatives sur la santé, les gouvernements des Etats Membres ont tenu à

réaffirmer les nouvelles orientations en matière de politique sanitaire en formulant des stratégies nationales, basées sur les soins de santé primaires, maître moyen pour atteindre l'objectif social fixé. Il a rappelé que le Président de la trente-deuxième session du Comité régional a effectué en 1983 une mission d'information et d'étude en Angola, au Burundi et au Zimbabwe, pour se rendre compte sur place des efforts faits par ces pays dans la mise en oeuvre de leur stratégie nationale de la santé pour tous, s'enquérir des perspectives du renforcement de la coopération technique entre les pays de la Région, ainsi que de l'appui que le Bureau régional apporte aux pays.

3. Dans son allocution (Annexe 2), le Docteur Comlan A. A. Quenum, Directeur régional de l'OMS, remercie très sincèrement Son Excellence le Colonel Denis Sassou-Nguesso, Président du Comité central du Parti congolais du Travail, Président de la République, Chef de l'Etat, Président du Conseil des Ministres, du grand honneur qu'il fait aux représentants des Etats Membres en assistant personnellement à l'ouverture de cette trente-troisième session du Comité régional. Celle-ci se tient à Brazzaville juste après la commémoration du vingtième anniversaire des Trois glorieuses Journées de l'historique Révolution congolaise. Elle se situe en même temps à une croisée des chemins de la longue marche vers l'objectif social de la santé pour tous d'ici l'an 2000 (SPT/2000). Puisque le compte à rebours a commencé, la présentation et l'examen du premier rapport sur la surveillance continue et l'évaluation des stratégies de la SPT nous montreront clairement qu'en dépit de multiples contraintes, l'objectif social est en train de passer du mythe à la réalité. Aucun progrès dans le domaine de la santé n'aurait été possible sans la ferme volonté politique exprimée par tous les Etats Membres de cette Région.

4. Le Docteur Quenum développe ensuite le thème de son allocution

"Qui sont les agents du développement sanitaire ?"

5. L'agent du développement sanitaire est l'organisation ou l'individualité qui, par ses actions, vise à promouvoir l'épanouissement de l'état de complet bien-être physique, mental et social de chacun et de tous. Le processus du développement sanitaire devient ainsi l'interaction des agents entre eux dans le temps irréversible qui est porteur de changements. Ceux-ci affectent chaque agent, les relations entre les agents, les techniques de production et d'échanges et les rapports entre ceux-ci et leurs usagers. Les agents du développement sanitaire vont donc au-delà des professionnels ou auxiliaires, membres de l'équipe de santé. Cette définition étendue de l'agent du développement sanitaire permet de les rechercher parmi les partenaires du contrat social de la SPT que sont les populations, les gouvernements des Etats Membres et l'OMS.

6. Parlant des collectivités, le Dr Quenum souligne qu'à quelque niveau qu'elles se situent, elles peuvent par une organisation communautaire efficace accomplir de substantiels progrès en matière de santé. Une fois convaincues de la nécessité de se prendre en charge et d'être organisées méthodiquement, elles sont prêtes à payer le prix qu'il faut pour promouvoir et protéger leur propre santé. Les acteurs des technostructures étatiques doivent de plus en plus faire confiance aux capacités d'auto-détermination et d'auto-responsabilité des collectivités. Les agents de santé communautaire comme tous les autres professionnels de la santé qui sont partie intégrante des collectivités doivent apprendre à travailler en équipe et à s'instruire à leur contact.

Le Docteur Quenum déplore que des infirmiers/infirmières/sages-femmes, médecins, ingénieurs sanitaires, pharmaciens, dentistes apparaissent le plus souvent comme des professionnels de la médecine et non de la santé. Ils sont en effet polarisés par les symptômes et les médicaments en oubliant les dimensions sociales de l'action sanitaire. Le défi est donc de préparer de véritables professionnels de la santé qui soient conscients de la nécessité de travailler en équipe avec d'autres travailleurs sociaux, tels que les éducateurs sanitaires, les gestionnaires et les acteurs d'autres secteurs du développement.

7. Le Docteur Quenum s'interroge ensuite sur les actions menées par les gouvernements pour promouvoir ces types de professionnels que sont les agents du développement sanitaire : Combien de gouvernements ont-ils entrepris ou soutenu la réorientation ou la formation de toutes les catégories de personnel existant, à commencer par les enseignants ? Combien d'institutions d'enseignement/apprentissage ont osé élaborer des programmes révisés pour la formation de nouveaux personnels de santé communautaire ? Les médecins et les infirmières reçoivent-ils une formation sociale et technique qui les motive à servir la communauté ? Combien de gouvernements ont-ils pris les mesures appropriées aptes à stimuler les différentes catégories de personnels de santé qui sont appelées à travailler dans des conditions difficiles et pénibles ?

8. Dans le domaine de la coordination intrasectorielle et intersectorielle, combien de gouvernements sont parvenus à lever les étanches cloisons qui, entre divers ministères, s'opposent encore à l'approche multisectorielle et multidisciplinaire si indispensable aux actions de développement sanitaire ?

Combien de gouvernements sont-ils réellement convaincus que la santé est bien un volet du développement socio-économique ? N'est-ce pas à juste titre qu'on a pu dire que la plupart de nos ministères de la santé sont plutôt des ministères de la maladie ? Les Ministres de l'Agriculture, de l'Education, des Transports et des Communications, des Travaux publics, du Plan, etc., se considèrent-ils comme des agents du développement sanitaire ? Sont-ils convaincus que les résultats atteints dans leur secteur ont des implications sur le développement sanitaire des collectivités et vice-versa ? Sans cette conscience aiguë des nouvelles dimensions de la santé, ils seront constamment hantés par le scepticisme. Tous les membres d'un gouvernement doivent se considérer comme autant d'agents du développement sanitaire intéressés, à différents titres, à l'épanouissement de l'état de bien-être physique, mental et social des collectivités.

9. Le Docteur Quenum rappelle aux représentants des Etats Membres que les mécanismes du Bureau régional ont été restructurés en dépit de nombreuses résistances aux changements pour mieux appuyer l'effort des pays dans la promotion des agents du développement sanitaire. Le Bureau régional poursuit ses efforts en ce qui concerne les centres nationaux et régionaux pour le développement sanitaire. Il continue d'aider de plus en plus d'institutions des sciences de la santé, à réorienter leurs programmes de formation en y introduisant un module SSP. L'expérience malienne de l'appui tertiaire des enseignants de l'Ecole de Médecine aux SSP pourrait être étendue à d'autres établissements qui le souhaiteraient.

10. Le Dr Quenum termine par l'histoire de la corbeille Souazi : "La communauté de Motjane au Souaziland a décidé pour de multiples raisons de construire son propre centre de santé rural ("clinic") afin de bénéficier des soins de santé primaires. Sous la conduite éclairée du dynamique Chef Sipho Shongwe, toute la communauté, composée de plusieurs familles éloignées les unes des autres, s'est mise au travail en comptant d'abord sur ses propres forces. Outre les ressources locales et nationales, le Chef Shongwe n'a manqué aucune occasion pour susciter l'appui de la communauté internationale. Aucune contrainte n'a pu altérer la détermination de l'équipe animatrice en dépit de nombreuses frustrations. Lors d'une mission officielle au Souaziland, le Ministre de la Santé, le Dr Samuel Hynd, l'a amené le 24 avril 1982 visiter le chantier afin d'apprécier par lui-même l'effort fait par une communauté motivée décidée à relever le défi de la SFT/2000. La fin de la visite est suivie d'un spectacle culturel et d'un mot de bienvenue et de remerciements pour être venu apprécier

leur propre effort. Le Chef Shongwe termine son message en lui remettant une corbeille swazi qui devait lui servir à collecter les fonds encore nécessaires pour achever la clinique pour fin juin 1982. Grande a été la surprise et profond l'embarras du Directeur régional. Prenant son courage à deux mains, il répond au Chef Shongwe et à la communauté qu'il a bien saisi le sens de leur message. Il a promis de ne pas faillir à la mission reçue directement pour la première fois d'une communauté. L'OMS, votre Organisation, sera la première à apporter sa contribution pour ne pas décevoir votre attente et vous faire douter de notre détermination à tous à atteindre l'objectif de la SPT/2000. Après bien de vicissitudes, la communauté de Motjane est arrivée à bout de ses peines. Le 27 juillet 1983, c'est dans l'allégresse générale qu'a été inauguré le centre de santé communautaire de Motjane. Vous trouvez dans la trame de l'histoire de la corbeille de Motjane les principaux invariants du développement sanitaire : la volonté politique nationale, la conscience de la santé comme droit social, la détermination de la communauté à subvenir à ses propres besoins en ne comptant que secondairement sur l'aide extérieure, l'efficacité de l'organisation communautaire, le sens de la responsabilité et de la participation de la collectivité, et il en passe. Il souhaite que partout en Afrique chaque collectivité devienne une communauté d'agents du développement sanitaire comme celle de Motjane. Et la santé pour tous ne sera plus une utopie en l'an 2000".

11. Son Excellence, le Colonel Denis Sassou-Nguesso, Président du Comité central du Parti congolais du Travail, Président de la République, Chef de l'Etat, Président du Conseil des Ministres, souhaite la bienvenue aux représentants des Etats Membres (Annexe 3). Dans son allocution, le Président Denis Sassou-Nguesso dit que la République populaire du Congo a toujours apprécié et appuyé les efforts de conception,

d'élaboration et de synthèse déployés par l'Organisation mondiale de la Santé. Ces efforts louables ont récemment abouti à l'adoption de l'objectif de la "Santé pour tous d'ici à l'an 2000", par l'application de la stratégie des soins de santé primaires.

12. Le choix des "implications gestionnaires de l'approche intersectorielle et multidisciplinaire" comme thème des discussions techniques est un exemple concret de l'intérêt que les Etats Membres accordent à la formation des agents du développement sanitaire, véritables animateurs des programmes de la stratégie spécifique de formulation et d'exécution des soins de santé primaires.

13. En République populaire du Congo, la prise de conscience des problèmes de santé se traduit par l'expression de la volonté politique dégagée, notamment depuis les grandes orientations du troisième Congrès extraordinaire du PCT, tenu en mars 1979. Les directives alors assignées dans le domaine de la santé et des affaires sociales fixent clairement les objectifs à atteindre qui sont pour chacun d'eux des programmes entiers devant susciter et promouvoir des interactions intersectorielles pluridisciplinaires de développement intégré.

14. Il s'agit, en fait, grâce à l'action concertée des secteurs de l'agriculture, du tourisme et de l'environnement, des travaux publics, de l'énergie, des transports, de l'éducation et des finances, de développer les soins de santé en faveur de tout le peuple et plus particulièrement des couches les plus déshéritées, d'accorder la priorité à la médecine préventive par une lutte efficace contre les maladies transmissibles et de réduire l'incidence des endémo-épidémies, de lutter contre la malnutrition, de promouvoir l'éducation pour la santé et de développer l'information sanitaire par l'utilisation des médias et avec le concours des organes spécialisés du Parti et de l'Etat.



15. A cette fin, la mise sur pied au niveau des quartiers, des districts et des villages, des comités plurisectoriels doivent regrouper les cadres du Parti, de l'Etat et des organisations de masse, pour mobiliser le peuple autour des objectifs bien précis, dans le cadre d'un système sanitaire intégré.

16. Le troisième Congrès extraordinaire du Parti a également insisté sur la nécessité d'un effort soutenu et accru en faveur de la santé de la famille, unité de base de la collectivité, avec un accent particulier sur la santé de la mère et de l'enfant. Cette insistance s'est étendue à l'assainissement des villes et des villages, à l'approvisionnement en eau potable des populations les plus démunies, surtout à la périphérie des villes et dans les zones rurales, à la nécessité de promouvoir la médecine traditionnelle par l'intégration des guérisseurs dans le système sanitaire national, de développer la recherche sur les plantes médicinales utilisées au Congo, afin d'en connaître les vertus et les principes actifs.

17. Enfin, les directives du Parti congolais du Travail (PCT) mettent l'accent sur l'amélioration des structures sanitaires, aussi bien sur le plan de leurs équipements que sur celui de la qualité des soins, sur la formation du personnel, la politique du médicament, la définition d'une nouvelle politique sociale axée sur le développement communautaire et l'action en faveur des personnes handicapées.

18. Cette démarche a permis, lors de l'élaboration du programme de santé dans le cadre du premier Plan quinquennal de développement socio-économique 1982-1986, d'envisager une approche intersectorielle et multidisciplinaire, à partir d'un premier groupe de 158 villages-centres, au niveau desquels seront développées et promues des activités communautaires.

19. Il apparaît, à partir d'un constat fait sur l'ensemble du territoire, que la résolution des problèmes sociaux par une approche curative et individualisée est inefficace et surtout inadaptée, car elle suscite des comportements de dépendance.

20. De même, la recherche systématique d'équipements sophistiqués dans un environnement technologiquement inadapté peut être source de blocage et de déconvenue, d'où l'adoption d'une approche préventive qui doit mener à la prise de conscience par les collectivités elles-mêmes de leurs propres potentiels et de la nécessité d'une action concertée et participative, qui tienne compte de l'interdépendance entre l'économique et le social.

21. Le Docteur H. Mahler, Directeur général de l'OMS, a axé son allocution (Annexe 4) sur le développement du processus gestionnaire national en vue d'une utilisation optimale des ressources de l'OMS par les Etats Membres. Il rappelle les nombreuses exhortations à introduire une planification centrale de la programmation communautaire et note que même si le processus est enclenché dans de nombreux pays et a aidé à développer les stratégies de la santé, il est rarement poursuivi avec détermination et opiniâtreté. Or, ces qualités sont indispensables pour que le processus gestionnaire conduise à l'édification et au bon fonctionnement d'infrastructures capables d'exécuter les programmes, d'appliquer la technologie et d'inspirer les mesures sociales et comportementales qui assureront la pérennité des résultats. L'édification de systèmes de santé basés sur une gestion saine est le leitmotiv de toutes les actions prévues pour la santé pour tous.

22. Le Directeur général rappelle qu'une autre fonction de la gestion est de tirer le maximum des ressources disponibles, ce qui suppose que l'on dispose des données nécessaires à la gestion et à la mobilisation des ressources. Il invite les responsables des Etats Membres à se méfier de la bureaucratie à laquelle la gestion est souvent assimilée. En réalité, c'est lorsque la gestion imaginative fait défaut que la bureaucratie prend le dessus. Bureaucratie signifie donc médiocratie et l'une et l'autre sont les ennemies de toute stratégie de la santé pour tous. C'est pourquoi, le Directeur général et les Directeurs régionaux s'appliquent à introduire un nouveau cadre gestionnaire pour permettre de faire un usage optimal des ressources de l'Organisation avec un minimum de bureaucratie. Ce cadre a deux dimensions. L'une a trait au mode de gestion et l'autre aux dispositions pratiques de gestion.

23. Le mode de gestion permet en fait de comprendre les dispositions pratiques. La première condition est la confiance mutuelle. Cette confiance devra désormais être plus profonde pour collaborer étroitement à l'application de ces accords. C'est pourquoi, il faut s'attendre à des entretiens très francs - de pays à pays, de pays à Secrétariat, de Secrétariat à pays - sans s'émouvoir si la vérité sonne parfois désagréablement : dialogue objectif basé sur des accords collectifs. Ces accords sont placés sous la garde du Secrétariat. Ceux qui les connaissent bien ont souvent le devoir de les porter à l'attention des autres, poliment certes pour garder la confiance de leurs interlocuteurs, mais fermement pour garder la confiance de l'interlocuteur collectif - c'est-à-dire la totalité des Etats Membres de l'Organisation. On a là un contrôle mutuel démocratique dans la meilleure acception du terme.

24. Les autres éléments du nouveau mode de gestion découlent logiquement des principes de confiance mutuelle et de contrôle mutuel : i) responsabilité de l'utilisation des renommées de l'OMS pour mettre en application la politique, la stratégie et le plan d'action collectifs de l'OMS; ii) responsabilité comptable individuelle envers la collectivité des Etats Membres de l'OMS, c'est-à-dire les uns envers les autres de la sauvegarde des accords collectifs pour la santé pour tous.

25. Les dispositions pratiques concernant ce nouveau mode de gestion sont des mécanismes conjoints OMS/gouvernements qui examineront les politiques et stratégies de santé et aideront à évaluer dans quelle mesure elles sont compatibles avec la politique et la stratégie collectives de la santé pour tous.

26. Ces examens conjoints permettront d'identifier les activités faisant appel aux ressources de l'OMS qui sont compatibles avec la politique collective.

Ils rendront donc possible l'utilisation des ressources de l'OMS pour les activités dont les pays auront besoin pour renforcer leur capacité gestionnaire afin d'élaborer et d'exécuter leurs stratégies et d'édifier leur infrastructure de santé exécutant leurs programmes à l'aide d'une technologie adaptée à leurs conditions - tout cela conformément aux accords collectifs conclus à l'OMS. Ceci implique naturellement qu'il ne peut y avoir de projet distinct de l'OMS dans le pays, mais seulement une participation de l'OMS aux activités nationales.

27. Ces examens conjoints permettront incidemment d'identifier les principales activités pour lesquelles il faut mobiliser des ressources nationales dans le secteur public et privé et faire appel à des ressources extérieures bilatérales, multilatérales, non-gouvernementales et volontaires.

28. Les examens conjoints OMS/gouvernements porteront aussi sur la surveillance et l'évaluation de l'utilisation des ressources de l'OMS dans le pays qui facilitera une planification rationnelle de l'utilisation future de ces ressources à cette fin.
29. Dans tous ces examens, le Coordonnateur des Programmes OMS ou le Coordonnateur national des Programmes OMS, agira au nom de l'OMS et veillera à ce que soient scrupuleusement appliquées la politique et la stratégie de l'Organisation.
30. Le Directeur régional, chargé de veiller à l'application de la politique collective de l'OMS dans la Région, examinera avec les gouvernements la réponse du Bureau régional à leurs besoins. A cette fin, il veillera à ce que les personnels du Bureau régional consacrent toutes leurs énergies à appuyer les mécanismes conjoints OMS/gouvernements dans les pays et à répondre de manière cohérente et coordonnée aux besoins des pays qui auront été identifiés par ces mécanismes.
31. Les pays doivent se rendre mutuellement des comptes, au Comité régional et à l'Assemblée mondiale de la Santé qui aideront à prévenir les abus. Le Directeur régional devra rendre des comptes à l'Organisation par des rapports sur les progrès et les problèmes.
32. C'est parce que le Directeur général doit rendre des comptes à tous les Etats Membres que le Conseil et l'Assemblée seront parfaitement informés pour assurer l'utilisation optimale des ressources limitées de l'OMS à travers toute l'Organisation, partout et à tous les niveaux. C'est la seule manière de maintenir la pression nécessaire pour utiliser l'OMS de la manière appropriée et aider à ce que la santé pour tous d'ici l'an 2000 devienne réalité.

## ORGANISATION DU TRAVAIL

33. En l'absence des membres du Bureau désignés par la trente-deuxième session à Libreville, le Comité s'est réuni en séance privée avant l'ouverture solennelle. Il a désigné par acclamation le Dr J. P. Okias, Ministre de la Santé publique du Gabon, comme Vice-Président de la trente-deuxième session pour assurer la présidence, conformément à l'Article 12 du Règlement intérieur du Comité.
34. L'ordre du jour adopté par le Comité figure en Annexe 5; la liste des participants en Annexe 6.
35. Conformément à la résolution AFR/RC23/R1, sur proposition du Vice-Président, le Comité approuve la constitution du Sous-Comité des Désignations (Décision 1).
36. La constitution du Bureau de la trente-troisième session du Comité régional et la désignation des Rapporteurs des discussions techniques pour 1983 font l'objet de la Décision de procédure 2 adoptée à l'unanimité et par acclamation.
37. L'Honorable M. D. Boussoukou-Boumba (Congo), élu Président de la trente-troisième session, exprime aux représentants des Etats Membres ses sincères remerciements pour l'honneur qu'ils viennent de faire à son pays, la République populaire du Congo, en l'élisant à la présidence de cette session du Comité régional pour l'Afrique. Il indique que le mandat qui vient de lui être confié se situe à un moment de crise économique et financière particulièrement aiguë et dont les conséquences sur la santé des peuples n'est plus à démontrer. Les guerres civiles par-ci, raciales par là, impérialistes plus loin, viennent aggraver une situation déjà catastrophique. Cette session du Comité régional constitue une étape importante dans l'évaluation des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies nationales et régionale de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Devant la similitude des situations historiques et géographiques et la modestie des économies et des

ressources technologiques des pays de la Région, la CTPD demeure un cadre favorable pour accentuer les recherches en vue du développement sanitaire. Il conclut qu'il compte sur le dynamisme et l'expérience des représentants des Etats Membres pour que ce Comité connaisse un succès total.

38. Les Décisions de procédures 3 et 4 rendent compte de la composition et des travaux du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs.

#### ACTIVITES DE L'OMS DANS LA REGION AFRICAINE 1981-1982 : RAPPORT BIENNAL DU DIRECTEUR REGIONAL

##### Présentation

39. Le Directeur régional présente son rapport biennal en mettant un accent particulier sur les événements politiques et socio-économiques de nature à perturber le développement sanitaire des pays de la Région et sur les progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies nationales et régionale de la santé pour tous en l'an 2000.

40. Jamais les événements politiques ainsi que la conjoncture socio-économique et sanitaire qui en résulte n'auront mis en évidence avec autant d'éloquence les interactions entre la politique, le développement socio-économique et le développement sanitaire.

41. Les conjonctures politiques et socio-économiques du biennium 1981-1982 sont caractérisées par l'insécurité politique, admirablement illustrée par les grandes et petites peurs de cette fin du vingtième siècle.

42. Les grandes peurs du siècle que sont les guerres et les effets indésirables de la technologie sur le développement social dérivent pour la plupart de l'irresponsabilité des uns et de l'intolérance, voire de l'égoïsme des autres. Des pays de notre continent se sont installés dans un chaos politique qui les expose à la surenchère des hégémonies de notre temps. Certains d'entre eux ont connu plusieurs épisodes de guerre civile, et les ingérences, tant extérieures qu'intérieures ne leur laissent pas présager d'un avenir meilleur. Comment peuvent-ils dans ces conditions se consacrer aux tâches urgentes de développement sanitaire qu'implique le défi de la SPT/2000 ?

43. Le chaos politique et la guerre civile qu'il a engendrés ont accéléré le processus de transformation de l'insécurité politique en insécurité économique avec toutes ses implications pour le développement socio-sanitaire des populations.

44. L'Afrique australe se débat pour survivre entre l'effort de guerre que lui impose l'anachronique empire de l'apartheid et l'indispensable effort de développement à poursuivre.

45. Les multiples visages de l'insécurité totale qui sévit en Afrique sont autant de raisons pour poursuivre notre difficile combat pour instaurer la santé pour tous à nos peuples.

46. C'est maintenant plus que jamais qu'il faut nous mobiliser à utiliser les leçons du passé pour transformer une situation difficile, voire désespérée, en possibilités avantageuses de vaincre nos détracteurs et gagner la bataille de la santé pour tous.

47. Le rapport se situe aussi dans une conjoncture de mutation programmatique. En effet, il se trouve dans une période de transition entre la fin du Sixième Programme général de Travail et le début du Septième.

48. Les stratégies nationales, régionale et mondiale, puis un plan d'action pour la mise en oeuvre de ces stratégies ont été élaborés durant ces dernières années. Aussi, dans un souci de réalisme et de prospection, le rapport a été élaboré suivant la liste ordonnée du Septième Programme général de Travail pour mettre en évidence comment le PGT en cours s'articule avec le Septième Programme général de Travail.

49. Tout en suivant la structure du 7ème PGT et en gardant à l'esprit les programmes de l'horizon 1990, ce rapport rend compte de la façon dont les directives des trentième et trente et unième sessions du Comité régional ont été mises en oeuvre.

50. La signature de la Charte de Développement sanitaire par la totalité des gouvernements de la Région est une manifestation éloquente d'une détermination collective à instaurer un nouvel ordre sanitaire international.



51. Dans le cadre de la promotion du programme régional et pour mieux appréhender l'évolution de la coopération de l'OMS avec les pays, le Directeur régional s'est rendu en visite officielle dans 23 pays où il a discuté avec les autorités nationales de la mise en oeuvre de leur plan d'action de développement sanitaire en vue d'atteindre l'objectif social de la SPT/2000. Il a également eu l'occasion, lors de ces missions, de visiter les infrastructures des systèmes nationaux de santé, ce qui lui a permis de constater que des progrès sensibles ont été réalisés dans la mise en oeuvre des soins de santé primaires.

52. Le renforcement de l'autoresponsabilité au niveau national dans le cadre du plan d'action de mise en oeuvre des structures de l'OMS eu égard à ses fonctions s'est poursuivi sous différentes formes durant le biennium. En 1981 et 1982, six et sept Coordonnateurs nationaux ont respectivement été nommés, portant à 21 le nombre total des Coordonnateurs nationaux à la fin de 1982. Cette expérience s'étend progressivement à des projets spécifiques chaque fois que, avec les pays concernés, il a été jugé opportun d'en confier la responsabilité à un cadre national.

53. Le Groupe africain de Ressources Santé/2000 a tenu sa deuxième réunion en juin 1982 à Brazzaville. Il a examiné des documents concernant le flux international, les ressources pour la SPT/2000 qui ont été présentés au Conseil exécutif lors de sa soixante-neuvième session. Ce groupe estime que la mise en oeuvre des stratégies nationales exige la poursuite de l'étude des dépenses de santé dans les Etats Membres et surtout la rationalisation du flux international des ressources. Il a examiné le catalogue des projets que le Bureau régional établit chaque année en collaboration avec les gouvernements et le Siège. Il a formulé des commentaires et recommandations devant favoriser une meilleure mobilisation des fonds extrabudgétaires.

54. L'amélioration de l'appui technique et logistique aux programmes nationaux de santé nécessite le renforcement du processus de concertation avec les Etats Membres afin de les tenir informés des disponibilités de l'OMS pour un tel appui.

Le Septième Programme général de Travail pour la période 1984-1989 a fait l'objet d'une étude préliminaire par le Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS) lors de sa deuxième réunion en juin 1981. Le Comité régional, lors de sa trente et unième session à Accra, a fait siennes les observations et recommandations formulées par le CCADS.

55. L'élaboration des programmes à moyen terme (PMT) pour la mise en oeuvre de ce Septième Programme général de Travail s'est poursuivie en 1981-1982. Ces PMT ont servi à la préparation du Budget Programme 1984-1985 et la concertation avec les Etats Membres en vue de leur finalisation se poursuit.

56. La Conférence internationale sur l'Apartheid et la Santé tenue en 1981 a permis une fois de plus de dénoncer le régime raciste et anachronique d'Afrique du Sud. Les principaux axes thématiques de cette conférence sont : i) l'interrogatoire Santé ou Apartheid; ii) l'analyse du système de prestations médico-sanitaires en Afrique du Sud; iii) les interactions entre l'apartheid et la santé materno-infantile; iv) la santé des travailleurs; v) la santé mentale. Au terme de la Conférence, des recommandations pertinentes ont été formulées à l'endroit des Etats Membres, de l'OMS, des autres organisations internationales du système des Nations Unies et des organisations non-gouvernementales. La Déclaration de Brazzaville a été adoptée et un plan d'action formulé. Dans le cadre de la mise en oeuvre de ce plan, plusieurs actions ont été déjà prises en collaboration avec le Congrès national d'Azanie (ANC), le Congrès panafricain (PAC) et le Mouvement populaire du Sud-Ouest africain (SWAPO). Un programme sanitaire

basé sur la stratégie nationale de la SWAPO a été planifié dans le cadre de la programmation sanitaire par pays pour l'après-indépendance de la Namibie.

57. En application du paragraphe 5 du dispositif de la résolution AFR/RC31/R12, une mission du Comité régional s'est rendue en République populaire d'Angola.

Cette mission, conduite par le Président de la trente et unième session du Comité régional et comprenant le Vice-Président de cette trente et unième session, les Ministres de la Santé de Sao Tomé et Príncipe, de la Zambie, le Représentant du Zaïre et deux fonctionnaires du Bureau régional, s'est rendue du 19 au 25 octobre 1981 en Angola. Le rapport de cette mission a été adressé en son temps au Directeur général, aux Etats Membres, aux organisations internationales, bilatérales et aux organisations non-gouvernementales. Des actions d'urgence ont déjà été prises en faveur des populations victimes de l'agression sud-africaine. De même, la République démocratique de Sao Tomé et Príncipe et la République du Zaïre, ont répondu positivement à l'appel qui a été lancé à tous les Etats Membres. Des efforts appropriés se poursuivent auprès des institutions et organisations intergouvernementales et non-gouvernementales, les banques de développement et l'ensemble de la communauté internationale afin d'obtenir l'appui nécessaire à la mise en oeuvre de ce programme spécial de coopération sanitaire avec l'Angola. Ces mêmes efforts se poursuivent en faveur du Tchad et de la Guinée équatoriale dont la situation sanitaire particulièrement inquiétante, a entraîné la création des programmes spéciaux de coopération.

58. La surveillance de la situation sanitaire et de ses tendances nécessite des mécanismes permettant de recueillir des informations pertinentes et de les utiliser pour analyser le système de santé ainsi que la situation sanitaire et ses tendances.

59. Durant le biennium 1981-1982, plusieurs missions de deux semaines à deux mois ont été effectuées dans 10 pays de la Région pour collaborer à l'amélioration de leur système d'information. Au Bureau régional, les efforts se poursuivent pour améliorer l'utilisation des informations en provenance des pays pour suivre les progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies en vue de la santé

pour tous. Le traitement automatique de l'information s'est considérablement développé et des extensions sont en cours pour permettre de faire face à la demande toujours croissante dans ce domaine.

60. Dans le cadre de la promotion des processus gestionnaires pour le développement sanitaire, les programmes interpays pour la planification sanitaire et pour les systèmes d'information ont été fusionnés pendant le biennium 1981-1982. L'accent a été mis sur : i) la formation du personnel à différents niveaux en planification et gestion des services de santé; ii) l'appui technique aux pays en vue de l'élaboration et la mise en oeuvre de leurs processus de développement sanitaire national; iii) la promotion des techniques de la planification et procédures modernes de gestion. Les Etats Membres, avec l'aide de ce projet interpays, ont poursuivi leurs efforts de réorganisation et de développement de l'ensemble du processus gestionnaire.

Pour mettre en oeuvre les recommandations de la consultation sur le développement en gestion sanitaire, qui a eu lieu à Arusha (Tanzanie) du 21 au 25 juillet 1980, un Coordonnateur a été désigné par Sous-Région et 13 centres nationaux choisis sont déjà en fonction. Ils constituent à présent le réseau africain de centres nationaux pour le développement de la gestion sanitaire. Des efforts sont en cours pour rendre opérationnels les centres régionaux de développement sanitaire de Harare et Maputo.

61. Un groupe d'étude sur la nomination et la promotion des enseignants ainsi que sur le réseau des centres nationaux de formation des spécialistes s'est réuni en décembre 1981 pour identifier des structures appropriées susceptibles de promouvoir, renforcer et rationaliser la formation des spécialistes et des enseignants des sciences de la santé de la Région. Le groupe a élaboré :

- i) un projet de convention portant création du Conseil africain pour la Formation et la Promotion des Spécialistes et Enseignants des Sciences de la Santé (CASESS);
- ii) un canevas pour la mise en oeuvre du réseau des centres nationaux de formation des spécialistes, et iii) un projet sur l'organisation des épreuves pour l'obtention du diplôme interafricain (DIA). A ce jour, 13 pays ont signé la convention portant création du CASESS.

62. Des efforts louables ont été déployés pour promouvoir la formation d'épidémiologistes dans la Région. Il s'agit essentiellement d'insérer progressivement cet enseignement dans le programme des centres de formation déjà existants dans la Région. Mais en attendant cette intégration totale, de nombreux cours de formation spécifiques continuent d'être organisés dans la Région. C'est ainsi que durant le biennium 1981-1982, 56 ressortissants de la Région venant de 37 pays ont suivi le cours de planification et gestion du programme de lutte contre les maladies diarrhéiques.

63. Cinq ateliers sous-régionaux ou nationaux et un cours ont été organisés en 1981 et 1982 sur la méthodologie de la recherche dans le but de constituer une "masse critique" de chercheurs capables d'établir des protocoles et d'examiner des projets de recherche; 64 chercheurs au total ont participé à ces ateliers et cours.

64. Diverses actions concrètes prises durant le biennium avec la collaboration de l'OMS pour la promotion de la santé bucco-dentaire préparent le terrain à l'intégration des services concernés dans le cadre des SSP. Chaque fois qu'il a été possible, les actions ont été prises en concertation avec la Fédération dentaire internationale et l'Association internationale de Recherche dentaire.

65. Au cours du biennium 1981-1982, les Etats Membres ont manifesté l'intérêt croissant qu'ils accordent à la protection et à la promotion de la santé des travailleurs, et l'OMS y a apporté tout le soutien requis, essentiellement sous forme de consultation à court terme et de séminaires. Une Association régionale africaine pour la Médecine du Travail créée en 1980 a établi des relations officielles avec l'OMS en 1981.

66. La production locale des médicaments essentiels, y compris les vaccins, demeure l'une des grandes préoccupations et l'accent est fortement mis sur l'utilisation des mécanismes de la CTPD pour réduire le coût de l'implantation d'industries pharmaceutiques. Des efforts se déploient dans ce sens, dans le cadre de la Communauté économique des Pays des Grands Lacs (CEPGL). Les pays de l'Afrique australe ont aussi exprimé leur désir de collaborer dans ce domaine lors d'une réunion en août 1982 au Lesotho.

67. Dix pays de la Région ont maintenant des unités de fabrication de médicaments. D'autres sont au stade de planification, avec la contribution du Bureau régional.

68. Dans le cadre de la surveillance épidémiologique, un accent particulier a été mis sur les maladies à transmission sexuelle, les tréponématoses endémiques et la variole; pour cette dernière, 48 rumeurs de cas suspects ont été communiquées à l'OMS par une vingtaine de pays depuis janvier 1978 mais aucune ne s'est avérée exacte. La variole est donc effectivement éradiquée mais la vigilance requise doit demeurer permanente.

69. Le programme de lutte contre l'onchocercose dans le Bassin de la Volta se poursuit et des résultats encourageants ont encore été enregistrés en 1981 et 1982, en dépit des contraintes que connaît le programme avec le phénomène de la réinvasion et l'apparition d'une résistance chez deux espèces de simuliés. La coopération avec cinq autres pays pour étendre l'aide du programme vers l'ouest dans le bassin du Fleuve Sénégal se poursuit. L'OMS collabore également avec d'autres pays de la Région pour évaluer l'importance de leur problème d'onchocercose et établir des programmes de lutte.

#### Discussions

70. Les Représentants ont manifesté collectivement leur détermination à faire désormais des discussions sur le rapport d'activités, une occasion propice pour donner des directives au Directeur régional pour l'amélioration de la mise en oeuvre du programme régional.

71. Après avoir remercié le Président de la République populaire du Congo et à travers lui tout le Peuple congolais pour son hospitalité, les délégués ont une fois de plus félicité leur Secrétariat régional pour le travail accompli, et particulièrement le Directeur régional pour la diligence dont il fait preuve dans la mise en oeuvre des décisions, résolutions et directives des Organes directeurs ainsi que pour la nouvelle présentation du rapport biennal.

72. Le Comité se réjouit de la manière dont le Directeur régional a mis en oeuvre les programmes spéciaux de corporation concernant l'Angola, le Tchad, et la Guinée-équatoriale et note avec satisfaction les efforts soutenus de l'Organisation dans la coopération avec les pays de la Ligne de front et les Mouvements de Libération nationale reconnus par l'OUA.
73. Plusieurs délégations ont signifié leur préoccupation à propos de la détermination des chiffres de planification par pays, et de la répartition du budget ordinaire régional entre les différentes grandes rubriques, à savoir : Comité régional, programmes interpays, programmes pays et Bureau régional.
74. Le Comité a une fois de plus souligné la nécessité d'une volonté politique plus affirmée pour la mise en oeuvre conséquente des stratégies sanitaires nationales et régionale.
75. Cette volonté politique devra inciter chaque Etat Membre à fournir l'effort nécessaire pour l'application des décisions prises collectivement.
76. Plusieurs délégués ont axé leurs interventions sur les relations étroites qui existent entre la santé, le développement et la paix sociale. Les agressions perpétrées dans les pays de la Ligne de front, la poursuite du racisme et de l'apartheid et la violation des droits du peuple namibien à l'indépendance ont particulièrement retenu l'attention des représentants des Etats Membres qui considèrent qu'aucun développement sanitaire ne peut se concevoir dans l'injustice sociale.
77. Le Comité note avec satisfaction les efforts déjà déployés dans la Région pour le développement des processus gestionnaires mais reconnaît que beaucoup reste encore à faire dans le domaine de la formation de ce type de personnel indispensable pour la mise en oeuvre des stratégies nationales qu'est l'agent du développement sanitaire.

78. Plusieurs délégations se sont félicitées des missions officielles du Directeur régional dans les pays. Ces visites permettent d'apprécier sur le terrain les réalisations nationales dans la mise en oeuvre des stratégies et de discuter avec les autorités nationales de la collaboration de l'Organisation avec les pays.

79. Les représentants de plusieurs Etats Membres se sont inquiétés de l'insuffisance de leurs connaissances des structures du Bureau régional eu égard à ses fonctions et des mécanismes gestionnaires de leur Organisation en matière de mobilisation et d'utilisation des fonds extra-budgétaires.

80. Le Comité s'est montré préoccupé par l'insuffisance des échanges d'informations et d'expériences, plus particulièrement en matière de SSP, même entre pays voisins.

81. Il a relevé que les activités de l'Organisation dans le cadre de certains programmes sont encore quelque peu verticales. C'est en occurrence le cas pour le programme de santé maternelle et infantile qui est trop orienté vers les soins materno-infantiles ainsi que le programme de recherche et de formation sur les maladies tropicales dont les activités ne semblent pas s'intégrer au processus de développement sanitaire national.

82. Les représentants des Etats Membres soulignent que la médecine traditionnelle avec la pharmacopée africaine sont des acquis sanitaires primordiaux pour la Région et aucun effort ne doit être épargné pour leur exploitation rationnelle dans les prestations socio-sanitaires en vue de la santé pour tous en l'an 2000.

83. Le Directeur régional remercie le Comité pour ces mots d'encouragement à l'endroit du Secrétariat. Il invite tous les délégués des Etats Membres à poursuivre leurs efforts de participation à travers des interventions franches et constructives pour conserver à leur Comité régional son rôle de forum de concertation et de décision dans l'atmosphère familiale qui caractérise l'Afrique.



84. Le Directeur régional a ensuite apporté les précisions et clarifications suivantes :

- i) la détermination des chiffres de planification tient compte de la taille de la population mais il n'est pas recommandable d'attribuer un coefficient de pondération trop élevé à ce facteur car certains besoins en ressources sanitaires sont incompressibles et le modèle qui aide à déterminer ces chiffres conduirait à des résultats peu équitables;
- ii) la gestion de la structure du Bureau régional est une entreprise complexe et difficile à mener en pure technocratie; certains critères difficilement quantifiables tels que la géopolitique et la linguistique doivent être pris en compte; cependant, presque toutes les décisions sont prises en conformité avec le Règlement de l'OMS.

#### Directives

85. Le Comité régional, à la suite de l'examen du rapport biennal du Directeur régional, donne les directives suivantes :

#### Développement et direction d'ensemble des programmes de l'OMS

- i) Poursuivre le soutien aux peuples en lutte contre l'apartheid et le colonialisme qui constituent de sérieuses contraintes au développement sanitaire de leur pays.
- ii) Mettre de plus en plus l'accent sur la nécessité de la justice sociale comme fondement à l'objectif SPT/2000.
- iii) Poursuivre et identifier les efforts pour faire mieux connaître aux Etats Membres les mécanismes de gestion de l'Organisation y inclus la mobilisation des ressources extra-budgétaires.

- iv) Poursuivre les séminaires et ateliers sur le processus gestionnaire pour le développement sanitaire national.
- v) Etudier les possibilités de trouver les moyens appropriés devant faciliter les déplacements du Directeur régional à travers la Région compte tenu des difficultés de transport et de communication.
- vi) Prendre les mesures appropriées pour permettre aux Ministres de la Santé qui le souhaitent d'apprendre à mieux connaître les structures du Bureau régional eu égard à ses fonctions.

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

- vii) Accroître l'appui de l'Organisation pour la mise en place de systèmes nationaux de santé fondés sur les soins de santé primaires, y compris la formation appropriée des personnels de santé.
- viii) Poursuivre et intensifier les échanges d'expériences et de personnels en soins de santé primaires en l'occurrence le personnel infirmier par les mécanismes de la CTPD.

Promotion et développement de la recherche, y compris la recherche sur les comportements qui favorisent la santé

- ix) Renforcer les programmes de recherche comme outil efficace au développement sanitaire des Etats Membres dans le cadre de la CTPD.

Protection et promotion de la santé de groupes de population particuliers

- x) Reviser le contenu du programme de santé maternelle et infantile trop axé sur les soins materno-infantiles et soumettre en temps opportun des recommandations au Comité régional.

Promotion de la salubrité de l'environnement

- xi) Prendre les mesures nécessaires pour accélérer les programmes définis dans le cadre de la DIEPA 1981-1990;

Technologie diagnostique, thérapeutique et de réadaptation

- xii) Accélérer la promotion et le développement de la médecine traditionnelle en s'inspirant des expériences d'autres régions du monde.

86. Le Directeur régional prend note de ces directives et assure le Comité qu'il prendra les mesures appropriées pour leur mise en application.

87. Le Comité régional, par sa résolution AFR/RC33/R3 approuve le rapport biennal d'activité de l'OMS pour 1981-1982.

DEVELOPPEMENT ET COORDINATION DE LA RECHERCHE BIOMEDICALE ET SUR LES SERVICES DE SANTEPrésentation

88. Le Dr R. A. J. Cabral, Président du Comité consultatif africain de la Recherche médicale (CCARM), présente le rapport du Directeur régional sur le développement et la coordination de la recherche biomédicale et de la recherche sur les services de santé.

89. Le rapport indique que les stratégies en matière de recherche et les activités prioritaires du Bureau régional doivent être axées sur les problèmes prioritaires dont la solution contribuera à la réalisation des plans d'action nationaux et régionaux visant à instaurer la santé pour tous d'ici l'an 2000.

90. Les activités régionales portent sur les domaines suivants :

- i) Mécanismes gestionnaires institués au Bureau régional :

ces mécanismes doivent permettre de promouvoir et de catalyser les travaux de recherche.

- ii) Recherche sur les services de santé : un réseau de centres nationaux de recherche sur les services de santé a été identifié dans chaque Sous-Région et un Coordonnateur sous-régional de la recherche désigné pour la recherche sur les services de santé; des conférences-ateliers ont été organisées pour la formation à la méthodologie de la recherche appliquée aux soins de santé primaires.
- iii) Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine (HRP) : un Coordonnateur sous-régional de la recherche a été désigné; dans chaque Sous-Région, des instituts de recherche en rapport avec le programme ont été identifiés et ont bénéficié d'un soutien de l'OMS; les priorités en matière de recherche pour la Région ont été identifiées.
- iv) Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) : depuis que ce programme a été inauguré en 1975, la Région africaine a bénéficié de 319 bourses de recherche, soit l'équivalent de US \$ 24 millions, ce qui représente environ 24 % du nombre total mondial des bourses attribuées.
- v) Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques (CDD) : un groupe de travail tripartite (Comité AFRO du développement de la recherche/Programme spécial du Siège/experts nationaux) s'est réuni pour examiner des documents sur la recherche. Sur ses recommandations, trois instituts ont été désignés comme centres de lutte contre les maladies diarrhéiques.

- vi) Recherche sur la nutrition : à la suite des travaux du groupe d'étude qui s'était réuni à Addis-Abéba (Ethiopie) en 1979, les priorités régionales en matière de recherche sur la nutrition ont été identifiées et un programme à moyen terme pour la période 1980-1983 a été formulé. Une liste d'instituts de recherche et de formation a été établie et les objectifs institutionnels pour la formation des nutritionnistes définis.
- vii) Information du public et éducation pour la santé (HIE) : le Directeur régional a pris des mesures et a élaboré des mécanismes pour améliorer les sciences et techniques dans le domaine de l'information en matière de recherche et pour renforcer les centres de documentation.

91. La coordination avec le Comité consultatif mondial de la recherche médicale (CCMRM) est satisfaisante et fructueuse. La plupart des sujets discutés au CCMRM reflètent les préoccupations et les intérêts du CCARM. La recherche sur les sciences comportementales et sur la santé mentale, les infections aiguës des voies respiratoires, la formation à la méthodologie de la recherche, constituent les thèmes d'étude de toutes les Régions devant faire l'objet de rapport au CCMRM

92. Les Etats Membres ont été informés que le Comité régional était représenté au Comité conjoint de Coordination du Programme TDR par le Malawi et le Mali, dont le mandat vient à expiration le 31 décembre 1983. Les Etats Membres ont été invités à désigner deux pays pour les représenter au Comité conjoint de Coordination du Programme TDR. Afin d'assurer une représentation continue de la Région africaine au Comité conjoint de Coordination du Programme TDR, il a été suggéré que l'un des pays soit désigné pour deux ans et l'autre pour trois ans. Conformément aux dispositions du paragraphe 14 du document AFR/RC30/13, les pays sont désignés dans l'ordre alphabétique anglais. En conséquence, la Mauritanie et Maurice ont été désignées pour représenter le Comité régional au Comité conjoint de Coordination du Programme TDR.

Discussions

93. Le Comité régional note avec satisfaction les progrès réalisés dans le domaine de la recherche biomédicale et la recherche sur les services de santé.
94. Le Comité reconnaît l'importance de la recherche en tant qu'outil majeur de la solution des problèmes de santé prioritaires qui préoccupent les Etats Membres de la Région.
95. Les mécanismes de gestion de la recherche établis aussi bien au niveau régional que sous-régional répondent aux besoins du développement du programme régional. La collaboration qui existe entre ces mécanismes et les programmes nationaux de recherche est satisfaisante.
96. La recherche sur le système de santé est d'une importance capitale dans la mesure où elle permet de résoudre les problèmes qui entravent la mise en oeuvre des stratégies nationales et régionale de la santé pour tous en l'an 2000. Ce domaine devra bénéficier d'une haute priorité.
97. La recherche sociale doit en effet bénéficier de l'attention requise, notamment dans les domaines de la nutrition, de la lutte contre les maladies diarrhéiques, etc.
98. La recherche sur les maladies à transmission sexuelle sous son aspect stérilité secondaire doit être incluse dans la recherche en reproduction humaine.
99. Le Comité reconnaît que la capacité de recherche sur les maladies tropicales doit être renforcée. Les mécanismes sous-régionaux de coordination devraient être mis en place le plus rapidement possible. La recherche sur la résistance du plasmodium à la chloroquine doit recevoir une grande priorité. Il en est de même de la résistance des vecteurs aux insecticides.
100. Le Comité est d'avis que la recherche sur les maladies diarrhéiques doit s'intensifier spécialement sous son aspect opérationnel, visant à appuyer la mise en oeuvre des programmes nationaux de lutte contre les maladies diarrhéiques.

Recommandations

101. Le Comité régional fait siennes les recommandations de la sixième session du CCARM qui s'est tenue à Abidjan (Côte d'Ivoire) du 11 au 15 avril 1983 :

- i) nécessité d'un mécanisme approprié pour l'échange d'information sur la recherche dans le domaine de la santé;
- ii) définition d'une politique de recherche en matière de santé dans les Etats Membres;
- iii) organisation de conférences-ateliers nationales et sous-régionales pour la formulation des protocoles de recherche dans le domaine de la santé;
- iv) création d'un Sous-Comité de la santé mentale et d'un Sous-Comité des infections aiguës des voies respiratoires.

102. Il invite le Bureau régional à : i) promouvoir et renforcer les mécanismes de gestion de la recherche aux niveaux régional et sous-régional; ii) multiplier les séminaires et ateliers de formation à la méthodologie de la recherche appliquée aux soins de santé primaires; iii) prendre les mesures appropriées visant à favoriser et à appuyer les échanges entre les pays de la Région en matière de recherche, notamment dans le domaine de la formation, et de la circulation de l'information; iv) appuyer et encourager davantage la recherche sur les comportements et facteurs psycho-sociaux favorables à la santé.

103. Le Comité régional adopte la résolution AFR/RC33/R1.

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

104. Le document AFR/RC33/5 présenté par le Dr L. Adandé Menest (Gabon) retrace dans le contexte régional les actions prises, en cours, et les perspectives pour la mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par la soixante et onzième session du Conseil exécutif et la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la santé.

105. Il rappelle que comme les années précédentes, les décisions du Comité seront synthétisées dans un plan d'action de mise en oeuvre des résolutions et décisions de la trente-troisième session du Comité régional, ce qui facilitera l'action de contrôle et de surveillance en ce qui concerne l'exécution des programmes.

106. Des propositions pour la mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional sont présentées par grands programmes conformément à la liste ordonnée des programmes pour la période d'exécution du Septième Programme général de Travail. Cette présentation facilite au Comité les discussions et la détermination des directives nécessaires au développement du programme régional conformément au paragraphe 1 du dispositif de la résolution AFR/RC30/R12. Le Directeur régional fera périodiquement rapport au Comité sur la mise en oeuvre de ces plans.

Résolution WHA36.34 - Mise en oeuvre de la stratégie de la SPT

107. Le Comité régional prend note avec satisfaction des efforts déjà déployés par le Directeur régional pour soutenir les Etats Membres dans la mise en oeuvre de leurs stratégies nationales pour la SPT. Il souligne que l'obstacle principal à la mise en oeuvre de ces stratégies demeure l'insuffisance des ressources.



108. Certains délégués souhaitent qu'à l'avenir, les efforts déployés dans le cadre de la mobilisation de fonds extrabudgétaires soient présentés de façon à mettre en relief la manière dont ces fonds couvrent les besoins.

109. Les représentants des Etats Membres déplorent que trop souvent les clauses et conditions d'utilisation de certains fonds extrabudgétaires ne soient pas toujours de nature à faciliter la mise en oeuvre de leurs stratégies.

110. Plusieurs délégués ont insisté sur la nécessité d'établir un mécanisme de revue globale du programme national de développement en vue de permettre à tous les partenaires de coordonner leur collaboration.

111. Le Directeur général a attiré l'attention du Comité sur l'intérêt capital du groupe Gouvernement/OMS pour la revue des programmes nationaux. Il a une fois de plus rappelé aux délégués que l'OMS est une Organisation inter-gouvernementale dont les efforts de coordination et de concertation peuvent certainement avoir de résultats tangibles sur la mise en oeuvre des stratégies nationales à condition que chaque Etat Membre ait foi en son propre développement, et compte d'abord sur ses propres forces.

112. Le Comité recommande au Directeur régional et au Directeur général de :

- i) poursuivre la recherche des fonds extrabudgétaires avec beaucoup de discernement pour éviter aux pays bénéficiaires le risque d'être des champs d'expériences par des programmes verticaux sans intérêt voire incompatibles avec la stratégie nationale;

- ii) améliorer le mécanisme de revue globale des programmes nationaux en vue de rationaliser la coordination de la coopération internationale;
- iii) continuer de soutenir les Etats Membres dans leur effort considérable à mettre en oeuvre le contrat de santé et de solidarité que représente la stratégie de la santé pour tous d'ici à l'an 2000 par la promotion et le développement des huit composantes des soins de santé primaires grâce à la mise en oeuvre de projets interrégionaux, interpays et pays;
- iv) accorder une attention soutenue au recrutement du personnel, à l'administration/services généraux, au budget-finance et à l'appui logistique en matériel/fourniture destinés aux Etats Membres.

Résolution WHA36.35 - Méthodologie et contenu du septième rapport sur la situation sanitaire dans le monde au regard de la surveillance continue et de l'évaluation de la stratégie mondiale

113. Le Comité prend note des dispositions qui sont déjà prises pour la mise en oeuvre de cette résolution; se félicite de la disponibilité du Bureau régional à apporter tout l'appui nécessaire aux Etats Membres pour renforcer les mécanismes nationaux destinés à développer au moins les 12 indicateurs mondiaux.

114. Il prie le Directeur régional de :

- i) multiplier les réunions éducatives sur les systèmes nationaux d'information sanitaire pour la gestion;
- ii) assurer la formation pratique conjointe du personnel national et de l'OMS en gestion sanitaire et spécialement sur la surveillance continue et l'évaluation;
- iii) prendre les mesures appropriées pour faire connaître davantage aux Etats Membres la disponibilité de l'organisation à accroître son appui dans ce domaine.

Résolution WHA36.24 - Collaboration dans 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 - Assistance aux Etats de la Ligne de Front

115. Le Directeur régional, en étroite collaboration avec le Directeur général, poursuit activement sa coopération technique en matière de santé avec les Etats de la Ligne de Front, le Lesotho et le Souaziland, afin d'améliorer leur situation sanitaire. Pour faire face aux agressions de l'Afrique du Sud, le Directeur régional, en collaboration avec le Directeur général et la communauté internationale a mobilisé, pour le biennium 1982-1983 ce qui suit :

Pays	Budget ordinaire	Ressources extrabudgétaires
	US \$	US \$
Angola	1 154 000	15 108 294
Botswana	543 727	15 419 324
Lesotho	817 000	247 046
Mozambique	2 123 851	1 369 035
Tanzanie	1 150 585	939 083
Souaziland	452 700	534 545
Zambie	1 220 380	925 556
Zimbabwe	947 244	8 016 500

116. Le Comité se réjouit de la poursuite de la coopération technique de l'OMS en matière de santé avec les Etats de la Ligne de Front, le Lesotho et le Souaziland. Il déplore la lenteur de la réaction voire la passivité des Etats Membres de la Région face aux appels à la solidarité régionale et internationale, pour renforcer cette coopération.

Résolution WHA 36.25 - Collaboration dans 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 - Assistance à la Namibie et aux Mouvements de Libération nationale d'Afrique du Sud reconnus par l'OUA

117. Dans le cadre de la coopération sanitaire avec les Mouvements de Libération nationale (MLN), l'OMS, l'OUA et le PNUD continuent de collaborer pour soutenir techniquement et matériellement le Centre multinational de Formation de Morogoro (Tanzanie). Ainsi, en 1982 et 1983, US \$311 375 ont été alloués à ce projet qui est exécuté par le Comité de Coordination de l'OUA pour la libération de l'Afrique. Durant la période 1981-1982, l'OMS a renforcé sa coopération avec les trois Mouvements de Libération reconnus par l'OUA (ANC, PAC et singulièrement la SWAPO (Namibie).
118. Pour la période biennale 1982-1983, l'OMS a affecté US \$87 300 sur son budget ordinaire pour le renforcement du programme sanitaire de la SWAPO (Namibie); US \$21 000 ont été affectés également au soutien technique du projet inter pays de développement des personnels de santé de la SWAPO basé en Angola et en Zambie. La coopération avec la SWAPO porte sur les différents domaines de formation, sur la fourniture de médicaments pour les réfugiés namibiens en Angola et en Zambie. Ainsi en 1982, l'OMS a accordé cinq bourses de médecine à des étudiants et réfugiés namibiens. Le placement de huit autres candidats est en cours. Au titre des urgences pour 1982-1983, le Bureau régional a fourni des matériels, médicaments et vaccins pour un montant de US \$29 143. Une somme de US \$8000 a été utilisée pour un consultant en ophtalmologie qui a été mis à la disposition de la SWAPO pour les malades réfugiés dans les camps en Angola. Dans le cadre de la lutte antipaludique, US \$2704 ont été mobilisés pour la fourniture de médicaments antipaludiques en faveur des réfugiés namibiens.

119. La coopération avec l'ANC et le PAC continue comme par le passé. Ainsi, durant la présente période biennale, l'OMS a affecté US \$51 500 au projet interpays portant spécialement sur la coopération sanitaire avec ces deux Mouvements de Libération nationale. Des médicaments et des vaccins ont été fournis par l'OMS, ainsi que huit bourses pour des étudiants en médecine. Le placement de cinq autres réfugiés d'Afrique du Sud est en cours dans différentes institutions africaines.

120. Le Comité se félicite de l'ampleur de la coopération de l'OMS avec les Mouvements de Libération et note avec satisfaction que le Directeur régional et le Directeur général poursuivront leurs efforts auprès de la communauté internationale pour rechercher l'appui aux programmes de coopération avec les Mouvements de Libération nationale.

121. Il recommande qu'un accent particulier soit mis à l'avenir sur le développement des personnels de santé et particulièrement sur la formation en santé mentale.

Résolution WHA36.26 - Collaboration dans 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 - Assistance sanitaire aux réfugiés en Afrique

122. Le Directeur régional, en collaboration avec le Directeur général, les Etats Membres et le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés, poursuit ses efforts pour faire face aux problèmes de santé que connaissent les réfugiés africains. Il soumettra des projets de développement pour le financement par la communauté internationale lors de la seconde Conférence internationale pour l'Assistance aux Réfugiés (ICARA II) en mai 1984.

123. Le Comité félicite le Directeur régional pour sa prompte réaction à l'appel des gouvernements ayant, sur leur territoire, des réfugiés.

124. Il a été informé par la délégation nigériane de l'effort financier fourni par son gouvernement pour venir en aide aux Ghanéens qui ont été rapatriés dans leur pays.

Résolution WHA36.29 - Collaboration dans le système des Nations Unies - Questions générales : Assistance sanitaire et médicale d'urgence aux pays touchés par la sécheresse et la famine en Afrique

125. Le Comité s'inquiète de l'ampleur des problèmes créés par la sécheresse et qui ne cessent de s'aggraver depuis deux ans. Il félicite le Directeur régional de la coopération étroite de l'OMS avec les pays concernés et apprécie la création de deux projets de coopération, avec l'Institut du Sahel et le Comité inter-Etats de Lutte contre la Sécheresse, ainsi que la mise à la disposition des pays victimes de la sécheresse des trois projets interpays chargés du programme de nutrition.

126. Il invite le Directeur régional et le Directeur général à étudier les voies et moyens pour aider les pays concernés à accroître leur production alimentaire.

Résolution WHA36.21 - Collaboration dans le système des Nations Unies : Questions générales - Contribution de l'OMS en ce qui concerne la participation des femmes à la promotion de la paix internationale, de la coopération et de la santé

127. Le Comité souligne une fois de plus l'importance de la femme dans le développement, et demande à être informé plus en détail sur le projet "La femme et le développement sanitaire". Il a été informé de ce que certains pays suivent une approche qui leur permet d'intégrer effectivement la femme dans les activités de développement de la communauté. Ces expériences nationales de participation active de la femme au développement socio-économique national doivent être poursuivies et leur résultat exploité par les Etats Membres en vue de la santé pour tous en l'an 2000.

Résolution EB71.R6 - Politique en matière de bourses d'études

128. Le Comité est préoccupé par l'insuffisance de concertation entre les instances responsables des bourses au niveau des pays et le Bureau régional. Il signale aussi l'ambiguïté du rôle du Coordonnateur des Programmes de l'OMS dans la procédure d'attribution des bourses.

129. Dans son introduction, le Directeur régional rappelle que :

- i) la sélection des candidats à une bourse est la responsabilité du gouvernement et doit se faire en tenant compte des besoins en personnel, des priorités et des prévisions budgétaires;
- ii) le Coordonnateur des Programmes de l'OMS ne peut pas assumer effectivement ses fonctions de coordination s'il n'est pas associé à la procédure de sélection des boursiers et du suivi de leur scolarité;
- iii) il appartient aux Etats Membres de prendre les mesures appropriées pour suivre la scolarité de leurs boursiers, le Bureau régional étant disposé à apporter tout le soutien requis à ce propos.

130. Le Comité invite le Directeur régional à :

- i) fournir régulièrement aux Etats Membres toutes les informations disponibles sur la scolarité des boursiers;
- ii) transmettre cette résolution aux Etats Membres et particulièrement aux départements de la santé, de l'éducation nationale et aux institutions de formation; l'accent sera mis sur la nécessité : a) d'avoir une politique nationale de développement des personnels de santé dans le cadre des stratégies nationales; b) de ne solliciter des bourses de l'OMS que si la bourse d'étude représente le moyen le plus approprié pour atteindre des objectifs

clairement définis; c) de trouver un emploi approprié aux boursiers dès leur retour au pays, et d) de constituer un comité national de sélection composé de représentants de l'administration de santé nationale, de l'organisme national compétent responsable des personnels médico-sanitaires et du groupe professionnel approprié;

iii) faire régulièrement rapport sur la question au Comité régional, toutes les années impaires, dans son rapport biennal d'activité de l'OMS dans la Région africaine.

131. Il prie les Etats Membres de :

- i) prendre les mesures appropriées pour associer les WPC/NWC à la procédure de sélection et du suivi de la scolarité des boursiers;
- ii) suivre et évaluer périodiquement l'impact du développement des personnels, bourses d'études comprises, sur le développement sanitaire national.

Résolution WHA36.11 - Rôle du personnel infirmier et/ou des sages-femmes dans la stratégie de la SPT

132. Le Comité prend bonne note des dispositions prises par le Directeur régional pour poursuivre et renforcer la coopération de l'OMS avec les Etats Membres dans le domaine de la formation de cette catégorie de personnel. Il a été informé avec satisfaction de l'expérience de la Gambie en matière de formation d'accoucheurs.

133. Il invite les Etats Membres à insérer une composante "Soins infirmiers et/ou soins obstétricaux" dans leur stratégie nationale.

134. Le Comité prie le Directeur régional de :

- i) continuer d'encourager la formation continue des formateurs et de favoriser des échanges d'expériences entre les centres de formation par des séminaires, des visites d'études et par la fourniture de matériel pédagogique;



- ii) poursuivre les autres programmes coopératifs de l'OMS avec le Projet de Renforcement des Systèmes de Prestations des Services de Santé publique (SHDS) dont les objectifs sont d'intégrer les SSP dans le cursus des études des CESSI de Dakar, Yaoundé et Luanda;
- iii) fournir aux pays qui en feront la demande des consultants pour coopérer à la reformulation des programmes d'études pour l'intégration des SSP au niveau des écoles de formation de base.

Résolution WHA36.28 - Le rôle des médecins et autres personnels de santé dans la préservation et la promotion de la paix en tant que principal facteur favorisant l'instauration de la santé pour tous

135. Le Comité est particulièrement préoccupé par les conséquences sur les services de santé des catastrophes résultant d'une guerre nucléaire. Les armes nucléaires constituent en effet une menace grave sur la santé et le bien-être des populations.

136. Il demande au Directeur régional de :

- i) adresser aux Etats Membres de la Région africaine des exemplaires en nombre suffisant du rapport accompagné des annexes scientifiques pour distribution aux différents ministères, aux universités et instituts de formation et aux établissements de recherche;
- ii) faire parvenir régulièrement aux Etats Membres les éléments nouveaux rendus disponibles grâce à l'action du Siège mondial qui concernent ce problème : expériences acquises, études et recherches en cours. En retour, il communiquera au Siège les éléments semblables qui auraient été identifiés.

137. Il invite les Etats Membres à mobiliser les services d'information et d'éducation pour la santé pour sensibiliser les collectivités sur les effets de la guerre nucléaire sur la santé et les services de santé.

Résolution WHA36.14 - La santé bucco-dentaire dans la stratégie de la SPT

138. Les délégués des Etats Membres notent avec un grand intérêt les activités en cours pour la création d'un Centre régional de recherche, de formation et de démonstration en santé bucco-dentaire. Ils demandent au Directeur régional de :

- i) prendre les mesures nécessaires pour accélérer l'orientation de ce centre;
- ii) coopérer avec les Etats Membres pour l'intégration de la santé bucco-dentaire dans leur programme SSP.

Résolution WHA36.12 - La consommation d'alcool et les problèmes liés à l'alcool : élaboration de politiques et de programmes nationaux

139. Le Comité note avec satisfaction le concours que le Directeur régional apporte aux Etats Membres dans le cadre du recensement des problèmes actuels et prévus en matière de consommation d'alcool.

140. Il invite les Etats Membres, au moment du réajustement de leurs stratégies nationales de la SPT/2000, à intégrer ce programme dans le grand programme Protection et Promotion de la santé mentale, comme l'envisage le Septième Programme général de Travail pour la période 1984-1989.

Résolution WHA36.13 - Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement

141. Le Comité prend note du rapport du Directeur régional sur les actions prises, prévues ou en cours dans le cadre de cette résolution. Il déplore le retard qu'accuse la mise en oeuvre de ce programme qui est pour une part importante dû au manque de coordination de la coopération internationale au niveau des pays.

142. Le Comité note avec satisfaction que le Comité permanent CTPD a inscrit à l'ordre du jour de ses travaux pour 1984 le thème "Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement, évaluation à la mi-décennie".

143. Il félicite le Directeur régional d'avoir renforcé la coopération entre l'OMS et les Etats Membres à l'échelon interpays par le biais du projet interpays d'approvisionnement en eau et d'assainissement qui couvre l'ensemble de chaque sous-région, et la répartition de façon équitable des ressources sous-régionales disponibles au bénéfice de la majorité des pays de la Région.

144. Il invite les Etats Membres à poursuivre la coopération avec le projet interpays d'approvisionnement en eau et d'assainissement dans le sens de la solidarité pour le développement harmonieux des programmes, et du partage réciproque des responsabilités aux différents échelons de l'Organisation.

145. Le Comité demande au Directeur régional de soutenir l'effort des pays en matière d'identification et de préparation des projets dans le cadre de la Décennie.

Résolution WHA36.31 - Trypanosomiase humaine africaine

146. Le Comité prend note avec satisfaction des dispositions prises par le Directeur régional pour renforcer le projet OMS d'études sur le terrain et en laboratoire sur l'épidémiologie de la maladie du sommeil. Il se félicite de la coopération étroite de l'OMS aux travaux de recherche qui sont actuellement menés dans plusieurs pays de la Région.

147. Il invite le Directeur régional à mettre tout en oeuvre pour augmenter de façon substantielle la part du budget régulier consacrée à la lutte contre la trypanosomiase, et de continuer à chercher les voies et moyens pour accélérer la distribution, dans la Région africaine, de trousse de diagnostic rapide, de médicaments et de manuels didactiques.

Résolution WHA36.30 - La lutte antituberculeuse dans le monde - Analyse de la situation

148. Le Comité prend note du programme régional à moyen terme 1984-1989 de lutte contre la tuberculose, et des diverses formes de coopération que l'OMS fournit aux Etats Membres dans ce domaine. Il souligne que l'une des principales difficultés des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose ou la lèpre est l'absence de motivation du personnel.

149. Il recommande en conséquence que l'OMS renforce son soutien aux programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et plus particulièrement dans le domaine de la formation du personnel.

150. Il invite le Directeur régional à continuer de fournir les services de consultants pour promouvoir la recherche sociologique et la recherche sur les systèmes de santé pour mettre au point une méthodologie permettant d'estimer les besoins en matériels et fournitures en vue de rendre les activités de lutte antituberculeuse plus efficaces.

Résolution WHA36.32 - Lutte contre les maladies cardio-vasculaires

151. Le Comité apprécie la collaboration entre l'OMS et les Etats Membres pour coordonner les programmes de prévention et de lutte contre les maladies cardio-vasculaires grâce à un réseau de centres nationaux.

152. Il prie le Directeur régional de continuer d'encourager et de coordonner la collecte des données épidémiologiques sur les maladies cardio-vasculaires. Il poursuivra sa collaboration avec les Etats Membres dans le cadre de l'information et de l'éducation pour la santé en matière de maladies cardio-vasculaires.

153. Le Comité régional adopte la résolution AFR/RC33/R2.

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

154. Le rapport du Directeur régional<sup>1</sup> est présenté par le Dr D. Makuto (Zimbabwe). Celui-ci attire l'attention sur les questions d'intérêt régional relatives aux ordres du jour provisoires de la Soixante-Treizième session du Conseil exécutif et de la Trente-Septième Assemblée mondiale de la Santé.

155. En effet, des points d'intérêt programmatique d'importance majeure pour l'atteinte de la santé pour tous sont reflétés dans ces ordres du jour :

- i) rapports des Directeurs régionaux sur tous les faits notables sur le plan régional, y compris des questions intéressant les Comités régionaux;
- ii) stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici à l'an 2000; rapport sur la surveillance des progrès réalisés dans l'exécution des stratégies de la santé pour tous (rapport du Comité du Programme);
- iii) programme d'action concernant les médicaments essentiels;
- iv) collaboration dans le système des Nations Unies : Assistance sanitaire et médicale d'urgence aux pays touchés par la sécheresse et la famine en Afrique.

156. Le Comité adopte l'ordre du jour provisoire de la trente-quatrième session du Comité régional pour l'Afrique (Annexe 8). La Décision de procédure No 5 est prise à cet effet.

METHODE DE TRAVAIL DE L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE

Présentation

157. Le Dr S. Diop présente au Comité le rapport du Directeur régional sur la "Méthode de travail de l'Assemblée mondiale de la Santé" (Document AFR/RC33/18).

158. Ce document vise essentiellement à faciliter la tâche de la Trente-Septième Assemblée mondiale de la Santé conformément à la résolution WHA36.16 qui concerne la méthode de travail et la durée de l'Assemblée.

<sup>1</sup> Document AFR/RC33/6.

159. Il traite :

- i) de la nomination du Président de l'Assemblée mondiale dans ses paragraphes 4 et 5;
- ii) de la nomination au poste de Vice-Président de la Trente-Septième Assemblée mondiale dans les paragraphes 6 à 9 inclus.

160. Il y est fait mention dans les paragraphes 10 à 14 des dispositions relatives aux commissions principales de l'Assemblée mondiale de la Santé et ce conformément à la résolution WHA31.1.

#### Discussion

#### Président de l'Assemblée mondiale de la Santé

161. Le Comité maintient les critères qu'il avait retenus à ce sujet lors de sa trente-deuxième session, à savoir que le poste de Président de l'Assemblée revient désormais par rotation tous les six ans à un représentant de la Région. La session du Comité précédant l'Assemblée mondiale désignera l'éventuel candidat de la Région africaine devant en assumer la présidence. Ainsi, la Région africaine assumera à nouveau la présidence de la Quarante et Unième Assemblée mondiale de la Santé en 1988. La trente-septième session du Comité régional en 1987 désignera le candidat éventuel à la présidence de l'Assemblée en fonction de :

- i) la liste des Présidents des précédentes Assemblées mondiales;
- ii) l'expérience du candidat éventuel;
- iii) les critères linguistiques et les mécanismes sous-régionaux de la CTPD.

Nomination au poste de Vice-Président de la Trente-Septième Assemblée mondiale de la Santé

162. Conformément à la décision de la trente-deuxième session du Comité régional,<sup>1</sup> le Président de la trente-troisième session du Comité régional sera proposé au poste d'un des cinq Vice-Présidents de la Trente-Septième Assemblée mondiale de la Santé en mai 1984.

163. Si pour une raison quelconque, le Président du Comité en exercice n'est pas en mesure de remplir ce mandat, l'un des Vice-Présidents du Comité l'exercera à sa place selon l'ordre initialement indiqué par tirage au sort (1er et 2ème Vice-Présidents).

164. Dans le cas où le Président en exercice du Comité, et les deux Vice-Présidents se trouveraient dans l'impossibilité de remplir la fonction de Vice-Président de l'Assemblée mondiale de la Santé, les Chefs de délégation des pays d'origine du Président en exercice du Comité régional, du 1er Vice-Président et du 2ème Vice-Président assureront par ordre de priorité la fonction de Vice-Président.

165. Les mêmes principes s'appliquent aux Présidents des Commissions principales (Articles 25 et 38 du Règlement intérieur de l'Assemblée).

Commissions principales de l'Assemblée mondiale de la Santé

166. Le Directeur général, en consultation avec le Directeur régional, considérera avant chaque Assemblée mondiale de la Santé, si nécessaire, les délégués des Etats Membres de la Région africaine qui pourraient éventuellement servir efficacement comme :

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

---

<sup>1</sup> Rapport final trente-deuxième session, page 30, para. 78.

167. Le Directeur régional consultera, si nécessaire, les Etats Membres en ce qui concerne les propositions ci-dessus pendant une réunion informelle du Comité régional qui se tiendra le premier jour de l'Assemblée, avant la réunion de la Commission des Désignations, à Genève ou tout autre lieu où se tient l'Assemblée mondiale de la Santé.

168. Pendant cette réunion informelle du Comité régional, seront choisis quels représentants de quels Etats Membres feront, si nécessaire, les propositions de nomination à la Commission des Désignations.

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

169. Les Etats Membres de la Région africaine dont le mandat expire à la fin de la Trente-Septième Assemblée mondiale de la Santé sont : Guinée-Bissau, Mozambique, Sao Tomé et Príncipe et Seychelles.

170. Les nouveaux Membres du Conseil exécutif seront désignés par les pays suivants : Guinée équatoriale, Guinée, Côte d'Ivoire et Kenya.

171. Le Comité décide de poursuivre la pratique qui consiste à suivre l'ordre alphabétique anglais des Etats Membres.

Clôture de la Trente-Septième Assemblée mondiale de la Santé

172. Le Comité décide que le Représentant du Togo s'exprimera au nom de la Région, à la clôture de la Trente-Septième Assemblée mondiale de la Santé.

173. Il décide qu'à partir de la Trente-Huitième Assemblée, le porte-parole de la Région soit désigné selon l'ordre alphabétique anglais des Etats Membres en partant de la lettre U.

174. Le Comité régional prend la Décision de procédure 6.



## ROLE DES UNIVERSITES DANS LES STRATEGIES DE LA SANTE POUR TOUS

175. Le Dr Marquez de Lima (Sao Tomé et Príncipe) présente le document AFR/RC33/19 relatif aux discussions techniques qui auront lieu lors de la Trente-Septième Assemblée mondiale de la Santé sur le thème : "Rôle des universités dans les stratégies de la santé pour tous".

Présentation

176. Le document fait ressortir l'appel lancé par les Organes directeurs aux universités de la Région à s'intéresser à la mise en oeuvre des stratégies.

177. Il met l'accent sur les tâches de l'enseignement supérieur dans la promotion de la stratégie de la santé pour tous en l'an 2000 par l'approche des soins de santé primaires. C'est un canevas qui demande aux Etats Membres de réfléchir sur :

- i) les problèmes du concept de la santé pour tous en l'an 2000;
- ii) la nouvelle approche de l'Université africaine et la santé pour tous;
- iii) les perspectives de la nouvelle formation;
- iv) un questionnaire invitant les Etats Membres à apporter leur contribution.

Concept "Santé pour tous en l'an 2000"

178. L'idée de santé pour tous, déjà en filigrane dans le préambule de la constitution de l'OMS, adopté en 1946, est reprise expressément dans des textes adoptés par les Assemblées mondiales en 1977 et 1979.

179. C'est ainsi qu'en 1979, l'Assemblée mondiale invite les Etats Membres à formuler des stratégies nationales, grandes lignes d'actions à engager dans tous les secteurs et à tous les niveaux pour atteindre cet objectif social.

Université africaine et Santé pour tous en l'an 2000

180. Les facultés, écoles de médecine et centres universitaires des sciences de la santé de la Région n'ont pas été préparés à répondre à cette nouvelle approche de la santé pour tous dont les perspectives ne peuvent être précisées que par la connais-

sance du contenu de la situation présente. Le diagnostic révèle trois défauts majeurs qui hypothèquent la formation des travailleurs de la santé. Ce sont :

- i) les pesanteurs socio-culturelles du passé;
- ii) l'inadéquation de l'enseignement universitaire aux objectifs de la stratégie;
- iii) l'inadaptation du discours médical par rapport au concept de santé;
- iv) la non pertinence des programmes de formation compte tenu des besoins fondamentaux du plus grand nombre.

#### Perspective de la nouvelle formation

181. L'articulation de la nouvelle formation sur la stratégie implique cinq impératifs majeurs :

- i) intégration des soins de santé primaires à l'enseignement supérieur dans tous les rouages de la formation;
- ii) adaptation des structures universitaires à leur environnement;
- iii) changement d'attitudes et de comportements des formateurs et des encadreurs au sein des établissements; leur inertie représente un blocage sérieux du système éducatif;
- iv) évaluation à toutes les étapes de la formation pour apprécier l'impact social des établissements;
- v) vision multidisciplinaire et multisectorielle des programmes d'enseignement reposant sur une méthodologie enseignement/apprentissage et un travail en équipe des étudiants.

#### Tâches urgentes de la formation

182. Deux domaines identifiés comme nécessaires à la réussite de la mise en oeuvre de la stratégie requièrent une attention particulière : la gestion sanitaire et la santé communautaire. Le gestionnaire sanitaire de par ses connaissances

scientifiques, techniques, ses fonctions sociales et éducatives, se trouve placé au centre du dispositif de l'équipe sanitaire, où les agents de santé communautaire doivent être prévus pour assurer les soins essentiels inhérents aux soins de santé primaires.

183. L'extension du champ de la formation aux centres régionaux et nationaux de développement sanitaire (CRDS et CNDS), et au réseau de centres nationaux pour le développement de la gestion sanitaire, est devenue une entreprise à encourager ou à renforcer à l'intérieur de l'espace universitaire.

184. De par leurs fonctions explicitées, les centres doivent s'établir sur l'idée que la santé est une résultante intersectorielle qui exige la combinaison d'actions pluridisciplinaires intégrées pour répondre à l'effort fait par chaque pays en vue de son développement économique et social. Dans cette optique, les centres sont conçus comme des mécanismes de coordination.

185. La mise sur pied de ces centres n'implique pas obligatoirement la construction de nouvelles infrastructures. Le contenu de l'idée peut être inspiré judicieusement et progressivement dans les institutions de formation déjà existantes.

186. L'existence de structures universitaires n'a de sens que si la formation s'accompagne de la recherche. Le secteur de la recherche est déterminant pour la qualité de la formation. L'université a pour vocation d'impulser et d'animer la recherche.

187. L'université africaine doit s'investir dans le milieu culturel dans lequel elle est immergée. L'acceptation de la stratégie de la santé pour tous en l'an 2000 l'incorpore davantage à ce milieu. Elle fait concilier les deux pôles de la dialectique d'enracinement et d'ouverture. Car, ce n'est pas par des voies empruntées que l'université africaine peut s'ouvrir sur la civilisation planétaire; c'est par les sentiers du "pays natal" que l'université africaine doit servir les intérêts planétaires.

188. Emergence, le terme comme le thème proposé, engage une problématique sous forme d'une série de questions fondamentales pour susciter des réponses destinées à l'action,

#### Discussions

189. L'essentiel des discussions a porté sur la nécessité de faire connaître, comprendre et accepter aux universités le concept de "Santé pour tous en l'an 2000" (SPT/2000).

190. Pour jouer le rôle qui lui incombe dans cette stratégie, les universités devraient cesser de considérer le transfert des connaissances comme une fin en soi et faire une meilleure place dans leur programme à l'utilisation de ces connaissances au service des collectivités.

191. Le Comité estime que les universités ne perçoivent pas encore assez clairement le concept de santé pour tous en l'an 2000 ni celui des soins de santé primaires qui en découle. Il estime qu'aucun effort ne doit être épargné pour faire connaître ces deux concepts en associant tous les autres partenaires internationaux tels que l'UNESCO.

192. La nouvelle formation doit canaliser les acquis, les réorganiser et les réorienter pour produire les agents du développement sanitaire, capables d'assumer leur responsabilité aux différents niveaux des systèmes nationaux de santé basés sur les SSP.

193. Cette conception de la formation se heurte à trois types de difficultés :

- i) le conflit entre les départements d'une même faculté et les facultés d'une même université à propos de la cohérence entre les programmes et les thèmes de recherche;
- ii) l'absence de concertation entre l'université et les autres services publics qui sont les utilisateurs des produits de l'université;
- iii) enfin la tendance encore trop élitiste de l'université qui cherche à prescrire un certain standard de formation.

194. Le Comité pense qu'il appartient aux Ministères de la Santé des Etats Membres en étroite collaboration avec les autres Ministères utilisateurs de main-d'oeuvre de promouvoir le changement d'attitude nécessaire pour permettre à l'université de jouer le rôle qui lui incombe dans les stratégies SPT. Il faudra pour cela que les Ministères de la Santé étudient les voies et moyens pour fournir les appuis logistiques dont les universités pourraient avoir besoin pour la réorganisation et la réorientation de leur formation.

195. Les professeurs des départements de santé communautaire concernés pourront prendre l'initiative de former un noyau d'animateurs sur lequel les autorités universitaires et les gouvernements reposeront l'approche intersectorielle et multidisciplinaire de la formation en SSP et sa mise en oeuvre.

196. Le Comité prend note de ce que le Secrétariat de l'OMS s'est efforcé de promouvoir la formation d'agents du développement sanitaire depuis 1970 avant même la Conférence d'Alma-Ata. Depuis, ce problème a été discuté à la sixième réunion des Doyens et Directeurs de Facultés, Ecoles de Médecine et Centres universitaires des Sciences de la Santé en décembre 1980.

197. Dès 1980, cette réunion<sup>1</sup> des Doyens a eu à se pencher sur leur rôle dans l'attente de l'objectif SPT/2000. Ils ont unanimement admis que ces institutions ont un rôle déterminant à jouer dans l'atteinte de l'objectif social et estimé indispensable d'intégrer les SSP, comme module d'enseignement dans les programmes de formation et de promouvoir la coopération directe entre les universités de la Région.

198. Il s'agit d'une véritable révolution de l'université africaine au service du développement sanitaire. L'université africaine doit s'intégrer à la communauté qui est sa raison d'exister et ne plus être une fin en soi, isolée des nécessités des populations qu'elles doivent servir. Cette révolution nécessite un changement d'esprit et de comportement, principalement de la part des médecins et des enseignants des facultés et instituts des sciences de la santé.

<sup>1</sup> AFR/E&T/141 - Rapport de la Sixième réunion, Brazzaville, 1-5 décembre 1980.

199. La promotion de la formation des agents de développement sanitaire, dans le cadre du réseau des centres nationaux (CNDS) et régionaux de développement sanitaire (CRDS) pour une gestion efficace est une expérience à encourager et à renforcer à l'intérieur de l'espace universitaire.

200. La création de CNDS représente un moyen efficace permettant d'associer davantage les établissements universitaires des sciences de la santé et les Ministères de la Santé en vue de l'élaboration des programmes de formation de la mise en oeuvre des stratégies et de l'évaluation des programmes nationaux de développement sanitaire et social.

201. Le Comité estime qu'il y a lieu de : i) multiplier les rencontres entre les Ministères de la Santé et ceux de l'Education; ii) créer ou renforcer les départements de santé communautaire, et iii) considérer la santé communautaire comme une science de base dans la formation des personnels de santé, en particulier des médecins.

202. Le Comité pense que ce thème comporte une problématique qui peut se mettre sous forme de série de questions fondamentales suivantes, destinées à susciter des réponses en terme d'action à entreprendre :

- i) quelle est la place actuelle de l'université dans le processus de développement sanitaire des pays de la Région ?
- ii) par quels mécanismes la stratégie de la SPT/2000 peut être insérée dans le profil de la formation ?
- iii) comment faire opérer l'intégration des soins de santé primaires dans la formation universitaire ?
- iv) comment articuler les CRDS et le CNDS à l'université ?

- v) quel est le mécanisme adéquat pour l'instauration d'une coordination efficace entre les trois départements : Santé, Plan, Education ?
- vi) quels sont les éléments locaux qui freinent l'acceptation de la stratégie de la SPT/2000 par les formateurs ?
- vii) vers quels types de recherche les universités doivent s'orienter pour le succès de la SPT/2000 ?
- viii) comment parvenir à intéresser les formateurs hésitants du bien-fondé de la stratégie de la SPT/2000 ?
- ix) comment utiliser le mécanisme CTPD pour la formation et la promotion des spécialistes et enseignants des sciences de la santé ?
- x) comment mieux introduire le concept d'interdisciplinarité et de multisectorialité dans l'enseignement de toutes les catégories de personnels de santé ?
- xi) comment convaincre les institutions de formation du fait que le nombre de spécialistes à former doit exprimer les besoins des spécialités.

203. A la suite des discussions, le Comité prend la Décision de procédure 9.

RAPPORT DE SITUATION SUR LA SURVEILLANCE CONTINUE DES PROGRES REALISES DANS LA MISE EN OEUVRE DES STRATEGIES NATIONALES ET REGIONALE DE LA SANTE POUR TOUS EN L'AN 2000

Présentation

204. Ce chapitre du rapport du Sous-Comité qui porte sur le document AFR/RC33/12 est présenté par le Docteur D. Ba (Sénégal), Président du Sous-Comité du Programme.
205. Le plan d'action pour la mise en oeuvre de la stratégie mondiale a été définitivement approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé lors de sa Trente-Cinquième session en mai 1982 et le Comité régional lors de sa trente-deuxième session en septembre 1982. Il envisage un processus continu de surveillance et d'évaluation de la stratégie. Le Directeur régional a invité les Etats Membres à suivre le canevas et format communs envoyés, dès juillet 1982, pour l'évaluation de la mise en oeuvre de leurs stratégies nationales. Il a proposé aux responsables nationaux l'appui du Bureau régional pour les aider à exploiter le canevas et format communs. Les Etats Membres devraient se concentrer, pour ce premier rapport de situation, sur la surveillance de la pertinence de leur politique de santé et sur les progrès réalisés. Il s'agissait de déterminer dans quelle mesure les stratégies ont déjà été formulées et effectivement mises en oeuvre.
206. Le premier rapport de situation des pays devait parvenir avant la fin de mars 1983 au Bureau régional. Au 15 avril 1982, 32 pays avaient envoyé leurs rapports qui ont servi de base au présent document.
207. Le Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS) a examiné ce document lors de sa troisième réunion en mai 1983. Il considère que cette synthèse régionale rend compte, dans l'ensemble, de la pertinence des politiques nationales et régionale de santé et des progrès réalisés dans leur mise en oeuvre. Le CCADS n'a suggéré que quelques corrections de forme.
208. Cette synthèse régionale présente un aperçu d'ensemble des rapports des Etats Membres. En général, les politiques nationales apparaissent pertinentes et des progrès ont été réalisés dans la mise en oeuvre de leur politique nationale, essentiellement dans



les domaines de la participation des collectivités, la réorientation et le recyclage du personnel de santé, les mesures pour l'obtention de subventions et/ou prêts de la CTPD.

209. L'ensemble des pays ont adopté les 12 indicateurs mondiaux, mais peu d'entre eux ont été à même d'en fournir toutes les valeurs nationales, en particulier les indicateurs 3, 4, 6 et 8.

210. La surveillance continue de la stratégie régionale est replacée dans le contexte socio-économique et politique auquel se trouvent confrontés les pays de la Région.

211. La stratégie régionale semble pertinente au regard des directives et des résolutions des organes directeurs. En effet, les directives et résolutions des organes directeurs permettent de juger de l'orientation de la politique sanitaire régionale. Des réaménagements de structures et fonctions du Bureau régional ont permis de répondre aux résolutions des organes directeurs.

212. Les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de la stratégie régionale sont répétés sous quatre rubriques : i) mise en oeuvre des stratégies nationales au niveau des pays; ii) exécution des activités assignées aux Comités régionaux par le plan d'action mondial; iii) activités additionnelles propres au Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, et iv) soutien fourni par le Bureau régional.

213. La mise en oeuvre des stratégies nationales montrent que les progrès varient d'un pays à l'autre, ce qui implique un réexamen de la coopération que doit fournir le Bureau régional.

214. Les activités exécutées par le Comité régional sont conformes à ce qui lui était assigné dans les domaines : i) de la formulation de la stratégie; ii) des besoins en ressources internationales, et iii) de la filiation entre stratégie, Septième Programme général de Travail (PGT.7) et Budget Programme 1984-1985.

215. Les activités additionnelles propres au Comité régional de l'OMS pour l'Afrique ont trait essentiellement au problème de l'Apartheid et de ses conséquences dans les pays de la Ligne de Front. Elles concernent deux points principaux : i) la Conférence

internationale sur l'Apartheid et la Santé; ii) le Programme spécial de coopération avec l'Angola.

216. Le soutien du Bureau régional aux Etats Membres dans la mise en oeuvre de leurs stratégies nationales est rappelé :

216.1 Les structures des projets interpays en planification, programmation, gestion et statistiques démographiques et sanitaires ont été modifiées pour tenir compte de l'appui nécessaire au développement du processus gestionnaire et à la surveillance continue et l'évaluation des stratégies nationales et régionale.

216.2 Le Directeur régional, en transmettant le canevas et format communs en juillet 1982, a rappelé aux pays qu'il tenait à leur disposition, outre les Coordonnateurs des Programmes de l'OMS dans les pays, le personnel du projet interpays ainsi remanié et les fonctionnaires régionaux. C'est ainsi que le personnel a été amené à collaborer avec dix pays pour la préparation de leur premier rapport de situation.

216.3 Les liens entre la Commission économique pour l'Afrique (CEA) et le Secrétariat régional se sont renforcés par la signature d'un Mémoire d'Accord en octobre 1980. Les contacts avec la CEA sur le terrain continuent à être assurés par les Coordonnateurs des Programmes de l'OMS et les Centres opérationnels et de Programmation multinationale (MULPOC). Ils assurent la mise en oeuvre du plan d'action.

216.4 Un projet de plan d'action pour la mise en oeuvre de la stratégie régionale a été élaboré par le Bureau régional sur la base des directives, décisions et résolutions du Comité régional. Il doit permettre aux pays de la Région, au Comité régional et au Directeur régional de mettre en oeuvre, de surveiller et d'évaluer la stratégie régionale, selon le calendrier indiqué dans le plan d'action mondial.

216.5 Le Bureau régional a préparé une synthèse régionale des premiers rapports de situation des pays. Cette synthèse est présentée au CCADS, conformément à son mandat, et soumise au Comité régional, accompagnée des avis de ce Comité.

217. Le problème de la valeur nationale des 12 indicateurs mondiaux se pose. Les valeurs nationales de l'ensemble des 12 indicateurs ne sont disponibles que dans trois cas seulement (sur les 32 réponses des pays), tandis que les autres pays rapportent l'information disponible pour certains d'entre eux seulement.

#### Discussions

218. Le Comité fait siennes les observations du Sous-Comité du Programme concernant : i) la politique sanitaire régionale; ii) les fonctions et structures du Bureau régional; iii) la mise en oeuvre des stratégies nationales; iv) l'exécution des activités assignées au Comité régional; v) le soutien du Bureau régional; vi) les indicateurs et leurs valeurs nationales.

#### Politique sanitaire régionale

219. Dans le cadre de l'évaluation de la pertinence de la politique sanitaire régionale, le Comité a réaffirmé l'impérieuse nécessité de former conjointement les différents membres de l'équipe de santé. Il a rappelé que la formation dans les centres régionaux et nationaux de développement sanitaire de différentes catégories de personnels de santé que sont les agents du développement sanitaire se fait conjointement avec accent particulier sur la formation en processus gestionnaire de développement sanitaire. Par ailleurs, les réunions éducatives organisées par le Bureau régional sont multidisciplinaires.

#### Fonctions et structures du Secrétariat régional

220. Les principaux mécanismes de gestion du Bureau régional peuvent à priori paraître nombreux pour être réellement efficaces et coordonnés. Cependant, ces mécanismes ont remplacé les anciennes structures verticales de gestion des programmes; ils ont été créés pour intensifier le dialogue et la concertation permanente avec les Etats Membres.

221. Le Sous-Comité du Programme est un de ces mécanismes. Son mandat est entre autres de collaborer avec le Directeur régional à la résolution des problèmes résultant de la mise en oeuvre et de l'évaluation du programme régional.<sup>1</sup>

222. La réunion du programme régional est composée des représentants du Sous-Comité du Programme, des Coordonnateurs des Programmes de l'OMS et de tous les fonctionnaires régionaux. Elle étudie les critères et les principes directeurs pour l'élaboration, l'exécution et l'évaluation sanitaire au niveau des pays. Il participe à l'élaboration du Budget Programme.

223. D'autres mécanismes existent et sont tous fonctionnels et permettent au Secrétariat de mieux exécuter les directives des Organes directeurs dans la mise en oeuvre du programme régional.

#### Mise en oeuvre des stratégies nationales

224. L'examen de la mise en oeuvre des stratégies nationales met en évidence des domaines à renforcer. Le Comité note avec satisfaction la création de conseils plurisectoriels de santé à différents niveaux dans la majorité des pays. Cependant, les informations fournies par les pays ne permettent pas de s'assurer qu'ils jouent pleinement le rôle qui leur est dévolu.

225. Le Comité prend note que la CTPD a permis la mise en oeuvre des stratégies nationales et régionale, notamment dans les domaines de la formation, de la lutte contre les maladies, de la production et distribution des médicaments et vaccins essentiels, de la recherche et de la salubrité de l'environnement.

226. La coopération technique entre pays en développement devient une réalité pour la production et la distribution des médicaments et vaccins essentiels.

Le Lesotho a établi une fabrique de produits pharmaceutiques qui fournit les produits génériques au Botswana, Malawi, Mozambique, Zambie, etc. Le Zimbabwe fait de même

---

<sup>1</sup> Document AI/81/2.

par l'intermédiaire des "Central African Pharmaceutical Services" (CAPS).

La Communauté économique des Pays des Grands Lacs (CEPGL) groupe le Burundi, le Rwanda et le Zaïre pour la production et le contrôle de médicaments et vaccins essentiels. Des laboratoires en Ethiopie, Ghana, Kenya, Madagascar, Sénégal et Zimbabwe servent de centres collaborateurs pour le contrôle de qualité des vaccins. Des cours de formation utilisant le mécanisme de la CTPD ont été organisés au Kenya pour faire partager l'expérience de différents pays participant dans le domaine de la distribution des médicaments essentiels dans les zones rurales.

227. Ainsi, des progrès ont été réalisés, à des degrés divers selon les pays, dans la mise en oeuvre de leurs stratégies nationales, que ce soit : i) dans les domaines de l'engagement politique au niveau national; ii) le renforcement du processus gestionnaire pour le développement sanitaire national, y compris le choix des indicateurs pour l'évaluation; iii) la participation des collectivités par l'intermédiaire de conseils, comités et assemblées diverses; iv) l'éducation pour la santé; v) la réorientation et le recyclage des personnels de santé.

#### Exécution des activités assignées au Comité régional

228. Le Comité régional a mis en oeuvre toutes les activités qui lui étaient assignées en conformité avec le calendrier d'exécution. C'est ainsi qu'avant même l'adoption de la stratégie régionale, trois groupes de travail sous-régionaux ont été délimités afin de développer la coopération technique entre pays en développement, mécanisme essentiel dans la mise en oeuvre de la stratégie régionale.

229. La Charte de Développement sanitaire de la Région africaine a été approuvée par le Comité régional en 1979, permettant par sa ratification de faire désormais des pays de la Région des partenaires sociaux du contrat de solidarité qui leur fait obligation de mettre en oeuvre la stratégie de la santé pour tous.

230. Conformément à la résolution AFR/RC32/R7, les Etats Membres ont formulé des plans d'action détaillés pour la mise en oeuvre des stratégies. Sur la base de ces plans d'action nationaux et des résolutions et directives du Comité régional, un plan d'action régional a été élaboré. Le Sous-Comité note avec satisfaction que, dans le cadre de la mise en oeuvre de la résolution AFR/RC32/R6, relative à l'examen du flux international de ressources pour la stratégie régionale de la santé pour tous en l'an 2000, le Directeur régional a créé un projet interpays financé sur les fonds du Programme du Directeur régional pour le Développement. Des membres du personnel de l'OMS ont collaboré avec plusieurs pays de la Région dont le Bénin, le Cap-Vert, la Guinée équatoriale, la Gambie, le Mali, le Rwanda, pour des études sectorielles dans le cadre de la mise en oeuvre du nouveau "programme substantiel d'action pour les années 1980" adopté par la Conférence internationale sur les pays les moins avancés (PMA) qui s'est tenue à Paris du 1er au 14 septembre 1981. Ces études ont été faites en collaboration avec le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) et ont été suivies par des tables rondes des donateurs. Le Bureau régional poursuit sa collaboration avec ces pays pour la formulation des projets à soumettre à des financements extrabudgétaires.

#### Soutien du Bureau régional

231. Des contacts avec la CEA sur le terrain, en particulier avec les Centres opérationnels et la Programmation multinationale (MULPOC) ont été engagés pour :

- i) la production de vaccins et la création d'industrie pharmaceutique (Lusaka),
- et ii) le programme "Femmes et Développement" (Yaoundé). Les Coordonnateurs des Programmes de l'OMS sont invités à resserrer les liens opérationnels avec les centres MULPOC dans les pays où ils sont basés.

232. Les Membres du Comité ont souligné l'importance des activités de recherche sur les services de santé pour la mise en oeuvre de la stratégie de la santé pour tous. Ainsi, le Mali se félicite de l'atelier tenu à Bamako en 1981 et de l'aide fournie à l'Institut national de Recherche en Santé publique pour renforcer le réseau de soutien à la recherche sur les services de santé de la Sous-Région I.

#### Indicateurs

233. Le problème des indicateurs se pose sur tous les aspects généraux :

i) définition des indicateurs; ii) nombre d'indicateurs retenus, et iii) validité des valeurs fournies par les Etats Membres. Les douze indicateurs mondiaux sont définis dans le document "Elaboration d'indicateurs pour la surveillance continue de progrès réalisés, dans la voie de la santé pour tous d'ici à l'an 2000"; adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé. Ces définitions ont été rapportées avec les explications détaillées dans le canevas et format communs envoyés aux Etats Membres pour l'élaboration de leur rapport, premier rapport de situation sur la surveillance continue des progrès réalisés. Le problème réside dans la difficulté pour les pays de fournir les indicateurs.

234. Le nombre des indicateurs a été limité à douze pour des raisons de comparabilité à l'échelon régional et mondial nécessaire à l'élaboration des synthèses à ces deux niveaux. En effet, à ces niveaux, la liste doit être écrite pour que le maximum de pays puissent essayer de les fournir. Il est apparu d'ailleurs que les pays de la Région avaient de grandes difficultés à fournir la valeur nationale de ces douze indicateurs; bien entendu les pays ont leur liste d'indicateurs qui leur permette de suivre la surveillance continue de la stratégie nationale, comme l'a recommandé le Comité régional dans

sa trente et unième session en 1981. Des exemples d'indicateurs additionnels ont été fournis par des pays et une synthèse régionale de ces indicateurs pourra être élaborée au fur et à mesure que les pays auront envoyé au Secrétariat régional.

235. La validité des indicateurs a été abordée sur plusieurs aspects : i) pertinence de l'indicateur en lui-même; ii) pertinence pour la Région; iii) fiabilité des valeurs fournies par les pays.

236. Le Comité connaît les imperfections des indicateurs socio-économiques 3 et 12. Les indicateurs tendent à fournir des informations générales, abrégées mais insuffisantes sur les modifications se produisant au niveau des ménages ou des collectivités rurales, et sur leurs relations avec les changements d'ordre sanitaire. Mais ce sont un parmi des indicateurs socio-économiques, surtout l'indicateur 12 PNB, qui s'obtiennent relativement assez facilement.

237. Il est difficile pour les pays de la Région de fournir le pourcentage du produit national brut (PNB) consacré à la santé (indicateur 3). En effet, il est nécessaire pour effectuer ce calcul, de connaître le PNB (indicateur 12) et de définir les dépenses consacrées à la santé. Ces dépenses sont afférentes à des prestations sanitaires assurées par le Ministère de la Santé mais aussi par des services publics, tels que les Ministères du Travail, de l'Agriculture, de l'Education, du Plan, de la Défense, etc., ainsi que par un régime de sécurité sociale obligatoire ou d'autres organismes d'assurance-maladie; autrement dit, il est recommandé de prendre en compte les dépenses du secteur santé proprement dit et celles des secteurs connexes.

238. Pour l'indicateur 6, il convient de fournir des renseignements sur le volume des ressources extérieures, financières ou autres qui ont été reçues en comparaison du montant total des ressources requises. Il est donc indispensable de mettre en liaison des ressources extérieures avec l'utilisation des ressources du pays, nécessaires à l'instauration de la santé pour tous d'ici à l'an 2000.



239. La proportion de la population ayant accès aux soins de santé primaires (indicateur 7) est calculée sur la base de données difficiles à recueillir car leur collecte demande du temps et, surtout, parce qu'elle ne dépend pas exclusivement du secteur santé. Elle pose le problème de la collaboration entre le secteur santé et les secteurs connexes. L'existence de comités interministériels pourrait favoriser la collecte des informations nécessaires.

240. Cependant, le canevas et format communs donnent des exemples précis à prendre en considération :

- i) proportion de la population disposant d'eau de boisson saine à domicile ou à 15 minutes de marche;
- ii) proportion de la population disposant de soins locaux à une heure de marche ou de voyage;
- iii) proportion de femmes ayant reçu des soins d'un personnel qualifié pendant la grossesse.

241. L'état nutritionnel des enfants (indicateur 8) soulève le problème des valeurs de référence, outre celui de la collecte des données. Des tableaux de référence fournis par l'OMS peuvent servir à mesurer l'impact nutritionnel.<sup>1</sup> Car il est admis que, jusqu'à l'âge de cinq ans, l'influence des facteurs ethniques ou génétiques peut être considérée comme négligeable chez les jeunes enfants. Cependant, des recherches sont entreprises par l'OMS en collaboration avec le Centre international de l'Enfance (CIE) sur des échantillons représentatifs des différents pays de la Région afin d'établir des "normes" régionales; par ailleurs, un centre collaborateur est créé au Sénégal à cet effet.

242. Le taux de mortalité infantile (indicateur 9) est fourni par les pays pour l'ensemble de leur territoire national alors qu'il nécessiterait une fourchette (maximum et minimum des taux enregistrés dans divers groupes de population).

Il en est de même de l'espérance de vie à la naissance (indicateur 10) très lié

---

<sup>1</sup> Annexes 1, 2 et 3 du document "Série de Santé pour tous, No. 4"

au présent et bien souvent extrapolé à partir de celui-ci. Les difficultés dans l'obtention de ces deux taux proviennent de l'absence d'enregistrement d'état-civil dans de nombreuses régions des différents pays.

243. Le Comité reste persuadé qu'à la lumière des résultats des rapports de situation sur la surveillance continue des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies nationales, la liste des douze indicateurs pourrait être révisée. Les Etats Membres indiqueront les indicateurs qui ne leur paraissent pas pertinents avec la justification requise.

#### Valeurs nationales des indicateurs

244. Le Comité note que le premier rapport de surveillance des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies nationales reçu des Etats Membres montre que les valeurs nationales de l'ensemble des douze indicateurs ne sont disponibles que dans trois cas seulement, tandis que les autres pays rapportent l'information disponible pour certains d'entre eux. Au total, 30 pays ont fourni les valeurs nationales des indicateurs même si tous les éléments couverts par ces divers indicateurs n'ont pas été discutés dans le rapport.

245. Des erreurs et des incohérences ont été observées dans quelques rapports. C'est ainsi que des pays ont fourni une estimation de l'indicateur 3 sans donner l'information sur l'indicateur 12 qui est indispensable au calcul de l'indicateur 3. Cette incohérence devrait pouvoir être évitée lors de la prochaine évaluation. De même, l'examen des rapports fournis par les pays montre parfois que des valeurs différentes sont fournies pour la même période par le rapport de situation des pays et le rapport annuel de la Banque mondiale (indicateur 12). D'autres erreurs sont dues à une mauvaise interprétation qui pourrait s'expliquer par le contexte géopolitique différent des pays et devrait être aplani par ce premier exercice.

246. Le Comité estime que des études sur l'utilisation des ressources dans les pays devraient être organisées et révisées périodiquement. Elles permettent d'estimer les ressources requises et de déterminer le volume et le type de ces besoins en

ressources extérieures. Le Comité note avec satisfaction que l'OMS a organisé des réunions de groupe de ressources sanitaires pour les soins de santé primaires au Bénin, en Ethiopie, en Gambie, au Malawi pour la formulation, l'estimation et la planification détaillée de l'enveloppe nécessaire au financement des activités de soins de santé primaires pendant une période déterminée.

247. Par ailleurs, le Comité note que dans le cadre de la mise à jour régulière des stratégies et plans d'action spécifiant les buts à atteindre, beaucoup reste encore à faire et principalement dans le domaine de l'élaboration d'un plan d'action, d'un calendrier prévisionnel et de l'affectation de ressources. En effet, seulement 16 pays ont élaboré un plan d'action national basé sur leur stratégie, six pays ont un calendrier d'exécution et sept ont procédé à une affectation spécifique de ressources. Ces indications devraient permettre d'améliorer les prochains rapports sur la surveillance des projets réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies nationales et régionale de la santé pour tous en l'an 2000.

248. Le Comité prend note qu'en plus des douze indicateurs mondiaux, certains pays ont élaboré des indicateurs additionnels. C'est le cas du Niger qui utilise la quantité de céréales disponibles par tête d'habitant. C'est aussi le cas de la Sierra Leone qui utilise le nombre de lits d'hôpital disponibles ou les actes médicaux dans des maternités ainsi que le pourcentage d'écoles ou d'unités de santé disposant d'eau potable. Ces indicateurs additionnels devront cependant être bien définis pour que les Etats Membres puissent en faire usage.

Conclusions

249. La synthèse régionale des premiers rapports sur la surveillance continue des progrès réalisés dans la mise en oeuvre de la stratégie de la santé pour tous est basée sur la contribution de 32 pays de la Région.

250. Les rapports des Etats Membres montrent dans l'ensemble la pertinence des politiques nationales. Les stratégies nationales de santé mettent l'accent sur les considérations sociales et la prise en charge de leur propre santé par les collectivités.

251. Les pays ont réalisé à des degrés divers des progrès dans la mise en oeuvre de leurs stratégies nationales, que ce soit dans : i) l'engagement politique au niveau national; ii) le renforcement du processus gestionnaire pour le développement sanitaire, y compris le choix des indicateurs pour l'évaluation; iii) la participation des collectivités par l'intermédiaire de conseils, comités et Assemblées diverses; iv) l'éducation pour la santé; v) la réorganisation et le recyclage des personnels de santé.

252. L'amélioration de la coordination à l'intérieur du secteur sanitaire est intervenue grâce à des mesures de restructuration aux niveaux central et intermédiaire, de décentralisation et de définition des tâches à l'intérieur de l'équipe de santé. Le Comité note qu'aucun pays n'a indiqué comment fonctionnent ces mécanismes. De même, le fonctionnement des comités multidisciplinaires et intersectoriels de santé n'a pas été mentionné dans les rapports.

253. La CTPD est un des principaux mécanismes utilisés pour la mise en oeuvre de la stratégie, notamment dans les domaines de : i) la formation; ii) la lutte contre la maladie; iii) l'utilisation des expertises; iv) la production et la distribution de médicaments essentiels et vaccins; v) la recherche, et vi) la salubrité de l'environnement.

254. L'ensemble des pays ont adopté les 12 indicateurs mondiaux mais peu d'entre eux sont à même d'en fournir toutes les valeurs nationales, notamment pour les indicateurs 3, 4, 6 et 8.

255. L'aperçu d'ensemble des rapports des Etats Membres a mis en évidence des domaines à renforcer pour la mise en oeuvre de la stratégie régionale, en particulier dans le développement du processus gestionnaire et de la mobilisation et la gestion des ressources.

256. Le Comité régional a mené à terme les activités à lui assignées en particulier :  
i) Charte de Développement sanitaire; ii) plan d'action pour la mise en oeuvre des stratégies régionales et mondiale; iii) étude du flux international de ressources pour la Région; iv) élaboration du Budget Programme 1984-1985; v) création de programmes spéciaux de coopération avec la République populaire d'Angola, le Tchad, la Guinée équatoriale ainsi que les Mouvements de Libération nationale reconnus par l'OUA (ANC, PAC, SWAPO). Le Comité reste convaincu que toutes ingérences d'une puissance étrangère quelconque dans un pays de la Région ne fait que retarder la mise en oeuvre des stratégies nationales et régionale de la SPT/2000.

257. Le personnel du Bureau régional et du projet interpays pour le développement du processus gestionnaire ont collaboré avec dix pays de la Région, sur leur demande, pour la préparation du premier rapport de situation.

#### Recommandations

258. Le Comité, au terme des discussions, fait les recommandations suivantes :

258.1 Les Etats Membres devront recevoir un appui accru de l'OMS pour établir et/ou renforcer les mécanismes nationaux destinés à développer au moins les 12 indicateurs mondiaux. Ces mécanismes incluent l'identification du type et de la nature des informations nécessaires, leur source et les méthodes de collecte, traitement et analyse, accompagnés de la formation de personnel concerné.

258.2 La formation pratique conjointe du personnel national et de l'OMS en recherche sur les services de santé, en gestion sanitaire et spécialement sur la surveillance continue et l'évaluation des stratégies permettra l'échange d'expériences acquises lors de la préparation du premier rapport. Elle entraînera un éclaircissement des problèmes rencontrés et préparera les évaluations ultérieures prévues au calendrier du plan d'action.

258.3 Un appui doit être fourni aux Etats Membres pour : i) mener les études sur l'utilisation des ressources pour la santé dans les pays afin de déterminer le type et les valeurs des ressources extérieures requises; ii) mieux gérer les ressources mises à leur disposition.

258.4 Les pays devront mieux utiliser les supports du Bureau régional, dans le cadre d'une coopération technique renforcée, pour améliorer, grâce à l'utilisation des résultats de la surveillance continue et de l'évaluation, la préparation et la mise à jour des stratégies et plans d'action nationaux qu'ils ont ensemble définis avec l'OMS.

258.5 Les pays devront identifier et adopter des meilleurs mécanismes pour utiliser les compétences des Coordonnateurs des Programmes de l'OMS dans la mise en oeuvre de leurs stratégies nationales en vue de la santé pour tous en l'an 2000.

259. Le Comité adopte la résolution AFR/RC33/R4.

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

260. Le Docteur J. C. Mohith (Maurice) présente le rapport des membres du Sous-Comité du Programme à des réunions d'intérêt programmatique. Le Comité régional, lors de sa trentième session avait, par la décision de procédure 8, invité les Membres du Sous-Comité du Programme participant à une même réunion programmatique, à présenter un rapport conjoint mettant en évidence les conclusions et recommandations sur le programme régional.

261. En 1982, les membres du Sous-Comité du Programme ont participé à : i) la sixième session du Comité consultatif africain de la Recherche médicale (CCARM); ii) la troisième réunion du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS), et iii) la sixième réunion du Comité permanent de la Coopération technique entre Pays en Développement (CTPD).

Sixième session du Comité consultatif africain de la Recherche médicale (CCARM)

262. L'évaluation du programme régional de promotion et de développement de la recherche a été effectuée suivant les principes directeurs de l'évaluation de l'OMS contenus dans le numéro 6 de la Série "Santé pour tous" et a permis d'en examiner l'état d'avancement et d'en évaluer l'efficacité, l'efficacités et l'impact.

263. Les membres du Comité ont pris note avec satisfaction des nombreuses réalisations enregistrées au cours de la période 1981-1982, grâce à l'appui du Directeur régional, en particulier : i) la nomination de quatre fonctionnaires régionaux chargés de la recherche; ii) la création du Comité de développement de la recherche; iii) la désignation de Coordonnateurs sous-régionaux, et iv) la reconnaissance de 37 centres collaborateurs de l'OMS.

264. Les membres du Comité ont par ailleurs noté que les pays qui ont attribué ou indiqué l'attribution à court terme de fonds à la recherche dans leur budget national/OMS est passé de 6 à 17. Le nombre de pays disposant d'un conseil national de la recherche médicale ou organisme équivalent est passé de 22 à 24.

Troisième réunion du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS)

265. Les membres du Comité ont eu l'opportunité de : i) examiner les programmes à moyen terme (MTP) pour la mise en oeuvre du Septième Programme général de Travail (PGT.7); ii) analyser et vérifier que le calendrier de plan d'action régional de mise en oeuvre de la stratégie régionale de la SPT est conforme aux décisions des Organes directeurs, et iii) examiner la synthèse régionale des rapports de situation sur la surveillance continue des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous en l'an 2000 (SPT/2000).

Programme à moyen terme

266. Pour faire suite aux résolutions WHA35.25 et AFR/RC32/R7, le Directeur régional a procédé à la révision des MTP afin que le PGT.7 soit traduit en MTP avant le début de 1984. Ces MTP ont été envoyés aux Etats Membres afin d'obtenir leur avis dans le cadre de la concertation permanente avec le Bureau régional. Les MTP mis en forme finale serviront à l'élaboration du Budget Programme 1986-1987.

267. Chacun des MTP suit le mode de présentation identique à tous les échelons de l'Organisation. Les objectifs, buts et approches sont pertinents et conformes au PGT.7. Le Comité régional constate que la formulation est adéquate et doit permettre l'appréciation des principales composantes de l'évaluation des programmes. Dans l'ensemble, les activités identifiées sont de nature à atteindre les objectifs et buts indiqués, même si certains types d'activités méritent d'être complétés pour certains programmes.



268. L'évaluation de l'expérience africaine de l'utilisation des nationaux comme Coordonnateurs des Programmes de l'OMS est en cours; le rapport d'évaluation sera soumis au Comité régional en septembre 1984. Par ailleurs, pour les personnels de l'OMS, il existe un règlement du personnel prévoyant la sélection, mais aussi les sanctions en cas de déficience.

269. Les achats groupés des médicaments essentiels et vaccins posent des problèmes qui n'avaient pas été identifiés au début, lorsque cette idée avait été émise. En effet, les difficultés sont de tous ordres : légal, commercial, financier et monétaire. Une étude approfondie est en cours par l'intermédiaire d'une société de consultants.

270. Le Comité estime que les principaux obstacles à la mise en oeuvre du programme élargi de vaccination réside dans : i) l'insuffisance des responsables dans le domaine de la planification/gestion du programme; ii) des contraintes financières; iii) des contraintes liées aux moyens de transport et de communication, au mauvais approvisionnement en vaccins et aussi à l'entretien médiocre de la chaîne de froid. Le Sous-Comité note que ce programme s'intègre progressivement aux activités de santé maternelle et infantile (SMI) déployées au niveau des pays.

#### Plan d'action pour la mise en oeuvre de la stratégie régionale

271. Le plan d'action régional adopte la structure du plan d'action mondial. Dans son préambule, il rappelle les fondements politiques en citant les extraits des résolutions WHA35.25 de la Trente-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé et AFR/RC32/R7 de la trente-deuxième session du Comité régional. Les objectifs et approches régionaux sont ceux de la stratégie révisée à la lumière des développements intervenus depuis son adoption par la trente-deuxième session du Comité régional.

272. Le Comité estime que le calendrier du plan d'action régional est conforme à celui retenu à l'échelon mondial par les Organes directeurs.

Sixième réunion du Comité permanent CTPD

273. Le Comité prend note de la participation des membres du Sous-Comité du Programme à la sixième réunion du Comité permanent CTPD. Il fait siennes les recommandations du Comité permanent CTPD relatives à : i) la formation du personnel; ii) les banques de sang; iii) la surveillance épidémiologique des maladies diarrhéiques; iv) la documentation et l'information; v) le soutien/recours des niveaux tertiaires des systèmes nationaux de santé ; renvoi à l'échelon supérieur des malades ayant besoin d'un traitement et iv) les réunions régulières des Ministres de la Santé de la Sous-Région III.

274. Le Comité s'est interrogé sur l'intérêt de cette participation des membres du Sous-Comité du Programme dans la mise en oeuvre du programme régional. Il reconnaît que cette participation permet de façon remarquable à développer la concertation entre les Etats Membres et d'aider ceux-ci à mieux connaître les mécanismes et le fonctionnement de leur Organisation.

275. Le Comité régional en faisant siennes les recommandations du Sous-Comité du Programme adopte la résolution AFR/RC33/R5.

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

276. Le Docteur M. Brown (Sierra Leone) présente le rapport du Sous-Comité du Programme relatif à ce point de l'ordre du jour qui fait l'objet du document AFR/RC33/9.

277. Le Comité régional lors de sa trentième session, a adopté par la Décision de Procédure 9, le principe de visite de deux responsables de chaque pays d'une Sous-Région CTPD dans deux pays situés dans les autres Sous-Régions. Il a également invité le Directeur régional à appliquer avec toute la souplesse requise le plan 1980-1985 de visites.

278. Au 15 mai 1983, le Directeur régional a reçu les rapports de visites des responsables des huit pays qui se sont rendus dans 11 autres pays de la Région.

279. Malgré le canevas de rapport que le Comité régional a approuvé, lors de sa trente-deuxième session par la Décision 8, la présentation des rapports de visite n'est pas homogène.

280. Le Comité est d'avis qu'il faut éviter de confondre le concept ancien de service de santé de base qui était monosectoriel et le concept de SSP, multisectoriel, axé sur le développement intégré des collectivités et leur participation à la promotion de leur santé. Les potentialités des collectivités ne doivent pas être sous-estimées. Des exemples de participation des collectivités à la planification de leur développement sanitaire et à la gestion administrative et financière dans le domaine des médicaments par exemple, ont été soulignées par le Comité régional.

281. Le Comité reste persuadé que ces visites sont bénéfiques pour les Etats Membres et devraient être renforcées. Cependant, le Comité pense que les résultats attendus de ces visites ne seront probants que si les représentants des Etats Membres ont des responsabilités au niveau de leur pays qui leur permettent de prendre des décisions. Il est souhaitable que les responsables au plus haut niveau et particulièrement les Ministres de la Santé puissent utiliser ce mécanisme dans la mise en oeuvre de leurs stratégies nationales.

282. Le Comité prie le Directeur régional de procéder à l'évaluation de ce mécanisme de visites dans les pays, selon les principes directeurs de l'OMS, afin de mesurer l'adéquation des objectifs et de l'organisation des visites, leur efficacité et leur impact. Cette évaluation devra intervenir à la fin de la période quinquennale 1980-1985.

283. Le Comité adopte la résolution AFR/RC33/R6.

## RAPPORT DU COMITE PERMANENT DE LA COOPERATION TECHNIQUE ENTRE PAYS EN DEVELOPPEMENT

284. Le rapport du Sous-Comité du Programme concernant la Coopération technique entre pays en Développement est présenté par le Dr A. S. M. Lima (Sao Tomé et Príncipe).

Le rapport du Comité permanent de la CTPD figure dans le document AFR/RC33/10.

La sixième session du Comité permanent de la Coopération technique entre Pays en Développement s'est tenue à Brazzaville du 6 au 10 juin 1983.

285. Conformément à la Décision de procédure 10 de la trente-deuxième session du Comité régional, cinq thèmes ont été examinés par les trois groupes de travail sous-régionaux CTPD : i) formation du personnel; ii) banque de sang; iii) surveillance épidémiologique des maladies diarrhéiques; iv) documentation et information; v) soutien/recours des niveaux tertiaires des systèmes de santé.

286. Le groupe de travail de la Sous-Région III a de plus discuté du document élaboré par le Zimbabwe sur les "Réunions régulières des Ministres de la Santé".

287. L'analyse de la situation générale qui prévaut en matière de formation du personnel dans l'optique des stratégies mondiale, régionale et nationales de la santé pour tous d'ici à l'an 2000 a fait ressortir les caractéristiques de la Région africaine.

Des efforts ont été faits dans le développement des politiques nationales en matière de personnels de santé mais, bien souvent, le manque de ressources, en particulier financières, est la cause de la pénurie en personnels de santé qualifiés. Le Comité est d'avis que tous les établissements de formation de toutes catégories devraient bénéficier des mécanismes de la CTPD, car tous les pays ne peuvent s'offrir toutes les catégories de formation.

288. L'examen du document préparé par le Ghana relatif à ses services de transfusion sanguine, montre que la plupart des pays ne disposent pas d'infrastructures adéquates qui répondent aux critères de banque de sang. De l'avis du Comité, l'organisation de véritables banques de sang est freinée par l'absence ou l'inadéquation des ressources en personnels et des ressources technologiques. Dans le domaine technologique, la CTPD pourrait intervenir par exemple dans la fabrication, au niveau régional ou sous-régional, de "contenants en verre" destinés au recueil et à la conservation du sang.

289. Le Comité est d'avis que les maladies diarrhéiques constituent un grave problème de santé, nécessitant une attention particulière de la part des pays. Ces maladies sont en effet liées au problème d'approvisionnement en eau, à l'assainissement et aux pratiques d'alimentation des enfants. Le Comité souligne l'importance de coordonner les activités relatives à l'eau, à l'assainissement, à la nutrition et aux maladies diarrhéiques, ceci d'abord au niveau national, afin que les autres pays puissent bénéficier de l'expérience ainsi réalisée. De même, l'accent est mis sur la nécessité de coordination entre les différents secteurs concourant au développement socio-économique du pays.

290. L'importance des statistiques sanitaires et des informations socio-sanitaires dans la mise en oeuvre et la surveillance des stratégies nationales en vue de la santé pour tous d'ici à l'an 2000 est soulignée. Pour la mise en oeuvre et l'évaluation des stratégies, des informations relatives à un nombre limité d'indicateurs doivent être collectées et traitées. L'accent devant être mis sur ces informations, toutes les ressources en personnel et les ressources en matériels doivent être concentrées sur ces informations qui pourront, de ce fait, devenir plus fiables.

291. Le problème de l'inadéquation des systèmes de santé dans un certain nombre de pays engendre l'évacuation des malades vers des centres spécialisés ou mieux équipés, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du pays. Cette évacuation, surtout à l'extérieur du pays, est jugée très onéreuse, en particulier quand elle se fait vers l'Europe. Les problèmes d'ordre social, matériel et de communication doivent être étudiés soigneusement afin que tous les pays puissent bénéficier des institutions des pays de la Région.

292. Le Comité souligne l'impérieuse nécessité pour les Ministres de la Santé de la Sous-Région III de se réunir régulièrement pour débattre des questions importantes qui leur sont communes et d'évaluer l'état d'avancement de la mise en oeuvre des résolutions collectivement adoptées.

293. Le Comité fait sienne les recommandations du Comité permanent CTPD relatives :

- i) à la formation du personnel;
- ii) aux banques de sang;
- iii) à la surveillance épidémiologique des maladies diarrhéiques;
- iv) à la documentation/information;
- v) au soutien recours des niveaux tertiaires des systèmes nationaux de santé, et
- vi) aux réunions éventuelles des Ministres de la Santé, après étude par le Directeur régional, dont le rapport sera présenté en temps opportun au Comité.

#### Formation du personnel

294. Les Etats Membres devront :

- i) renforcer la coopération intersectorielle dans la formation des personnels de santé pour mieux utiliser le personnel une fois formé;
- ii) organiser des réunions périodiques à l'échelon sous-régional des Directeurs des institutions groupées en réseau coopératif;
- iii) réorienter les programmes de formation vers les secteurs prioritaires : SSP, lutte antivectorielle, santé publique, zoonoses, assainissement, pollution, santé des travailleurs, contrôle des denrées alimentaires, formation des formateurs;

- iv) mettre au point des plans de développement et d'utilisation des personnels à l'occasion des réunions annuelles des Groupes sous-régionaux CTPD grâce à la communication directe entre les pays, la liaison avec le Bureau régional et l'échange de visites;
- v) favoriser les échanges d'information dans les domaines suivants : soins de santé primaires, formation des formateurs, formation post-universitaire;
- vi) élaborer une politique de développement de personnel de santé pour la Région africaine dans la stratégie de l'objectif social de la santé pour tous d'ici l'an 2000;
- vii) organiser des séminaires nationaux, des ateliers et stages de formation avec la participation de nationaux d'autres pays d'une même sous-région;
- viii) communiquer régulièrement au Directeur régional leurs priorités en matière de formation pour identification et placement dans les centres de formation des pays voisins;
- ix) porter à l'attention du Bureau régional, pour diffusion au niveau des pays de la Région, les progrès réalisés dans la mise en oeuvre des mécanismes de la CTPD.

#### Banques de sang

295. Les Etats Membres devront :

- i) renforcer les banques de sang existantes;
- ii) créer au moins une banque de sang nationale;
- iii) encourager les dons de sang bénévoles, grâce à l'établissement de politiques, plans et programmes nationaux concernant les services de transfusion sanguine;
- iv) utiliser au mieux les mécanismes CTPD, y compris l'échange de consultants entre les pays afin d'aider à installer des banques nationales de sang dans les pays qui en expriment le désir.

296. Le Directeur régional devra coopérer avec les Etats Membres qui le souhaitent pour l'établissement de centres de transfusion sanguine équipés pour la préparation de produits sanguins, de récipients en verre neutre et la formation de personnels qualifiés dans la collecte, le contrôle, la conservation et la distribution du sang.

Surveillance épidémiologique des maladies diarrhéiques

297. Les Etats Membres devront :

- i) coordonner les activités relatives à l'eau, à l'assainissement, à la nutrition et au contrôle des maladies diarrhéiques;
- ii) organiser des cours de recyclage pour les personnels de santé de niveaux primaire et secondaire sur la collecte et la notification des données concernant les maladies diarrhéiques;
- iii) motiver et mobiliser les collectivités pour améliorer la surveillance épidémiologique des maladies diarrhéiques;
- iv) intégrer la lutte contre les maladies diarrhéiques dans les programmes nationaux de surveillance épidémiologique des maladies transmissibles;
- v) former, en étroite coopération avec le Bureau régional, des statisticiens et épidémiologistes de haut niveau pour la collecte et le traitement des données.

298. Le Bureau régional devra :

- i) coordonner et appuyer les efforts entrepris par les Etats Membres, dans le cadre des organismes sous-régionaux (OCEAC, CEPGL, OCAM, CILSS, Institut du Sahel, Commonwealth Health Secretariat, etc.), pour améliorer la surveillance épidémiologique des maladies diarrhéiques, notamment aux frontières;
- ii) poursuivre sa collaboration avec les Etats Membres dans l'élaboration de programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques.



Documentation/Information

299. Les Etats Membres devront introduire les éléments pertinents d'information sanitaire dans les programmes de formation des différentes catégories de personnel de santé, du fait de leur importance dans la gestion sanitaire et la surveillance épidémiologique.

300. Les Etats Membres qui se sont proposés de produire des documents de travail pour les réunions des groupes de travail sous-régionaux devront les soumettre dans les délais impartis.

301. Le Directeur régional devra :

- i) en collaboration avec les Etats Membres, organiser périodiquement des cycles de formation continue sous forme de cours, séminaires et ateliers au niveau sous-régional;
- ii) mieux soutenir, par le système d'information du Bureau régional, les systèmes nationaux d'informations sanitaires pour corriger les lacunes observées.

Soutien/Recours des niveaux tertiaires des systèmes nationaux de santé :  
renvoi à l'échelon supérieur des malades ayant besoin d'un traitement

302. Les pays de la Région devront mettre leurs ressources en commun de telle sorte qu'une formation spécialisée puisse être assurée dans la Région elle-même. Le Directeur régional devra :

- i) dresser un inventaire des ressources disponibles dans la Région au niveau tertiaire des soins de santé;
- ii) diffuser ce document aux Etats Membres.

303. Par ailleurs, le Comité régional invite les Etats Membres à renforcer leur appui aux Mouvements de Libération nationale reconnus par l'OUA et à leur accorder les facilités en ce qui concerne les traitements de leurs malades au niveau local ou leur transfert si nécessaire vers d'autres pays de la Région pour des soins spécialisés.

Réunion des Ministres de la Santé de la Sous-Région III

304. Pour faire suite aux discussions qui ont lieu dans la Sous-Région III, les Ministres de la Santé de la Sous-Région pourraient choisir les solutions suivantes :

- i) réunion des Ministres de la Santé tous les trois ou quatre ans;
- ii) réunion soit avant, soit pendant, soit immédiatement après la réunion du Groupe de Travail CTPD de la Sous-Région;
- iii) réunion dans un des pays de la Sous-Région, à une date à déterminer, le premier pays serait tiré au sort et l'ordre alphabétique des noms des pays serait adopté pour les lieux des réunions ultérieures;
- iv) réunion précédant de peu ou suivant les Assemblées mondiales de la Santé ou les sessions du Comité régional, réduisant ainsi les frais d'organisation.

305. Le Comité prie en outre le Directeur régional d'étudier le mécanisme de réunions des Ministres de la Santé dans le cadre de la CTPD, et de lui faire rapport.

Sujets à inscrire pour 1984-1985

306. Le Comité régional, lors de sa trente-deuxième session, par la Décision 10, a retenu les thèmes suivants pour 1984 :

- i) organisation de la SMI et CTPD (Mauritanie);
- ii) étude des effets des échanges industriels (Nigéria);
- iii) Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement, évaluation à la mi-décennie (tous les pays et AFRO).

307. Le Comité régional retient les thèmes additionnels suivants pour les discussions des Groupes de Travail sous-régionaux pour 1984 :

- i) médecine traditionnelle et pharmacopée africaine (Guinée et Madagascar);
- ii) coordination intersectorielle dans les soins de santé primaires sous l'angle de la CTPD (Ouganda).

308. Le Comité retient également les thèmes suivants pour les discussions des Groupes sous-régionaux CTPD pour 1985 :

- i) Formation des travailleurs des SSP, y compris les accoucheuses traditionnelles (Cameroun);
- ii) Hygiène dans les formations hospitalières (Niger);
- iii) Financement de la santé et relations entre les organismes donateurs et les pays bénéficiaires (Lesotho et Niger);
- iv) Evaluation de la mise en oeuvre des SSP depuis Alma-Ata (Lesotho);
- v) CTPD et lutte antipaludique (Maurice);
- vi) Bilan des progrès réalisés en matière de soins aux handicapés, depuis l'Année internationale des Handicapés (Zambie).

#### Renouvellement du Comité permanent

309. Conformément à la résolution AFR/RC29/R9, le mandat de la Haute-Volta arrive à expiration. Ce pays est remplacé par le Libéria après tirage au sort.

310. Le Comité adopte la Décision de procédure 8.

311. Le Comité régional décide d'amender le paragraphe 2 du dispositif de la résolution AFR/RC29/R9 comme suit : "Accepte la proposition du Comité permanent CTPD et décide que les membres dudit Comité seront à partir de 1984 renouvelés par quarts, par tirage au sort, les trois premières années et ensuite, à l'expiration de leur mandat dont la durée est fixée à quatre ans. Le pays sortant ne sera rééligible que lorsque tous les pays de la Sous-Région auront siégé au Comité permanent".

## RAPPORT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES 1983

312. Le Dr Carlos Alberto Pirès Tiny, Président des discussions présente au Comité le document AFR/RC33/13 (Annexe 11) élaboré à partir des rapports des trois groupes de travail : anglophone - francophone - trilingue. Ces groupes ont choisi comme Président : l'Honorable Dr E. R. Nkwasiwe (Ouganda), Dr Evariste Hakizimana (Rwanda) et Dr Antonio Pedro Delgado (Cap-Vert). Le Comité avait déjà élu comme Rapporteurs Dr Nimi Ambrosio Divenguele (Angola), Dr Chaïbou Beja Abdou (Comores), et Dr Daniel Makuto (Zimbabwe).

313. Les groupes réunis le 17 septembre 1983 ont étudié le document AFR/RC33/TD/1 préparé par M. S. A. Amo du "Ghana Institute of Management and Public Administration (GIMPA)" et le Dr B. Ramarason de l'Université de Madagascar.

314. Dans sa présentation, le Dr C. A. P. Tiny, Président des discussions techniques avait souligné les raisons du choix du sujet, les problèmes gestionnaires par l'approche intersectorielle et multidisciplinaire des SSP vus dans le contexte global du développement socio-économique. La collaboration entre les différents ministères de restructurer les ministères de la santé ainsi que la nécessité de l'esprit d'équipe ont été évoquées.

315. Les discussions des trois groupes de travail ont porté sur les sept questions fondamentales soulevées par le document de travail. Les observations suivantes ont été faites.

Situation actuelle de la gestion des SSP

316. La plupart des administrations ont une structure rigide, centralisée, monosectorielle, cloisonnée. Il faut procéder à la décentralisation, instituer une coordination avec les autres départements et instituer le dialogue avec les communautés.

Textes légaux et réglementaires pour l'approche intersectorielle

317. Le groupe a souligné la nécessité de disposer de ces textes légaux et réglementaires sur les activités de SSP; ils doivent résulter d'une volonté politique prise à un très haut niveau.

Mécanisme permettant d'appuyer l'approche intersectorielle

318. Les participants sont d'avis que l'approche intersectorielle exige la participation de tous les secteurs intéressés à la planification, à la mise en oeuvre, à la surveillance continue et à l'évaluation des programmes SSP, et l'acceptation de ces programmes par la collectivité. Ils estiment que le Ministère de la Santé doit rester responsable des programmes de santé. Certains mécanismes pour appuyer l'approche intersectorielle ont été suggérés : décentralisation de la prise de décision pour les SSP, formation de groupes de coordination intersectorielle et multidisciplinaire avec la pleine participation des collectivités, intégration des programmes ou exécution conjointe de projets, mise en place d'un groupe conjoint pour examiner les programmes. Le soutien informationnel est jugé nécessaire.

Amélioration de la coordination et de la collaboration entre les services du Ministère de la Santé

319. Les participants déplorent le manque de coordination et de collaboration au sein même du Ministère de la Santé. Ils proposent, pour y remédier : l'amélioration de la collecte et de la diffusion d'informations pertinentes, l'encouragement de la délégation de pouvoirs au personnel subalterne compétent comme prélude à la décentralisation.

Formation à la gestion pour faciliter l'approche intersectorielle

320. Les participants ont attaché beaucoup d'importance à cette question. Ils reconnaissent que l'approche fondée sur les SSP exige un changement d'attitude et de conception chez tous les agents chargés du développement et la création d'un esprit d'équipe.

321. Afin d'y parvenir, ils ont proposé : la réorientation des programmes de formation, en introduisant des cours de gestion pour les personnels de santé, et des notions de SSP pour les personnels d'autres secteurs.

Soutien informationnel pour la mise en oeuvre des SSP

322. Tout au long des discussions, l'importance de l'appui informationnel a été soulignée. Certains mécanismes ont été proposés : renforcement de la CTPD, multiplication d'ateliers interpays pour promouvoir les SSP et pour faciliter l'échange d'information et d'expérience. D'autres activités ont été suggérées.

DESIGNATION DU PRESIDENT ET DU PRESIDENT SUPPLEANT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES POUR 1984

323. Conformément à la résolution AFR/RC20/R10 du Comité régional lors de sa vingtième session et de l'expérience acquise en la matière,<sup>1</sup> le Président de la trente-troisième session propose au Comité la désignation du Dr Fasuluku Suku Tamba et de M. Ali Mohamed Shoka, respectivement comme Président et Président suppléant des discussions techniques lors de la trente-quatrième session.

CHOIX DU SUJET DES DISCUSSIONS TECHNIQUES POUR 1985

324. Le Directeur régional propose au choix du Comité les sujets suivants pour 1985 :

- i) Bilan de la CTPD dans le domaine de la santé depuis la Conférence de Buenos-Aires.
- ii) Recherche sur les systèmes de santé : instrument de promotion et de développement des soins de santé primaires.
- iii) Législation sanitaire : son rôle comme facteur de développement des systèmes de santé et de promotion de la salubrité de l'environnement.
- iv) Approche des SSP pour la promotion et la protection de la santé des travailleurs de l'agriculture durant la Décennie du développement industriel en Afrique.
- v) Prévention des invalidités et réhabilitation physique, mentale et sociale.

<sup>1</sup> Paragraphe 222 du rapport final de la trente-deuxième session du Comité régional, 1982, p. 59.

325. Le Comité est d'avis que tous les sujets proposés sont pertinents et rentrent dans les préoccupations des Etats Membres dans leurs efforts de développement et de réorientation de leurs systèmes nationaux de santé en vue de la Santé pour tous en l'an 2000.
326. Il a été suggéré par l'Ethiopie le thème : "Femme et développement sanitaire".
327. Le Comité considère que la recherche sur les systèmes est une stratégie efficace dans la promotion et le développement des soins de santé primaires. Il retient donc le thème 2 ainsi libellé : "Recherche sur les systèmes de santé : instrument de promotion et de développement des soins de santé primaires".
328. Ce point de l'ordre du jour a fait l'objet de la Décision de procédure 11.

#### RAPPORT DU SOUS-COMITE DE VERIFICATION DES POUVOIRS

329. Le Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs s'est réuni le 15 septembre 1983. Il était composé des représentants des 12 Etats Membres suivants : Angola, Cap-Vert, Tchad, Congo, Libéria, Madagascar, Mauritanie, Rwanda, Sao Tomé et Principe, Seychelles, République unie du Cameroun et Zimbabwe. Il a élu Mme R. Revera (Seychelles) comme Présidente.
330. Le Sous-Comité a examiné les pouvoirs soumis au Directeur régional et reconnu la validité des pouvoirs présentés par 42 Etats Membres.
331. Ce point de l'ordre du jour fait l'objet de la Décision de procédure 4.

#### DATES ET LIEUX DES TRENTE-QUATRIEME ET TRENTE-CINQUIEME SESSIONS DU COMITE REGIONAL

332. Le Directeur du Programme de Soutien présente au Comité le document AFR/RC33/16. Il attire son attention sur la Décision de procédure 7 prise à Libreville en 1982 de tenir la trente-quatrième session à Luanda en 1984. Il rappelle l'aimable invitation de la Zambie pour 1985 et celle du Niger pour ses autres prochaines sessions. Il fait part au Comité de la lettre en date du 29 août et reçue au Bureau régional le 7 septembre 1983 par laquelle Son Excellence le Ministre de la Santé de la République populaire d'Angola informe le Directeur régional de l'impossibilité pour son pays

d'accueillir la trente-quatrième session du Comité régional en raison de l'intensification des agressions du régime raciste d'Afrique du Sud. Le Comité comprend parfaitement la situation difficile que traverse actuellement l'Angola et souscrit à la requête du Gouvernement.

333. Le Comité décide de tenir sa trente-quatrième session à Brazzaville en septembre 1984 et la trente-cinquième session à Lusaka (Zambie) en septembre 1985.

334. Le Comité prend la Décision de procédure 13.

#### CONCLUSIONS

335. Les conjonctures politiques et socio-économiques du biennium 1981-1982 sont caractérisées par l'insécurité politique, admirablement illustrée par les grandes et petites peurs de cette fin du vingtième siècle.

336. Les grandes peurs du siècle que sont les guerres et les effets indésirables de la technologie sur le développement social dérivent pour la plupart de l'irresponsabilité des uns et de l'intolérance, voir l'égoïsme des autres. Certains pays de la Région ont des problèmes politiques qui les exposent à la surenchère des hégémonies de notre temps. Certains d'entre eux ont connu plusieurs épisodes de guerre civile et les ingérences, tant extérieures qu'intérieures ne laissent présager d'un avenir meilleur.

337. L'Afrique australe se débat pour survivre entre l'effort de guerre que lui impose l'anachronique empire de l'apartheid et l'indispensable effort de développement à poursuivre.

338. Les multiples visages de l'insécurité totale qui sévit en Afrique sont autant raisons pour poursuivre le difficile combat pour instaurer la santé pour tous les peuples.

339. Les stratégies nationales, régionale et mondiale, ainsi qu'un plan d'action pour la mise en oeuvre de ces stratégies ont été élaborés.

340. La signature de la Charte de Développement sanitaire par la totalité des gouvernements de la Région est une manifestation éloquente d'une détermination collective à instaurer un nouvel ordre sanitaire national.



341. Le Comité s'est félicité des visites que le Directeur régional a effectuées dans 23 pays en application des directives de la trente-deuxième session du Comité régional. Ces visites ont permis des discussions fructueuses avec les autorités nationales sur la mise en oeuvre de leur plan d'action de développement sanitaire en vue d'atteindre l'objectif social de la santé pour tous en l'an 2000.
342. Le renforcement de l'autoresponsabilité au niveau national dans le cadre du plan de mise en oeuvre des structures de l'OMS eu égard à ses fonctions s'est poursuivi sous différentes formes durant le biennium. L'amélioration de l'appui technique et logistique aux programmes nationaux de santé nécessite le renforcement du processus de concertation avec les Etats Membres afin de les tenir informés des disponibilités de l'OMS pour un tel appui.
343. Le Comité s'est félicité de l'envoi d'une mission du Comité régional en République populaire d'Angola en octobre 1981 conformément au paragraphe 5 du dispositif de la résolution AFR/RC31/R12. Il regrette la modicité des efforts de solidarité régionale faits par les Etats Membres.
344. La surveillance de la situation sanitaire et de ses tendances nécessite des mécanismes permettant de recueillir des informations pertinentes et de les utiliser pour analyser le système de santé ainsi que la situation sanitaire et ses tendances.
345. Les Etats Membres ont poursuivi, grâce à l'appui de l'OMS, leurs efforts dans la réorganisation et le développement de l'ensemble du processus gestionnaire.
346. Le projet de convention portant création du Conseil africain pour la Formation et la Promotion de Spécialistes et Enseignants des Sciences de la Santé (CASESS) enregistre les signatures de 13 pays. Le Comité invite les gouvernements à appliquer les décisions prises à la trente-deuxième session du Comité régional.
347. Le Comité a manifesté l'intérêt croissant qu'il accorde à la protection et à la promotion de la santé des travailleurs.

348. La production locale des médicaments essentiels, y compris les vaccins demeure l'une des grandes préoccupations et l'accent est fortement mis sur l'utilisation des mécanismes de la CTPD pour réduire le coût de l'implantation d'industries pharmaceutiques.

349. Le programme de lutte contre l'onchocercose dans le bassin de la Volta se poursuit et des résultats encourageants ont été enregistrés en dépit des contraintes que connaît le programme avec le phénomène de la réinvasion et l'apparition d'une résistance des deux espèces de simule.

350. Le Comité donne au Directeur régional des directives précises concernant :

i) le développement et la direction d'ensemble des programmes de l'OMS; ii) l'organisation de systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires; iii) la promotion et le développement de la recherche, y compris la recherche sur les comportements qui favorisent la santé; iv) la protection et la promotion de la santé de groupes de population particuliers; v) la promotion de la salubrité de l'environnement, et vi) la technologie diagnostique, thérapeutique et de réadaptation.

351. Le Directeur régional a fait rapport sur le développement et la coordination de la recherche biomédicale et sur les services de santé mettant l'accent sur : i) les mécanismes gestionnaires institués au Bureau régional; ii) la recherche sur la nutrition; iii) la recherche sur les services de santé; iv) le programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine; v) le programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, et vi) le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques.

352. Les propositions du Directeur régional relatives aux modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé et la soixante et onzième session du Conseil exécutif ont fait l'objet de directives du Comité régional.

353. Les ordres du jour des Organes directeurs sont reflétés dans l'ordre du jour provisoire de la trente-quatrième session du Comité régional.

354. La méthode de travail de l'Assemblée mondiale de la Santé a fait l'objet d'un débat nourri. Le Comité a pris à cet effet une décision de procédure qui devra faciliter la tâche de la Trente-Septième Assemblée mondiale de la Santé, conformément à la résolution WHA36.16.

355. Le Comité a porté une attention particulière au thème des discussions techniques à la Trente-Septième Assemblée mondiale de la Santé : "Le rôle des universités dans les stratégies de la santé pour tous". Le Directeur régional transmettra la contribution du Comité au Directeur général.

356. La participation des Membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique a été appréciée par le Comité qui a fait siennes les recommandations du Sous-Comité du Programme.

357. Le premier rapport de situation sur la surveillance continue des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies nationales et régionale de la santé pour tous fait ressortir les progrès réalisés dans : i) la mise en oeuvre des stratégies nationales au niveau des pays; ii) l'exécution des activités assignées aux Comités régionaux par le plan d'action mondial; iii) les activités additionnelles propres au Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, et iv) le soutien fourni par le Bureau régional.

358. Les visites d'étude des responsables des Etats Membres dans d'autres pays de la Région ont retenu l'attention du Comité qui recommande au Directeur régional d'envisager l'évaluation de ces visites à la fin du plan quinquennal.

359. Le rapport du Comité permanent CTPD a fait l'objet de discussions fructueuses. Le Comité invite les Etats Membres à mettre en oeuvre ses recommandations et à mieux utiliser les mécanismes de la CTPD pour résoudre les problèmes relatifs : i) à la formation du personnel; ii) aux banques de sang; iii) à la surveillance épidémiologique des maladies

diarrhétiques; iv) à la documentation/information; v) au soutien/recours des niveaux tertiaires des systèmes nationaux de santé, et vi) à la réunion des Ministres de la Santé.

360. Le Comité régional a pris note du rapport des discussions techniques qui avaient pour thème "Implications gestionnaires de l'approche intersectorielle et multidisciplinaire dans la mise en oeuvre des soins de santé primaires.

361. Le Comité régional décide de tenir sa trente-quatrième session au Siège régional à Brazzaville (Congo) et sa trente-cinquième session à Lusaka (Zambie). Il note l'aimable invitation de la République du Niger de tenir sa trente-septième ou trente-huitième session à Niamey.

362. L'ensemble de ces conclusions et directives montre à suffisance comment le Comité régional pour l'Afrique traduit en actions concrètes de développement sanitaire les décisions prises collectivement. Le Comité assure ainsi ses fonctions constitutionnelles de surveillance continue et de contrôle.

#### CLOTURE DE LA SESSION

363. Le Docteur L. Gomes Sambo, Vice-Ministre de la Santé de la République populaire d'Angola prend la parole au nom de l'ensemble des délégations. Il exprime au nom de toutes les délégations la profonde gratitude du Comité régional à Son Excellence le Colonel Denis Sassou-Nguesso, Président de la République, au Parti congolais du Travail, au Gouvernement et à la République populaire du Congo pour l'importance qu'ils ont accordé à cet événement et pour le chaleureux accueil dont ils ont été l'objet.

364. Il souligne le sérieux, la compétence, la détermination dont ont fait preuve les délégations pour étudier un ordre du jour aussi chargé et aussi bien élaboré. L'élan pour le grand saut qualitatif que représente la mise en oeuvre du Septième programme général du Travail (1984-1989) vient d'être pris devait-il souligner.

Il termine son allocution en remerciant chaleureusement tous ceux qui ont contribué au succès de cette session du Comité régional et plus particulièrement le Directeur régional et son équipe du Secrétariat qui ont travaillé inlassablement pour que l'efficacité soit la qualité dominante de toutes les séances.

365. Dans son allocution de clôture, Son Excellence M. D. Boussoukou-Boumba, Président de la trente-troisième session déclare que les débats ont été sérieux et sincères et les résultats de cette session satisfaisants.

366. Le rapport biennal du Directeur régional pour la période 1981-1982 et celui du Sous-Comité du Programme, avec les discussions qu'en ont résulté éclairent davantage sur l'importance du travail qui s'effectue au Bureau régional et l'attention que les Etats Membres doivent accorder aux réunions du Sous-Comité du Programme, aux visites des responsables des Etats Membres dans d'autres pays de la Région dans le cadre de la coopération. Il souligne que l'oeuvre immense que les Etats doivent réaliser pour le développement socio-sanitaire ne devrait s'arrêter et qu'il faut maintenir l'engagement auquel les Etats Membres ont souscrit librement en adoptant la Charte de développement sanitaire.

367. Il termine en souhaitant aux honorables délégués un bon retour dans leurs pays respectifs et un travail fécond en vue de la Santé pour tous d'ici à l'an 2000.

**ANNEXES**



## ANNEXE 1

ALLOCUTION DU DR JEAN-PIERRE OKIAS, MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET  
DE LA POPULATION DE LA REPUBLIQUE GABONAISE

Monsieur le Président de la République,  
Monsieur le Directeur régional,  
Messieurs les Membres du Gouvernement,  
Messieurs les Membres du Corps diplomatique,  
Messieurs les Délégués,  
Mesdames et Messieurs,

1. C'est pour moi et surtout pour le Gabon, mon pays, un très grand honneur autant qu'un réel plaisir d'accueillir à notre séance d'ouverture de la trente-troisième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, le Président de la République populaire du Congo, le Colonel Denis Sassou-Nguesso.

2. Monsieur le Président, malgré vos lourdes charges, vous avez tenu à être parmi nous ce matin, ce qui nous réconforte et nous encourage. Aussi, votre présence réhausse-t-elle grandement la solennité de cette cérémonie inaugurale tout en prouvant une fois de plus, l'engagement politique de votre Gouvernement et l'intérêt personnel que vous n'avez cessé de témoigner en faveur des problèmes sociaux et, particulièrement ceux touchant à la santé des populations de votre pays.

Monsieur le Président,

3. Avant de poursuivre mon propos, je m'en voudrais d'omettre de vous prier de bien vouloir être notre interprète auprès du Peuple congolais, de son Parti, ainsi que son Gouvernement, pour leur transmettre nos vifs remerciements et nos sentiments de gratitude, non seulement pour le puissant appui logistique accordé à notre Organisation, mais aussi, et surtout, pour l'hospitalité et l'accueil chaleureux et fraternel qui nous ont été réservés depuis notre arrivée à Brazzaville.

Monsieur le Président,

Monsieur le Directeur régional,  
Messieurs les Membres du Gouvernement,  
Messieurs les Membres du Corps diplomatique,  
Messieurs les Délégués,  
Mesdames et Messieurs,

4. La trente-troisième session du Comité régional s'ouvre ce matin, faisant suite aux dernières assises tenues du 15 au 22 septembre 1982 à Libreville, Gabon.



Annexe 1

5. Cette rencontre a constitué une étape importante dans l'évaluation des voies et moyens en vue de l'atteinte de l'objectif social que nous nous sommes fixé. Depuis lors, des efforts considérables ont été consentis à la fois par les Etats Membres et le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique.

6. En effet, les Etats Membres de la Région sont conscients que le compte à rebours a déjà commencé et que seulement 17 ans nous séparent de l'an 2000. Par ailleurs, la fin de la présente décennie marque le terme de l'échéance des objectifs prioritaires en matière de nutrition, d'approvisionnement en eau potable, d'assainissement et de programme élargi de vaccination.

7. Malgré la conjoncture économique défavorable et ses répercussions négatives sur la santé, les gouvernements des Etats Membres ont tenu à réaffirmer leurs nouvelles orientations en matière de politique sanitaire en formulant des stratégies nationales basées sur les soins de santé primaires, maître-moyen pour atteindre l'objectif social fixé.

8. Le Président en exercice de la trente-deuxième session du Comité régional a effectué une mission d'information et d'étude en Angola, au Burundi et au Zimbabwe. Il a pu ainsi se rendre compte des efforts consentis par des pays dans la mise en oeuvre de leurs stratégies nationales de la santé pour tous et des activités des soins de santé primaires qui la sous-tendent. Il s'est également informé sur les perspectives du renforcement de la coopération technique entre les pays de la Région, ainsi que de l'appui que notre Bureau régional apporte aux pays.

9. Des Ministres responsables de la Santé dans leur pays ont pris l'heureuse initiative de visiter le Bureau régional, ce qui leur a permis de se familiariser avec la structure et le fonctionnement de cet instrument privilégié de la coopération sanitaire en Afrique. J'en ai moi-même été l'heureux bénéficiaire, ce dont je sais gré le Directeur régional et l'ensemble du Secrétariat.

10. Nous remarquons avec satisfaction, qu'au cours de l'année écoulée, les Etats Membres, en collaboration avec leur Organisation, ont poursuivi l'exécution des décisions prises collégalement au sein des organes délibérants.

11. Ainsi, le premier rapport d'évaluation des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies nationales et régionale de la Santé pour tous d'ici l'an 2000 est-il soumis à la présente session.

12. Les programmes à moyen terme pour la mise en oeuvre du Septième Programme général de Travail ont été élaborés, deux centres régionaux pour le développement sanitaire ont été créés, l'un à Harare (Zimbabwe) et l'autre à Maputo (Mozambique). Une mission d'experts recommandée par le Comité régional s'est rendue au Tchad, autant d'actions importantes parmi tant d'autres qui illustrent le dynamisme de notre Bureau.

Annexe 1

13. Il faut malheureusement constater que tous ces efforts seraient vains sans paix ni sécurité. En effet, il existe çà et là des éléments perturbateurs qui retardent la marche vers la santé pour les peuples de nombre d'Etats Membres. La solidarité africaine dans le cadre de la coopération technique entre pays en développement doit jouer son plein rôle pour apporter aide et assistance aux pays concernés.
14. Au nom de toutes les délégations, je tiens à remercier le Directeur régional pour son action inlassable pour appuyer les Etats Membres dans leurs efforts visant à atteindre l'objectif social de la santé pour tous d'ici l'an 2000.
15. Je tiens également à dire combien j'apprécie le travail remarquable effectué par le Sous-Comité du Programme visant conformément à son mandat, à faciliter les travaux du Comité régional.
16. Oui Monsieur le Président, conformément à l'objectif social que les Etats Membres de l'OMS se sont librement assignés avec l'an 2000 comme horizon et non comme date fatidique, le compte à rebours a vraiment commencé.
17. Nous devons redoubler d'efforts pour que les soins de santé primaires soient une réalité vivante au niveau des collectivités, en particulier les plus défavorisées. Il faut que l'action prenne le pas sur la parole.
18. En accomplissant les dernières tâches qui m'incombent, je formule le voeu que les efforts engagés se poursuivent sans relâche afin que l'Afrique tout entière ne manque pas le rendez-vous de l'an 2000. Il s'agit là d'un défi à la fois politique, social et économique.

Monsieur le Président de la République,

19. Veuillez une fois de plus accepter l'expression de notre profonde gratitude pour l'insigne honneur que vous nous avez fait en venant présider personnellement l'ouverture de la trente-troisième session du Comité régional pour l'Afrique. Ceci est un témoignage éloquent de l'importance que vous ne cessez d'accorder à la santé en tant que partie intégrante du développement.
20. Pour terminer, je souhaite plein succès aux présentes assises pour que triomphent la solidarité et la coopération inter-africaine.

Vive la Santé pour tous d'ici l'an 2000.

## ANNEXE 2

ALLOCATION D'OUVERTURE DU DR COMLAN A. A. QUENUM  
DIRECTEUR REGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUEQui sont les agents du développement sanitaire ?

## INTRODUCTION

Monsieur le Président de la République populaire du Congo,

1. Permettez-moi de m'acquitter d'un agréable devoir, celui de vous remercier très sincèrement du grand honneur que vous nous faites en assistant personnellement à l'ouverture de cette trente-troisième session du Comité régional. Celle-ci se tient à Brazzaville, capitale de votre beau pays, juste après la commémoration du vingtième anniversaire des Trois Glorieuses Journées de l'historique Révolution congolaise. Elle se situe en même temps à une croisée des chemins de notre longue marche vers l'objectif social de la santé pour tous en l'an 2000 (SPT/2000). Puisque le compte à rebours a commencé, la présentation et l'examen du premier rapport sur la surveillance continue et l'évaluation des stratégies de la SPT nous montreront clairement qu'en dépit de multiples contraintes, notre objectif social est en train de passer du mythe aux réalités. Aucun progrès dans le domaine de la santé n'aurait été possible sans la ferme volonté politique exprimée par tous les Etats Membres de cette Région. Votre auguste présence parmi nous est le témoignage vivant de la réalité de cette auto-détermination pour l'auto-responsabilité en matière de santé. Par delà un simple geste protocolaire, nous voulons surtout retenir de cette présence la manifestation authentique de cette volonté politique dont les agents du développement sanitaire ont tant besoin pour mettre en oeuvre efficacement les stratégies définies.

2. Et ce n'est pas par hasard que nous avons choisi cette année de nous interroger sur un thème peu connu "Qui sont les agents du développement sanitaire ?"

3. Et c'est aussi en raison de la nécessité de jeter un regard neuf sur le vieux thème de la formation des personnels de santé que nous sommes heureux de saluer la présence parmi nous de toutes les autorités politiques, diplomatiques et académiques.

Messieurs les Membres du Bureau politique du PCT,  
Messieurs les Membres du Comité central du PCT,  
Messieurs les Ministres, Excellences, Mesdames, Messieurs,

4. Nous vous recevons aujourd'hui à votre Siège régional en tant qu'agents et combattants de la santé pour tous. Et dans le cas où vous auriez encore le moindre doute, je m'en vais m'empresse de calmer votre impatience. Qu'entendons-nous auparavant par agents du développement sanitaire ?

Annexe 2

QU'EST-CE QU'UN AGENT DU DEVELOPPEMENT SANITAIRE ?

5. L'agent, c'est celui qui agit, détermine, opère et produit une action. En tant qu'exécutant il est tout à la fois ferment et moteur. C'est aussi un animateur. Pour François Perroux,<sup>1</sup> "l'agent est une organisation et une individualité; il vit en société et il décide, c'est-à-dire combine ses variables-moyens et ses variables-objectifs selon son information et ses potentialités, en recourant à sa mémoire pour former son projet".

6. L'agent du développement sanitaire sera donc l'organisation ou l'individualité qui par ses actions vise à promouvoir l'épanouissement de l'état de complet bien-être physique, mental et social de chacun et de tous. Le processus du développement sanitaire devient ainsi l'interaction des agents entre eux dans le temps irréversible qui est porteur de changements. Ceux-ci affectent chaque agent, les relations entre les agents, les techniques de production et d'échanges et les rapports entre ceux-ci et leurs usagers. Comme vous pouvez le constater, les agents du développement sanitaire auxquels nous nous adressons vont au-delà des professionnels ou auxiliaires membres de l'équipe de santé.

7. Cette définition étendue de l'agent du développement sanitaire va nous permettre d'approfondir la réponse à notre interrogation initiale "Qui sont les agents du développement sanitaire ?". Nous avons choisi d'utiliser comme grille d'analyse les partenaires du contrat social de la SPT. Ce sont les populations, les gouvernements des Etats Membres et l'OMS. Qu'en est-il tout d'abord des populations ?

#### LES POPULATIONS

8. Celles-ci comprennent les individus, la famille et les collectivités.

9. L'individu a-t-il une quelconque responsabilité dans la promotion et la protection de son état de santé ? La réponse est certes oui. Nous n'avons jamais autant répété ces dernières années que la santé est d'abord la responsabilité de chaque individu. Nous le disons par expérience et par conviction. Nous n'avons manqué aucune occasion pour rappeler à chacun qu'il devait adopter des styles de vie appropriés qui ne soient pas nuisibles à son état de santé. Notre programme d'information et d'éducation pour la santé vise à promouvoir de nouveaux comportements et modes de vie sains. Ils doivent faciliter la prise en charge par l'individu de sa propre santé. L'action de développement sanitaire commence à la maison et se poursuit tant à l'école qu'à l'entreprise. A la maison, il agit au sein de la famille.

---

<sup>1</sup> Perroux, F. - Pour une philosophie du nouveau développement, 1 vol., Aubier Edit., p. 96.

Annexe 2

10. Le rapport d'Alma-Ata<sup>1</sup> indique clairement que les membres de la famille sont souvent les principaux fournisseurs de soins de santé. Nous souhaitons vivement que d'ici l'an 2000 chaque famille africaine puisse disposer du minimum requis pour être capable de fournir les premiers soins à domicile et de savoir adresser au niveau d'orientation/recours approprié les cas qui dépassent sa compétence. Les membres de la famille se comportant ainsi deviennent d'authentiques agents du développement sanitaire. Dans ce contexte, les femmes, les personnes du troisième âge et les jeunes peuvent être amenés à jouer un rôle de premier plan. Les femmes peuvent concourir puissamment à promouvoir les soins de santé notamment en veillant à l'application de mesures préventives. C'est bien ce qu'ont démontré clairement ces dernières années les activités menées dans le cadre du programme "Femmes, santé et développement".<sup>2</sup> Les associations féminines de la communauté peuvent être encouragées à discuter des problèmes concernant la nutrition, les soins aux enfants, l'assainissement et la planification familiale. Ces mêmes organisations doivent stimuler l'intérêt des femmes pour d'autres activités susceptibles d'améliorer la qualité de la vie communautaire. C'est le moment de rappeler une fois de plus que la santé d'une communauté est moins le résultat des seules actions du secteur de la santé, résultante dynamique des interactions entre celui-ci et d'autres secteurs du développement socio-économique. C'est conscient de cette nécessité que nous n'avons jamais cessé d'insister sur une approche multisectorielle et multidisciplinaire qui seule peut introduire de la cohérence dans notre action de développement sanitaire. Moyennant le règlement de certains préalables suivant différents contextes culturels, les personnes âgées peuvent assumer de nombreuses tâches qui devront contribuer à l'amélioration de leur propre santé et à celle de la communauté. A la maison comme à l'école, un programme d'éducation bien conçu pourra faire comprendre très tôt aux jeunes ce qu'est la santé, comment l'instaurer et comment elle concourt au développement. C'est notre devoir, après de malheureuses expériences, de convaincre les jeunes qu'entre le tabac et l'alcool, ils doivent choisir la santé si tant est qu'ils sont conscients de la nécessité de donner un sens à leur vie. La cellule familiale nous introduit déjà au niveau des collectivités plus larges.

11. Les collectivités, à quelque niveau qu'elles se situent, peuvent par une organisation communautaire efficace accomplir de substantiels progrès en matière de santé. Que de fois n'ai-je pas été agréablement surpris en visitant maints pays des potentialités insoupçonnables des collectivités tant urbaines que rurales. Une fois convaincues de la nécessité de se prendre en charge et organisées méthodiquement elles sont prêtes à payer le prix

<sup>1</sup> OMS/FISE, 1 vol., 1978, p.70

<sup>2</sup> Quenum, C. A. A. - Dynamique sanitaire du dualisme villes-campagnes en Afrique, in: Mondes en développement, 10 (40), 1982, pp. 571-572.

Annexe 2

qu'il faut pour promouvoir et protéger leur propre santé. Les acteurs des technostructures étatiques doivent de plus en plus faire confiance aux capacités d'auto-détermination et d'auto-responsabilité des collectivités. Les agents de santé communautaire comme tous les autres professionnels de la santé qui sont partie intégrante des collectivités doivent apprendre à travailler en équipe et à s'instruire à leur contact. C'est l'effort que nous déployons en vain dans les centres nationaux et régionaux de développement sanitaire. La résistance au changement est le plus solide des freins à l'élaboration de programmes pertinents de formation en partant de l'analyse des besoins réels des collectivités, de la détermination des tâches de chaque membre de l'équipe de santé et de la définition des objectifs d'enseignement/apprentissage. Notre plus grande frustration vient des maigres progrès accomplis dans ce domaine en dépit des nombreuses ressources investies. Que de conférences-ateliers, que de projets pilotes sans le moindre impact. Les comportements des professionnels de la santé ont été des plus curieux.

12. Sont professionnels ceux-là qui connaissent "par la main et par l'esprit, toutes les subtilités de leur métier, n'ignorent aucune des techniques envisageables, sont attentifs à s'informer constamment sur les nouveaux perfectionnements, sont en mesure d'innover, sont capables de concevoir, d'entreprendre, d'achever toutes les tâches que ce métier implique".<sup>1</sup> Des infirmiers/infirmières/sages-femmes aux médecins en passant par les ingénieurs sanitaires, les pharmaciens, les dentistes, ils apparaissent plus souvent comme des professionnels de la médecine que ceux de la santé. Ils sont trop souvent polarisés par les symptômes et les médicaments en oubliant les dimensions sociales de l'action sanitaire. Notre grand défi est de vouloir préparer pour l'avenir de véritables professionnels de la santé qui soient conscients de la nécessité de travailler en équipe avec d'autres travailleurs sociaux, tels que les éducateurs sanitaires, les gestionnaires et les acteurs d'autres secteurs de développement. Les recommandations de la Conférence internationale d'Alma-Ata ont mis l'accent requis sur la formation de personnels dans le secteur de la santé et les secteurs connexes pour les soins de santé primaires. Les gouvernements ont-ils respecté individuellement les décisions prises collectivement ?

## LES GOUVERNEMENTS

13. Quelques efforts ont été accomplis ici et là. Ils ne nous paraissent pas assez énergiques pour former de véritables agents du développement sanitaire capables de susciter les mutations indispensables à notre action révolutionnaire. Combien de gouvernements ont-ils entrepris ou soutenu la réorientation ou la formation de toutes les catégories de personnel existant à commencer par les enseignants ?<sup>2</sup> Combien d'institutions

<sup>1</sup> Lesourne, J. - Les mille sentiers de l'avenir, 1981, Seghers Edit., p. 357.

<sup>2</sup> OMS/ETSE. op. cit., pp. 29-30.

Annexe 2

d'enseignement/apprentissage ont osé élaborer des programmes révisés pour la formation de nouveaux personnels de santé communautaires ? Les médecins et les infirmières reçoivent-ils une formation sociale et technique qui les motive à servir la communauté ? Combien de gouvernements ont-ils pris les mesures appropriées aptes à stimuler les différentes catégories de personnels de santé qui sont appelées à travailler dans des conditions difficiles et pénibles ? Qu'en est-il des possibilités de perfectionnement et d'éducation permanente ? Quels types de personnels de santé hautement qualifiés des niveaux secondaires et tertiaires appuient les soins primaires ?

14. Dans le domaine de la coordination intrasectorielle et intersectorielle, combien de gouvernements sont parvenus à lever les étanches cloisons qui, entre divers ministères, s'opposent encore à l'approche multisectorielle et multidisciplinaire si indispensable aux actions de développement sanitaire ? Combien de gouvernements sont-ils réellement convaincus que la santé est bien un volet du développement socio-économique ? N'est-ce pas à juste titre qu'on a pu dire que la plupart de nos ministères de la santé sont plutôt des ministères de la maladie ? Si nous sommes amenés à nous poser encore de telles questions fondamentales, c'est que nous avons l'impression que dans bien des Etats Membres, les actions de développement sanitaire ne sont pas en harmonie avec la rhétorique. Les Ministres de l'Agriculture, de l'Education, des Transports et des Communications, des Travaux publics, du Plan, etc., se considèrent-ils comme des agents du développement sanitaire ? Sont-ils convaincus que les résultats atteints dans leur secteur ont des implications sur le développement sanitaire des collectivités et vice-versa ? Sans cette conscience aiguë des nouvelles dimensions de la santé, ils seront constamment hantés par le scepticisme. Je rappelle avec force que la santé pour tous ne se ramène pas à la médecine pour tous. Tous les membres d'un gouvernement doivent se considérer comme autant d'agents du développement sanitaire intéressés, à différents titres, à l'épanouissement de l'état de bien-être physique, mental et social des collectivités. Qu'en est-il du troisième partenaire : l'OMS ?

## L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS)

15. En l'occurrence, vous êtes de meilleurs juges. Néanmoins, il est de mon devoir de déclarer tout haut que votre Secrétariat a fait tout ce qui est en son pouvoir pour vous aider à réorienter vos systèmes nationaux de santé fondés sur les soins de santé primaires (SSP). Nous avons commencé par restructurer les mécanismes de gestion de votre Bureau régional en dépit des nombreuses résistances aux changements. Nous avons appris au fil de ces difficiles années de lutte à savoir avec J. Bernard que "notre esprit s'accommode mal du changement perpétuel. Cette remise en cause permanente des structures de la vie paraît inconfortable, choquante. L'homme aime la stabilité ou l'immobilisme. C'est pourtant dans

Annexe 2

une trame sans cesse mouvante que s'inscrit l'histoire biologique de l'humanité".<sup>1</sup> Comme la santé est partie intégrante de cette histoire, nous devons continuer à promouvoir l'application systématique du processus gestionnaire pour le développement sanitaire, pour la recherche sur les services de santé et les sciences sociales. Nous poursuivrons nos efforts en ce qui concerne les centres nationaux et régionaux pour le développement sanitaire. Nous continuerons d'aider de plus en plus d'institutions des sciences de la santé à réorienter leurs programmes de formation en y introduisant un module SSP. L'expérience malienne de l'appui tertiaire des enseignants de l'Ecole de Médecine aux SSP pourrait être étendue à d'autres établissements qui le souhaiteraient. Le but du rapport sur la surveillance continue et l'évaluation des stratégies de la SPT/2000 est moins de collecter et de diffuser des informations que d'aider les Etats Membres à surveiller et à évaluer leurs propres stratégies.

16. Jamais nous n'aurons été autant convaincus par François Perroux dans la philosophie du nouveau développement<sup>2</sup> que "la ressource humaine doit être célébrée comme la ressource des ressources". Seul l'homme convaincu, motivé peut se mobiliser pour assurer à coup sûr le nouveau développement sanitaire. Et il se situe au niveau de tous les secteurs qui contribuent à l'amélioration du bien-être de chacun et de tous. En Afrique, nous avons moins besoin de plaquer sur notre situation présente et future un schéma de la croissance équilibrée que d'améliorer la capacité de produire et d'innover des collectivités pour élever durablement leur niveau de vie. Pour illustrer cette nécessité de créativité, de productivité et de volonté de changement de son destin sanitaire, veuillez écouter en guise de conclusion l'histoire de la corbeille swazi.

DE LA CORBEILLE DU CHEF SIPHO SHONGWE AU CENTRE DE SANTE  
COMMUNAUTAIRE DE MOTJANE

17. La communauté de Motjane au Souaziland a décidé pour de multiples raisons de construire son propre centre de santé rural ("clinic") afin de bénéficier des soins de santé primaires. Sous la conduite éclairée du dynamique Chef Sipho Shongwe, toute la communauté composée de plusieurs familles éloignées les unes des autres s'est mise au travail en comptant d'abord sur ses propres forces. Outre les ressources locales et nationales, le Chef Shongwe n'a manqué aucune occasion pour susciter l'appui de la communauté internationale. Aucune contrainte n'a pu altérer la détermination de l'équipe animatrice en dépit de nombreuses frustrations. Lors d'une mission officielle au Souaziland, le Ministre de la Santé, le Dr Samuel Hynd m'a amené le 24 avril 1982 à visiter le chantier afin d'apprécier par moi-même l'effort fait par une communauté motivée et décidée à relever le défi de la SPT/2000.

<sup>1</sup> in: Le sang des hommes, 1 vol., Buchet/Chastel Edit., 1981, p. 204.

<sup>2</sup> op. cit.



Annexe 2

La fin de la visite est suivie d'un spectacle culturel et d'un mot de bienvenue et de remerciements pour être venu apprécier leur propre effort. Le Chef Shongwe termine son message en me remettant une corbeille swazi qui devait me servir à collecter les fonds encore nécessaires pour achever la clinique pour fin juin 1982. Vous imaginez combien grande a été ma surprise et profond mon embarras. Prenant mon courage à deux mains, je réponds au Chef Shongwe et à la communauté que j'ai bien saisi le sens profond de leur message. J'ai promis de ne pas faillir à ma mission reçue directement pour la première fois d'une communauté. L'OMS, votre Organisation, sera la première à apporter sa contribution pour ne pas décevoir votre attente et vous faire douter de notre détermination à tous à atteindre l'objectif de la SPT/2000. Après bien de vicissitudes, la communauté de Motjane est arrivée à bout de ses peines. Le 27 juillet 1983, c'est dans l'allégresse générale que nous avons inauguré le centre de santé communautaire de Motjane. Vous trouvez dans la trame de l'histoire de la corbeille de Motjane les principaux invariants du développement sanitaire : la volonté politique nationale, la conscience de la santé comme droit social, la détermination de la communauté à subvenir à ses propres besoins en ne comptant que secondairement sur l'aide extérieure, l'efficacité de l'organisation communautaire, le sens de la responsabilité et de la participation de la collectivité, et j'en passe. Je souhaite que partout en Afrique chaque collectivité devienne une communauté du développement sanitaire comme celle de Motjane. Et la santé pour tous ne sera plus une utopie en l'an 2000.

Je vous remercie de votre bien aimable attention.

ALLOCUTION PRONONCEE PAR SON EXCELLENCE, LE COLONEL DENIS SASSOU N'GUESSO,  
PRESIDENT DU COMITE CENTRAL DU PARTI CONGOLAIS DU TRAVAIL,  
PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE, CHEF DE L'ETAT,  
PRESIDENT DU CONSEIL DES MINISTRES DE LA REPUBLIQUE POPULAIRE DU CONGO

Monsieur le Président de la trente-deuxième session  
du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique,

Madame la Présidente du Conseil exécutif,

Monsieur le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique,

Excellences Messieurs les Ambassadeurs,

Honorables délégués,

Mesdames, Messieurs,

Chers Camarades,

1. La République populaire du Congo est honorée de votre présence ici et vous adresse ses souhaits de bienvenue. C'est avec un réel plaisir qu'au nom du peuple congolais, de son Parti et de son Gouvernement, et en mon nom personnel, nous saluons les assises de la trente-troisième session du Comité régional de l'OMS à la cité du Djoué. Nous voudrions renouveler au Docteur H. Mahler, Directeur général de l'OMS, qui se joindra à vous dans quelques heures, nos chaleureuses félicitations pour sa brillante réélection à la tête de l'Organisation et nos sincères encouragements pour les efforts qu'il déploie inlassablement en faveur de la santé des populations. Nous tenons également à présenter nos hommages à Madame Law, Présidente du Comité exécutif.

Monsieur le Président,

2. La République populaire du Congo a toujours apprécié et appuyé les efforts de conception, d'élaboration et de synthèse déployés par l'Organisation mondiale de la Santé. Ces efforts louables ont récemment abouti à l'adoption de l'objectif de la "Santé pour tous d'ici à l'an 2000", par l'application de la stratégie des soins de santé primaires.

3. Nous nous félicitons des mesures jusqu'ici prises par l'OMS concernant particulièrement l'appui technique et financier dont les pays au sud du Sahara ne cessent de bénéficier dans la mise en oeuvre de leurs programmes d'action et nous voudrions, à cet effet, vous rappeler, Monsieur le Directeur régional, que votre action en faveur de nos populations en vue de la réalisation de l'objectif de santé par le peuple et pour le peuple mérite tout notre soutien.

4. Le choix aujourd'hui, des "Implications gestionnaires de l'approche intersectorielle et multidisciplinaire" comme thème des discussions techniques en est un exemple concret pour la formation des agents de développement sanitaire, véritables animateurs des programmes de la stratégie spécifique de formulation et d'exécution des soins de santé primaires.

Annexe 3

5. Par ailleurs, la Charte de Développement sanitaire pour la Région africaine adoptée à Brazzaville, voici trois ans, constitue aussi une preuve manifeste de la volonté politique de nos gouvernements de mener un combat commun pour faire accéder tous les peuples de notre continent à un état de santé acceptable dans la perspective d'une "Santé pour tous d'ici à l'an 2000".

6. Mais, si nous sommes convaincus du bien-fondé de cette démarche, nous devons reconnaître que la concrétisation de l'engagement pris ne se fait pas sans heurts, car elle exige souvent des moyens qui dépassent largement les ressources disponibles. Parmi ces obstacles, nous retiendrons notamment :

- l'insuffisance ou le manque de personnels qualifiés, voire leur mauvaise répartition sur le territoire national;
- l'inégale implantation des formations sanitaires entre la ville et la campagne;
- le sous-équipement des services et l'absence de moyens logistiques;
- enfin, l'insuffisance des crédits de fonctionnement.

Monsieur le Président,  
Messieurs les délégués,

7. En République populaire du Congo, la prise de conscience des problèmes de santé se traduit par l'expression de la volonté politique dégagée, notamment depuis les grandes orientations du Troisième Congrès extraordinaire du PCT tenu en mars 1979. Les directives alors assignées dans le domaine de la santé et des affaires sociales fixent clairement les objectifs à atteindre qui sont pour chacun d'eux des programmes entiers devant susciter et promouvoir des interactions intersectorielles pluridisciplinaires de développement intégré.

8. Il s'agit, en fait, grâce à l'action concertée des secteurs de l'agriculture, du tourisme et de l'environnement, des travaux publics, de l'énergie, des transports, de l'éducation et des finances, de développer les soins de santé de base en faveur de tout le peuple et plus particulièrement des plus déshérités, d'accorder la priorité à la médecine préventive par une lutte efficace contre les maladies transmissibles et de réduire l'incidence des endémo-épidémies, de lutter contre la malnutrition, de promouvoir l'éducation pour la santé et de développer l'information sanitaire par l'utilisation des médias et avec le concours des organes spécialisés du Parti et de l'Etat.

Annexe 3

9. A cette fin, nous préconisons la mise sur pied, au niveau des quartiers, des districts et des villages, des Comités plurisectoriels devant regrouper des cadres du Parti, de l'Etat et des Organisations de masse. Ces Comités, qui mobiliseraient le peuple autour des objectifs bien précis, seraient chargés de mener une action globale de développement, de transformation de l'environnement physique, économique, social et humain, dans le cadre d'un système sanitaire intégré.

10. Le Troisième Congrès extraordinaire de notre Parti a également insisté sur la nécessité d'un effort soutenu et accru en faveur de la santé de la famille, unité de base de la collectivité, avec un accent particulier sur la santé de la mère et de l'enfant. Cette insistance s'est étendue à l'assainissement de nos villes et de nos villages, à l'approvisionnement en eau potable des populations les plus démunies, surtout à la périphérie des villes et dans les zones rurales, à la nécessité de promouvoir la médecine traditionnelle par l'intégration des guérisseurs dans notre système sanitaire, de développer la recherche sur les plantes médicinales utilisées au Congo, afin d'en connaître les vertus et les principes actifs.

11. Enfin, les directives du PCT mettent l'accent sur l'amélioration de nos structures sanitaires (hôpitaux, centres de santé et dispensaires), aussi bien sur le plan de leurs équipements que sur celui de la qualité des soins, sur la formation du personnel, la politique du médicament, la définition d'une nouvelle politique sociale axée sur le développement communautaire et l'action en faveur des personnes handicapées. Dans cette perspective, notre préoccupation première a été d'entreprendre sur l'ensemble du pays des activités intégrées qui donnent une place de choix aux soins de santé primaires.

12. Cette démarche nous a permis, lors de l'élaboration du programme de santé dans le cadre de notre premier Plan quinquennal de développement socio-économique 1982-1986, d'envisager une approche intersectorielle et multidisciplinaire, à partir d'un premier groupe de 158 villages-centres, au niveau desquels nous pensons développer et promouvoir des activités communautaires.

13. Pour ce faire, la définition de l'inventaire des cibles prioritaires nous a paru indispensable et évidente, afin de poursuivre résolument les efforts déjà entrepris. Il convient de rappeler à cet effet :

Annexe 3

- la lutte contre les maladies transmissibles et plus spécialement les endémo-endémies, cause fréquente de mortalité;
- l'approvisionnement en eau potable;
- l'assainissement du milieu par l'amélioration des conditions d'hygiène générale et de l'environnement au niveau des collectivités regroupées et organisées.

14. En ce qui concerne le médicament, malgré les problèmes épineux que vous connaissez, notre action a été de promouvoir une politique de sélection d'approvisionnement et de gestion avec le concours inestimable de la Direction régionale de l'Organisation mondiale de la Santé. C'est ainsi qu'a été constituée une liste de 87 médicaments essentiels.

15. Le développement communautaire dans la nouvelle conception sociale, appelle l'attention non plus sur les faiblesses des individus dans l'analyse et la résolution des problèmes sociaux, mais sur les défaillances des institutions sociales et les problèmes d'adaptation des structures de la société dûs au rapide changement des besoins des hommes.

16. Ainsi donc, l'axe principal de notre politique sociale consiste à promouvoir l'intégration effective de les couches de la société au processus de développement.

17. Il apparaît, par ailleurs, à partir d'un constat fait sur l'ensemble du territoire, que la résolution des problèmes sociaux par une approche curative et individualisée est inefficace et surtout inadaptée, car elle suscite des comportements de dépendance.

18. De même, la recherche systématique d'équipements sophistiqués dans un environnement technologiquement inadapté peut être source de blocage et de déconvenue.

19. C'est pourquoi nous avons opté pour une approche préventive qui doit mener à la prise de conscience par les collectivités elles-mêmes de leurs propres potentiels et de la nécessité d'une action concertée et participative, qui tienne compte de l'interdépendance entre l'économique et le social.

20. Outre ces efforts nationaux, nous considérons comme indispensable le concours des pays plus développés et une coopération plus étroite entre pays en développement. Sur ce plan, la République populaire du Congo, ouverte au dialogue et aux rapports de bon voisinage, se réjouit de la compréhension mutuelle qui se dégage des contacts pris avec ses partenaires; le programme de nutrition en cours de développement dans tous les pays et celui de la lutte contre la schistosomiase par exemple, tirent leurs bienfaits de cette coopération.

Annexe 3

21. Dans ce même cadre, la coopération technique entre pays en développement, notamment ceux de la Sous-Région 2 et les Etats Membres de l'OCEAC, nous a permis de réaliser des progrès sensibles dans la lutte contre les fléaux endémo-épidémiques tant à l'intérieur des Etats qu'à leurs frontières, d'entretenir et d'améliorer nos échanges d'informations.

22. Tout ce qui précède démontre combien la République populaire du Congo s'attache à la poursuite des objectifs fixés par l'OMS, et notamment à celui cher à tous les pays : "Santé pour tous d'ici à l'an 2000".

Monsieur le Président,  
Messieurs les délégués,

23. Dans un monde où sévissent la crise économique et les tensions de toutes sortes, peut-on réellement parler de santé ?

24. La lutte que nous menons a plusieurs fronts. C'est pourquoi, la République populaire du Congo se réjouit de voir l'OMS considérer la libération politique, économique et sociale comme la condition sine qua non de la réalisation de l'objectif "Santé pour tous d'ici à l'an 2000".

25. Nous sommes persuadés que, malgré les contraintes, nous avançons, lentement peut-être, mais en tout cas de manière inexorable vers notre objectif social. C'est à ce niveau qu'avec vous, Monsieur le Directeur régional, nous situons le problème de l'agent de développement sanitaire qui n'est pas seulement l'individu, voire la collectivité nationale, mais également la collectivité internationale qu'il convient de saisir dans ses multiples facettes.

26. Je souhaite que vos travaux soient couronnés de succès.

27. Vive l'Organisation mondiale de la Santé.

28. Je déclare ouverte la trente-troisième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

Je vous remercie.

## ANNEXE 4

ALLOCUTION DU DOCTEUR H. MAHLER  
DIRECTEUR GENERAL DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Le marathon pour la santé pour tous

Monsieur le Président,  
Excellences,  
Honorables représentants,  
Mesdames et Messieurs,  
Chers collègues et amis,

Surveillance continue des stratégies africaines de la santé pour tous

1. Qui aurait pu penser lorsque s'est engagé notre dialogue à ce Comité régional voici dix ans qu'il se passerait tant de choses en l'espace d'une décennie ? Car les changements intéressants la santé qui sont intervenus ces dernières années en Afrique sont vraiment remarquables. Il n'en est que plus décevant de constater tout ce qui reste à faire. Il y a peu de temps, les médias ne tarissaient pas d'éloges sur la performance d'un athlète qui avait amélioré de deux centièmes de secondes le record mondial du 100 mètres. Et je ne pouvais m'empêcher de me demander : qu'est-ce qui va suivre ?
2. J'avais le même sentiment en réfléchissant au développement de la santé en Afrique ces dernières années. Vous allez examiner à cette session les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de vos stratégies de la santé pour tous. La lecture du rapport que vous avez sous les yeux m'a donné l'impression - purement subjective - que l'Afrique avait poussé un sprint remarquable en direction de la santé pour tous et que le moment était maintenant venu de prendre un second souffle et de nous préparer au marathon pour l'an 2000. Car c'est bien ce qui nous attend - un marathon. Et nous devons nous rappeler qu'il reste moins de 17 ans.
3. Qu'est-ce qui a été réalisé depuis qu'ont été engagées les nouvelles politiques de santé ? Le but de la santé pour tous en l'an 2000 a été adopté à l'unanimité et la Charte africaine de Développement sanitaire a été signée par tous les pays d'Afrique. Les principes faisant de la santé un droit fondamental de l'homme et rendant les gouvernements responsables de la santé de la population ont été proclamés dans les constitutions nationales ou dans les déclarations des Chefs d'Etat de presque tous les pays. Le droit et le devoir de la population de participer à l'établissement du système de santé ont été officiellement reconnus dans plus de trois quarts des pays africains. Ce sont en soi des résultats remarquables; de plus ils se sont produits en l'espace de très peu d'années - le sprint que j'ai mentionné il y a un instant. Mais, j'en viens maintenant à la réalité telle

Annexe 4

qu'elle est. A peine plus d'un tiers des pays ont un plan d'action pour appliquer leur stratégie et seulement quinze pour cent environ ont établi un calendrier et prévu les affectations de crédits. Moins encore peuvent justifier la manière dont les ressources extérieures appuient leur stratégie. Vous voyez donc la longue course qui nous attend.

La longue course

4. Nous sommes bien préparés à cette course. Nous avons une technologie suffisante pour la plupart de nos besoins, même si nous devons inlassablement continuer d'essayer de l'améliorer et de faciliter son application. Mais je crains qu'il ne s'agisse d'une course à obstacles. Ces obstacles me paraissent essentiellement de trois ordres : tensions politiques, récession économique, infrastructure sanitaire.

5. Je ne peux me rappeler une période de l'histoire de l'humanité exempte de tensions politiques. Si cela avait eu un effet dissuasif, nous n'aurions jamais mis en route nos stratégies ambitieuses de la santé pour tous. Mais je continue de maintenir que nous pouvons faire beaucoup plus pour convaincre les Chefs d'Etat à force d'insistance et d'opiniâtreté que l'amélioration de la santé de leur peuple est un bon investissement politique pour ne pas parler des avantages sociaux et économiques qui en résulteront. Je sais que les Chefs d'Etat sont harcelés par des technocrates obstinés leur rabâchant que la santé est un simple produit de consommation qui draine les maigres ressources du pays. Peut-être y avait-il du vrai dans cela lorsque tout ce que nous avions à offrir étaient des soins médicaux individuels - encore que cela soit à mon humble avis hautement discutable - mais ce n'est certainement plus vrai maintenant que nous avons une stratégie collective de la santé.

6. La récession économique est évidemment très préoccupante. Le Président de la Banque mondiale a récemment déclaré que dans les pays à faible revenu de l'Afrique, le revenu moyen par habitant avait diminué d'environ deux pour cent pour chacune des années 1981 et 1982; il a ajouté que les contraintes budgétaires avaient donc obligé à reporter des initiatives prometteuses, dont certaines visaient à améliorer la santé. Mais, c'est précisément pour cela que nous devons nous retrancher plus fermement que jamais dans notre stratégie de la santé - solution peu coûteuse à tous égards. Et ce message aussi doit parvenir jour après jour aux oreilles des décideurs suprêmes. Car avec seulement cinq dollars par habitant et par an en dépenses d'investissement et dix dollars par habitant et par an en dépenses de fonctionnement, la plupart des pays en développement pourraient aller loin dans la mise en oeuvre de leurs stratégies.



Annexe 4Bonne gestion de la santé pour tous

7. Quand il s'agit de persuader les pouvoirs publics de cette réalité, vous pouvez compter dans une certaine mesure sur l'appui moral et politique de l'OMS - déclarations internationales, résolutions de ce Comité régional et de l'Assemblée de la Santé, signature de la Charte africaine, existence même de stratégies et de plans d'action pour la santé pour tous. Mais quand on en arrive au troisième obstacle - édifier l'infrastructure sanitaire - il faut pouvoir compter sur beaucoup plus que cela. Et c'est là qu'il apparaît que la course qui nous attend est bien un marathon. Je ne vois pas d'autres solutions que de continuer avec obstination et ténacité à édifier pas à pas votre potentiel de santé jusqu'à ce que soit atteinte la masse critique nécessaire pour que le développement s'auto-entretienne. Et par là, j'entends tout le potentiel humain de votre population et pas seulement le personnel de santé. Mais tout ceci doit être fait systématiquement, et c'est là que réside la principale difficulté. Il n'y a pas d'autre solution que ce qu'on appelle faute d'un meilleur terme une "bonne gestion".

8. Je ne vous ennuierais pas en répétant une fois de plus ce qu'est un processus gestionnaire pour le développement sanitaire national. On ne vous a déjà que trop exhortés à introduire par exemple une planification centrale de la programmation communautaire. Mais j'ai souvent le sentiment pénible que, même si le processus est enclenché dans de nombreux pays et a aidé à développer vos stratégies de la santé, il est rarement poursuivi avec détermination et opiniâtreté. Or, ces qualités sont indispensables pour que le processus gestionnaire conduise à l'édification et au bon fonctionnement d'infrastructures capables d'exécuter les programmes, d'appliquer la technologie et d'inspirer les mesures sociales et comportementales qui assureront la pérennité des résultats. Il n'y a rien de nouveau dans tout ceci. L'édification de systèmes de santé basés sur une gestion saine est le leitmotiv de toutes les actions prévues pour la santé pour tous. Je me rappelle avoir souligné ce point lorsque je vous ai présenté un schéma directeur pour la santé pour tous il y a environ six ans. A l'époque, certes, nous n'étions pas parvenus à un accord sur le processus. Maintenant c'est chose faite. Vous devrez peut-être l'adapter à vos conditions particulières, mais les principes sont là pour vous aider.

Annexe 4

9. Incidemment, je crains un peu que lorsqu'il faudra établir des mécanismes pour appliquer le processus gestionnaire, nous ne nous écartions de la piste - ce qui serait un désastre pour des coureurs de marathon. Ces mécanismes doivent être édifiés étape par étape en encourageant les individus et les institutions à aborder les problèmes spécifiques dont la solution est essentielle à l'élaboration ou à l'exécution de la stratégie de la santé. Lorsqu'on essaie d'établir des mécanismes gestionnaires sans définir clairement les problèmes spécifiques à résoudre, ils deviennent des superstructures. Dans ces conditions, le rejet d'un certain nombre de pays s'explique, les superstructures n'ayant pas leur place dans la course pour la santé pour tous.
10. Une autre fonction importante de la gestion est de tirer le parti maximum des ressources disponibles. Or j'ai constaté avec inquiétude en lisant le rapport sur la surveillance de vos stratégies que nous ne parvenions même pas à réunir les informations nécessaires à cette fin. C'est seulement lorsqu'on sait quel montant est dépensé à quoi et par qui qu'on est en mesure de gérer ses propres ressources et de mobiliser des ressources extérieures. Et même lorsqu'on a ces informations, il reste à soutenir la concurrence d'autres secteurs dans la recherche de ressources extérieures. On m'a dit que le bureau central d'un organisme d'aide bilatérale avait proposé à un pays d'Afrique orientale 250 000 livres sterling pour l'aider à exécuter son programme de médicaments essentiels et que le représentant local de cet organisme les avait refusés pour le motif que le gouvernement avait d'autres besoins plus importants. Bien entendu, cela peut être le cas; mais c'est pourquoi j'insiste à nouveau sur la nécessité de convaincre les Chefs d'Etat de l'urgence et du coût relativement modique de la stratégie de la santé pour tous. L'existence des données nécessaires à la gestion et à la mobilisation des ressources ne suffit évidemment pas, mais l'absence de ces données enlève toute crédibilité au processus.
11. J'ajouterai un dernier mot au sujet de la bonne gestion nécessaire pour façonner vos services de santé et mobiliser les ressources indispensables à leur édification et à leur maintien. Méfiez-vous de la bureaucratie à laquelle la gestion est souvent assimilée. En réalité, c'est lorsque la gestion imaginative fait défaut que la bureaucratie prend le dessus. Bureaucratie signifie donc médiocratie et l'une et l'autre sont les ennemies de toute stratégie de la santé pour tous. Avec les Directeurs régionaux je fais de mon mieux pour débarrasser l'OMS de ces fléaux.

Annexe 4Nouveau cadre gestionnaire

12. Honorables représentants, l'année dernière je vous ai dit que nous allons introduire un nouveau cadre gestionnaire précisément pour vous permettre de faire un usage optimal des ressources de votre Organisation avec un minimum de bureaucratie. Ce cadre a deux dimensions. L'une a trait au mode de gestion et l'autre aux dispositions pratiques de gestion.

Nouveau mode de gestion

13. Je commencerai par le mode de gestion parce que c'est lui qui permet de comprendre les dispositions pratiques. La première condition est la confiance mutuelle. C'est grâce à cette confiance que nous sommes en mesure d'avoir une politique mondiale collectivement arrêtée, une stratégie lui donnant effet et un plan d'action pour mettre en oeuvre cette stratégie. Mais cette confiance devra désormais être plus profonde si nous devons collaborer étroitement à l'application de ces accords. Nous devons être prêts à des entretiens très francs - de pays à pays, de pays à Secrétariat, de Secrétariat à pays - sans nous émouvoir si la vérité sonne parfois désagréablement. Je suis persuadé que nous pouvons dans une large mesure poursuivre un dialogue objectif basé sur nos accords collectifs. Ils ont été forgés dans la confiance. Ils sont maintenant devenus la clé de voûte qui soutient notre confiance et démontre en permanence que nous la méritons. Car ces accords sont placés sous notre garde. Ceux qui les connaissent bien ont le devoir de les porter à l'attention des autres, poliment certes pour garder la confiance de leurs interlocuteurs, mais fermement pour garder la confiance de l'interlocuteur collectif - c'est-à-dire la totalité des Etats Membres de l'Organisation. On a là un contrôle mutuel démocratique dans la meilleure acception du terme.

14. Les autres éléments du nouveau mode de gestion découlent logiquement des principes de confiance mutuelle et de contrôle mutuel. Je les énumérerai rapidement.

15. Vous-mêmes, gouvernements des Etats Membres de l'OMS, êtes responsables de l'utilisation des ressources de l'OMS, qu'elles soient employées dans votre pays ou qu'elles aillent à des activités interpays.

16. Vous avez la responsabilité d'utiliser ces ressources pour mettre en application la politique, la stratégie et le plan d'action collectifs de l'OMS.

Annexe 4

17. La politique et la stratégie fondamentales de l'OMS visent à instaurer la santé pour tous d'ici l'an 2000 par des systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires. Vous devez donc utiliser les ressources de l'OMS pour élaborer, exécuter ou appuyer une politique et une stratégie nationales de la santé pour tous reflétant la politique et la stratégie collectives tout en tenant compte de la situation nationale.

18. Votre responsabilité individuelle implique que vous êtes individuellement comptable envers la collectivité des Etats Membres de l'OMS.

19. Votre responsabilité collective implique que vous êtes comptables les uns envers les autres de la sauvegarde des accords collectifs pour la santé pour tous.

20. Sous la direction et la conduite du Directeur général et des Directeurs régionaux qui le représentent dans leurs Régions respectives, le Secrétariat a pour tâche de vous aider à assumer vos responsabilités individuelles et collectives. Il a donc le devoir d'appeler l'attention de chaque gouvernement sur les accords collectifs, de faire savoir à la collectivité des Etats Membres si ces accords sont respectés et de rendre compte à cette collectivité de sa propre performance.

Nouvelles dispositions gestionnaires

21. J'en viens maintenant aux dispositions pratiques concernant ce nouveau mode de gestion. Je commencerai par les dispositions prises dans les pays, puisque c'est là qu'elles sont les plus importantes et que se posent aussi les plus sérieux problèmes. Je me réfère en particulier, mais non exclusivement, aux pays faisant largement appel aux ressources de l'OMS.

22. Des mécanismes conjoints OMS/gouvernements examineront vos politiques et stratégies de santé et aideront à évaluer dans quelle mesure elles sont compatibles avec la politique et la stratégie collectives de la santé pour tous.

23. Ces examens conjoints permettront d'identifier les activités faisant appel aux ressources de l'OMS qui sont compatibles avec la politique collective.

24. Les examens conjoints rendront donc possible l'utilisation des ressources de l'OMS pour les activités dont vous aurez besoin pour renforcer votre capacité gestionnaire afin d'élaborer et d'exécuter vos stratégies et d'édifier votre infrastructure de santé exécutant vos programmes à l'aide d'une technologie adaptée à vos conditions - tout cela conformément aux accords collectifs conclus à l'OMS. Ceci implique naturellement qu'il ne peut y avoir de projet distinct de l'OMS dans le pays, mais seulement une participation de l'OMS aux activités nationales.

Annexe 4

25. Ces examens conjoints permettront incidemment d'identifier les principales activités pour lesquelles il faut mobiliser des ressources nationales dans le secteur public et privé et faire appel à des ressources extérieures bilatérales, multilatérales, non-gouvernementales et volontaires. Ils permettront simultanément de réperer les activités semblant se prêter à une coopération fructueuse avec d'autres pays.
26. Les examens conjoints OMS/gouvernements porteront aussi sur la surveillance et l'évaluation de l'utilisation des ressources de l'OMS dans le pays. Ce processus montrera si les ressources de l'OMS dans le pays servent effectivement à appuyer les activités de santé nationales nécessaires pour mettre en oeuvre la stratégie nationale de la santé pour tous, et facilitera une planification rationnelle de l'utilisation future de ces ressources à cette fin.
27. Dans tous ces examens, le Coordonnateur des Programmes de l'OMS ou le Coordonnateur national des Programmes OMS, selon le cas, agira au nom de l'OMS et veillera à ce que soient scrupuleusement appliquées la politique et la stratégie de la santé pour tous de l'Organisation.
28. Le Directeur régional facilitera la tâche des mécanismes conjoints OMS/gouvernements; il fournira notamment des directives sur la politique collective, ainsi qu'un appui technique, gestionnaire, administratif et financier. En l'absence d'un coordonnateur des programmes de l'OMS ou d'un coordonnateur national des programmes de l'OMS, le Directeur régional désignera un membre du personnel du Bureau régional de haut rang pour participer aux examens conjoints OMS/gouvernements.
29. Le Directeur régional, chargé de veiller à l'application de la politique collective de l'OMS dans la Région, examinera avec les gouvernements la réponse du Bureau régional à leurs besoins. A cette fin, il veillera à ce que les personnels du Bureau régional consacrent toutes leurs énergies à appuyer les mécanismes conjoints OMS/gouvernements dans les pays et à répondre de manière cohérente et coordonnée aux besoins des pays qui auront été identifiés par ces mécanismes. Les examens avec les gouvernements fourniront en outre l'occasion d'améliorer la coopération.

Mise en oeuvre de nouvelles dispositions

30. Honorables représentants, comme vous le voyez, il y a loin de ce cadre gestionnaire à la relation de dépendance entre organisme d'assistance technique et bénéficiaire. Il implique une coopération démocratique certes, mais définie par un ensemble de règles et qui n'a rien d'anarchique. Il vous incombera en tant que Comité régional réunissant tous les pays de la Région de faire en sorte que le nouveau mode de gestion et les nouvelles

Annexe 4

dispositions gestionnaires soient effectivement introduits et appliqués dans votre Région.

Je puis vous assurer qu'ils sont parfaitement conformes aux décisions prises à l'unanimité par l'Assemblée de la Santé lorsqu'elle a achevé son examen de l'étude des structures de l'OMS eu égard à ses fonctions il y a trois ans et adopté la stratégie mondiale de la santé pour tous voici deux ans. Pourtant, ces dispositions ne sont pas allées sans critique. On m'a dit que nous allions trop loin et trop vite, que certains membres du personnel ne seraient pas capables d'assumer les fonctions leur incombant et que certains gouvernements pourraient abuser de leurs responsabilités en ce qui concerne l'utilisation des ressources de l'OMS.

31. Eh bien, votre Directeur régional et moi-même, ferons de notre mieux pour que tous les membres du personnel soient capables d'assumer leurs nouvelles responsabilités. En ce qui concerne le rythme de la mise en oeuvre, je suis convaincu que le nouveau mode de gestion peut être introduit sans aucun retard. Je me rends compte qu'il pourra être nécessaire de procéder par étapes pour introduire les dispositions pratiques, mais je vous demande instamment de vous rappeler que l'an 2000 approche tous les jours. J'aimerais que vous bénéficiiez tous de ces dispositions à temps pour qu'elles vous aident à atteindre le but de la santé pour tous à la date dite. Et maintenant je dois vous avouer que ma conscience ne me laisse pas de repos et me rappelle à tout moment cette majorité souffrante que recouvre la santé pour tous. L'application par eux-mêmes et par leur gouvernement des accords collectifs de l'Organisation constitue leur meilleure protection. C'est pourquoi dans l'introduction progressive des nouvelles dispositions, je devrai insister pour que la priorité aille aux pays du monde qui s'efforcent d'employer les ressources de l'OMS à l'édification de systèmes de santé conformes aux politiques et stratégies collectivement arrêtées et qui fournissent des informations pertinentes et adéquates pour rendre compte à l'Organisation comme ils y sont tenus.

32. C'est le fait que les pays doivent se rendre mutuellement des comptes au Comité régional et à l'Assemblée mondiale de la Santé qui aidera à prévenir les abus. C'est le fait que votre Directeur régional doive rendre des comptes à l'Organisation qui l'obligera à vous faire et à me faire rapport sur les progrès et les problèmes, et c'est parce que je dois rendre des comptes à tous les Etats Membres que je devrai tenir le Conseil et l'Assemblée parfaitement informés pour assurer l'utilisation optimale des ressources limitées de l'OMS à travers toute l'Organisation, partout et à tous les niveaux. C'est la seule manière de maintenir la pression nécessaire pour utiliser l'OMS de la manière appropriée et aider à ce que la santé pour tous d'ici l'an 2000 devienne réalité.

Annexe 4

33. Monsieur le Président, Excellences, Honorables représentants, vous avez clairement montré que vous étiez des champions du sprint pour la santé et que vous vous étiez préparés soigneusement à la longue course. Mais il ne suffit pas d'être bien préparés au marathon qui nous attend. Nous devons avoir le courage et la détermination de tirer le parti maximum de cette formation. Alors, nous achèverons, j'en suis sûr, la course à temps, à bout de souffle peut-être, mais triomphants.

Merci.

## ORDRE DU JOUR

1. Ouverture de la trente-troisième session (document AFR/RC33/1).
2. Adoption de l'ordre du jour provisoire (document AFR/RC33/11).
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 biennal du Directeur régional (document AFR/RC33/3).
  - 6.2 Développement et coordination de la recherche biomédicale et sur les services de santé (document AFR/RC33/4).
7. Corrélations entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de 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/RC33/5).
  - 7.2 Incidences régionales des ordres du jour de la soixante-treizième session du Conseil exécutif et de la Trente-Septième Assemblée mondiale de la Santé : (document AFR/RC33/6).
  - 7.3 Méthode de travail de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC33/18).
  - 7.4 Discussions techniques à la Trente-Septième Assemblée mondiale de la Santé : "Le rôle des Universités dans les stratégies de la Santé pour tous" (document AFR/RC33/19).
8. Examen du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC33/7).
  - 8.1 Rapport de situation sur la surveillance continue des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies nationales et régionales de la santé pour tous en l'an 2000 (document AFR/RC33/12).



Annexe 5

- 8.2 Rapport sur la participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique (document AFR/RC33/8).
- 8.3 Rapport sur les visites des responsables des Etats Membres dans d'autres pays de la Région (document AFR/RC33/9).
- 8.4 Rapport du Comité permanent sur la coopération technique entre pays en développement (document AFR/RC33/10).
9. Discussions techniques
  - 9.1 Présentation du rapport des discussions techniques : "Implications gestionnaires de l'approche intersectorielle et multidisciplinaire dans la mise en oeuvre des soins de santé primaires" (document AFR/RC33/13).
  - 9.2 Désignation du Président des discussions techniques pour 1984 (document AFR/RC33/14)
  - 9.3 Choix du sujet des discussions techniques pour 1985 (document AFR/RC33/15).
10. Dates et lieux des trente-quatrième et trente-cinquième sessions du Comité régional pour 1984 et 1985 (document AFR/RC33/16).
11. Adoption du rapport du Comité régional (document AFR/RC33/17).
12. Clôture de la trente-troisième session.

ANNEX/ANNEXE/ANEXO 6

LIST OF PARTICIPANTS  
LISTE DES PARTICIPANTS  
LISTA DOS PARTICIPANTES1. REPRESENTATIVES OF MEMBER STATES  
REPRESENTANTS DES ETATS MEMBRES  
REPRESENTANTES DOS ESTADOS MEMBROS

## ANGOLA

Dr L. Gomes Sambo  
Vice-Ministro da Saúde  
Chefe da delegação

Dr A. Nimi Ambrósio Divenguele  
Director Nacional de Saude Pública em Exercício  
Ministério da Saúde

Dr J. J. Bastos dos Santos  
Director do Gabinete de Intercâmbio Internacional

Dr J. E. Fonseca Dupret  
Chefe do Departamento Nacional de Cuidados Primários de Saúde

Dr A. Ferreira de Aguiar Nsikalangu  
Chefe do Departamento de Aquisição e Produção de Medicamentos

M. A. Sales Antunes Galho  
Chefe do Sector de Organismos Sociais da  
Secretaria de Estado da Cooperação

BENIN  
BENIM

Commandant P. Akpo  
Ministre de la Santé publique  
Chef de délégation

Dr L. Sogansa  
Directeur des Etudes et de la Planification

Dr J. Codja  
Coordonnateur national des Programmes OMS

BOTSWANA  
BOTSOUANA  
BOTSUANA

Hon. L. H. Makgekgenene  
Minister of Health  
Leader of delegation

Dr E. T. Maganu  
Principal Medical Officer of Health

Annex/Annexe/Anexo 6

## BURUNDI

Dr P. Mpitabakana  
Directeur général de la Santé publique  
Ministère de la Santé  
Chef de délégation

Dr T. Nyunguka  
Directeur du Département de l'Epidémiologie et des Laboratoires

CAPE VERDE  
CAP-VERT  
CABO VERDE

Dr A. Pedro Delgado  
Director-Geral de Saúde  
Chefe da delegação

Dr L. de Sousa Nobre Leite  
Delegado de Saúde da Praia e Responsável da Saúde Pública

CENTRAL AFRICAN REPUBLIC  
REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE  
REPÚBLICA CENTRAFICANA

Dr G. Ngaïndiro  
Ministre de la Santé publique  
Chef de délégation

Dr S. Feikoumon  
Ministère de la Santé publique

Prof. G. Pinerd  
Coordonnateur national des Programmes OMS

CHAD  
TCHAD  
CHADE

Dr Yankalbe P. Matchock Mahouri  
Directeur général du Ministère de la Santé publique  
Chef de délégation

M. Kinde Ngassadi  
Ministère de la Santé publique

Dr Ilunga Bitokwela  
Coordonnateur des Programmes OMS

Annex/Annexe/Anexo 6COMOROS  
COMORES

Dr A. Said Ali  
Service de Médecine Interne  
Chef de délégation

M. A. Chaïbou Bedja  
Chef de la Division Comptabilité centrale au Ministère de la Santé publique et des Populations

## CONGO

M. D. Boussoukou-Boumba  
Ministre de la Santé et des Affaires sociales  
Chef de délégation

Dr B. Loembe  
Directeur général de la Santé publique

M. J. Nzengui-Bayonne  
Ministère de la Santé et des Affaires sociales

M. D. B. Boukaka Ouadiabantou  
Directeur des Etudes et de la Planification  
(Affaires sociales)

Dr A. S. Makita  
Directeur national de la Santé maternelle et infantile  
et de l'Education pour la Santé

Médecin-Colonel F. Tchichelle  
Directeur de l'Hôpital militaire

M. E. Mbaloula  
Directeur des Etudes et de la Planification (Santé)

Pharmacien-Commandant J. Obouaka  
Directeur des Pharmacies et des Laboratoires

M. P. Mondjo-Epénit  
Directeur de la Coopération socio-sanitaire

Mme H. Kiniongono  
Directrice générale des Affaires sociales

M. Mayitsat-Mahoungou  
Directeur de l'Hygiène et de l'Assainissement

M. G. Guito  
Chef de la Division Presse Information au Ministère des Affaires étrangères

M. A. Nkala  
Attaché au Cabinet du Chef de l'Etat

Dr Niaty-Benze  
Directeur de la Médecine préventive

Annex/Annexe/Anexo 6

Mlle D. Bikouta  
Chef de Section des Organisations à Caractère social

Dr G. Ondaye  
Coordonnateur national des Programmes OMS

EQUATORIAL GUINEA  
GUINEE EQUATORIALE  
GUINÉ EQUATORIAL

Dr Zacarias Ndongo Mba Obono  
Secrétaire d'Etat à la Santé publique  
Chef de la délégation

Dra Y. M. Lagrange  
Consejera  
Ministerio de Sanidad

Sr Cornelio Esono Ndongo  
Delegado Regional de Sanidad

ETHIOPIA  
ETHIOPIE  
ETIÓPIA

Dr T. Gizaw  
Minister of Health  
Head of delegation

M. M. Gebru  
Head, External Cooperation & Health Services Research

Dr T. Bishaw  
Head, MCH Services Coordinating Office

Dr H. M. Kahssay  
National WHO Programme Coordinator

GABON  
GABÃO

Dr J. P. Okias  
Ministre de la Santé publique  
Chef de délégation

Dr L. Adandé Menest  
Inspecteur général de la Santé publique

Annex/Annexe/Anexo 6

M. M. Mboumba  
Directeur général de la Santé publique

M. L. D. Rassaguiza Akerey  
Conseiller du Ministre de la Santé publique

Dr F. Kabagema  
Coordonnateur des Programmes OMS

GAMBIA

GAMBIE

Hon. M. C. Jallow  
Minister of Health, Labour and Social Welfare  
Leader of delegation

Dr A. B. Hatib Njie  
Assistant Director of Medical Services

Mrs R. Adéyinka de Almeida  
Under Secretary, Ministry of Health

GUINEA

GUINEE

GUINE

Prof. Mamadou Kaba Bah  
Ministre de la Santé  
Chef de délégation

Dr A. Cherif Sylla  
Directeur national des Services pharmaceutiques

Dr Mohamed Sylla  
Médecin-Chef Adjoint CHU de Donka

GUINEA-BISSAU

GUINEE-BISSAU

GUINÉ-BISSAU

Dr A. Tamba Nhaque  
Director do Projecto de Luta Contra a Onchocercose  
Chefe da delegação

Dr J. Carlos Gonçalves  
Médico-Geral da Maternidade

Annex/Annexe/Anexo 6IVORY COAST  
COTE D'IVOIRE  
COSTA DO MARFIM

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

Dr Konan N'Da  
Directeur de la Santé publique et de la Population

Dr Ibrahim Kone  
Directeur des Relations régionales et internationales

Dr B. Bah  
Médecin-Chef de Santé rurale Bouaflé

KENYA  
QUENIA

Dr W. Koinange  
Director of Medical Services  
Head of delegation

Dr F. M. Mueke  
Deputy Director of Medical Services

Mrs M. Njoki Mwangi  
Senior Nursing Officer

LESOTHO  
LESOTO

Mr V. T. Ndobe  
Permanent Secretary for Health  
Head of delegation

Dr L. Mohapelo  
Director of Mental Health Services

## LIBERIA

Dr I. F. Camarnor  
Deputy Chief Medical Officer  
Head of delegation

Mrs M. Tor Bropleh  
Deputy Chief Nursing Officer

Dr W. S. Boayue  
National WHO Programme Coordinator

## MADAGASCAR

Prof. E. Andriamampihantona  
Secrétaire général  
Ministère de la Santé  
Chef de délégation

Dr J. Ranjalahy-Rasolofomanana  
Médecin-Inspecteur  
Ministère de la Santé

## MALAWI

## MALAWI

Mr D. S. Katopola  
Minister of Health  
Head of Delegation

Dr M. C. Chirambo  
Chief Medical Officer

Mrs J. M. G. Rashidi  
Senior Nursing Officer

## MALI

Dr Seydou Ousmane Diallo  
Directeur de Cabinet  
Chef de délégation

M. Mamadou Namory Traore  
Directeur de la Planification et de la Formation  
sanitaire et sociale

Prof. A. Ag Rhaly  
Directeur, Institut national de Recherche  
en Santé publique



Annex/Annexe/Anexo 6MAURITANIA  
MAURITANIE

Commandant Mohamed Mahmoud Ould Deh  
Ministre de la Santé  
Chef de délégation

Dr Ba Mohamed Lamine  
Directeur de la Santé

Dr Moustapha Sidatt  
Coordonnateur national des Programmes OMS

MAURITIUS  
MAURICE  
ILHA MAURÍCIA

Dr D. G. Ghurburrun  
Minister of Health  
Leader of delegation

Dr J. C. Mohith  
Principal Medical Officer

MOZAMBIQUE  
MOÇAMBIQUE

Dr Pascoal Mocumbi  
Ministro da Saúde  
Chefe da delegação

Dr António Jorge Rodrigues Cabral  
Director Nacional da Medicina Preventiva

Ms Maria Fernanda Pais Farinha  
Chefe do Departamento de Apoio Social  
Ministério da Saúde

Sr Abraão Jalane  
Coordenador Executivo do Projecto SSP

Sr José Alexandre Ouana  
Director do Curso de Monitores da Saúde

NAMIBIA  
NAMIBIE

Dr I. L. Amathila  
Deputy Secretary for Health & Social Welfare

## NIGER

Dr J. Wright  
Coordonnateur national des Programmes OMS  
Chef de délégation

Mlle F. Alzouma  
Directrice Adjointe  
Enseignement Education sanitaire et nutritionnelle

## NIGERIA

Hon. D. C. Ugwu  
Minister of Health  
Leader of delegation

Mr I. F. Akintade  
Under Secretary  
Federal Ministry of Health

Prof. U. Shehu  
National WHO Programme Coordinator

RWANDA  
RUANDA

Dr E. Hakizimana  
Secrétaire général  
Ministère de la Santé publique  
Chef de délégation

Dr M. Rutijanwa  
Médecin Directeur de l'Hôpital de Rwamagana

Mme Stéphanie Ndayambaje  
Chef de Division au Ministère de la Santé

Annex/Annexe/Anexo 6SAO TOME AND PRINCIPE  
SAO TOME ET PRINCIPE  
SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

Dr C. A. P. Tiny  
Ministro da Saúde e Desporto  
Chefe da delegação

Dr A. Soares Marques de Lima  
Director de Assistência Médica

Sr Guilherme Afonso  
Enfermeiro de Saúde Pública  
Director do Projecto de Bem-Estar Familiar/  
Medicina Comunitária

## SENEGAL

M. Mamadou Diop  
Ministre de la Santé publique  
Chef de délégation

Prof. Doudou Ba  
Directeur de la Recherche, de la Planification  
et de la Formation  
Ministère de la Santé publique

Prof. El Hadj Oumar Sylla  
Conseiller technique,  
Ministère de la Santé  
Directeur de la Section pharmacie  
de l'Université de Dakar

Dr Madiou Toure  
Coordonnateur national des Programmes OMS

SEYCHELLES  
ILHA SEYCHELLES

Dr Sethu Chetty  
Principal Medical Officer  
Head of delegation

Ms. P. D. Revera  
Assistant Secretary (Health)

Annex/Annexe/Anexo 6SIERRA LEONE  
SERRA LEOA

Hon. Dr Fasuluku Suku-Tamba  
Minister of Health  
Leader of delegation

Mr Alpha Mackie  
Permanent Secretary  
Ministry of Health

Dr Moira Browne  
Deputy Chief Medical Officer

SWAZILAND  
SOUAZILAND  
SUAZILÂNDIA

Dr Z. M. Dlamini  
Director of Health Services  
Leader of delegation

Miss M. P. Makhubu  
Deputy Chief Nursing Officer

## TOGO

M. Hodabalo Bodjona  
Ministre de la Santé publique  
Chef de délégation

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

UGANDA  
OUGANDA

Dr E. R. Nkwasiwe  
Minister of Health  
Leader of delegation

Dr J. H. Kyabaggu  
Assistant Director of Medical Services (PHC)

Dr S. I. Okware  
Assistant Director of Medical Services/Public Health

Mr J. K. Gaifuba  
Chief Health Education Officer

Mr M. A. Nyeko  
Economist/Health

Annex/Annexe/Anexo 6CAMEROON  
CAMEROUN  
CAMARÕES

M. S. Ndiwane Mushili  
Secrétaire général du Ministère de la Santé publique  
Chef de délégation

Dr G. Kesseng Maben  
Directeur de la médecine préventive  
et de l'hygiène publique  
Ministère de la Santé publique

Dr S. Atangana  
Conseiller technique au Ministère de la Santé

TANZANIA  
TANZANIE

Hon. Dr A. D. Chiduo  
Minister of Health  
Head of delegation

Dr A. Y. Mgeni  
Director, Preventive and Promotive Health Division  
Ministry of Health

UPPER VOLTA  
HAUTE-VOLTA  
ALTO VOLTA

Pharmacien Commandant A. S. Kabore  
Ministre de la Santé publique  
Chef de délégation

Dr A. B. Kabore  
Directeur de la Santé publique

Dr M. N. Hien  
Directeur des Etudes et de la Planification

Dr P. A. Kambire  
Coordonnateur national des Programmes OMS

## ZAIRE

Dr Tshibasub Mubiy  
Commissaire d'Etat à la Santé publique  
Chef de délégation

Dr Kalisa Ruti  
Médecin Directeur du PEV et  
Conseiller principal au Cabinet du Commissaire d'Etat

Dr Kaba Sengele  
Doyen de la Faculté de Médecine

Dr Kabamba Nkamany  
Médecin-Directeur

## ZAMBIA

## ZAMBIE

Hon. J. Mwendela  
Minister of State for Health  
Leader of delegation

Dr S. L. Nyaywa  
Assistant Director of Medical Services

Mrs G. Mazala Phiri  
Public Health Nurse  
Provincial Medical Officer

## ZIMBABWE

## ZIMBABUÉ

Dr E. Pswarayi  
Deputy Minister of Health  
Leader of delegation

Dr D. G. Makuto  
Deputy Secretary for Health

Annex/Annexe/Anexo 6

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

Pan-Africanist Congress of Azania (PAC)  
Congrès Panafricain d'Azanie  
Congresso Pan-Africano da Azânia (PAC)

Mr T. M. Bidi  
75 Transit Village  
Victoria Island  
Lagos  
Federal Republic of Nigeria

African National Congress (ANC)  
Congrès National Africain  
Congresso Nacional Africano (ANC)

Dr Manto Tshabalala  
Deputy Secretary for Health  
African National Congress (South Africa)  
P.O. Box 2239  
Dar es Salaam  
United Republic of Tanzania

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

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

Dr E. O. Idusogie  
Regional Food Policy and Nutrition Officer  
P.O. Box 1628  
Accra  
Ghana

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

M. A. P. Placktor  
Représentant résident  
B.P. 465  
Brazzaville

Annex/Annexe/Anexo 6

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

N. P. David  
Conseiller régional  
Planification et services de base  
04 B.P. 443  
Abidjan 04  
République de Côte d'Ivoire

United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR)  
Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCNUR)  
Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados

M. C. Kpenou  
Délégué régional  
B.P. 7248  
Kinshasa  
République du Zaïre

United Nations Industrial Development Organization (UNIDO)  
Organisation des Nations Unies pour le Développement industriel (ONUUDI)  
Organização das Nações Unidas para o Desenvolvimento Industrial (ONUUDI)

M. O. Czivis  
Conseiller technique principal  
Vienne  
Autriche

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

African and Malagasy Council on Higher Education  
Conseil africain et malgache pour l'Enseignement supérieur (CAMES)  
Conselho Africano e Malgaxe para o Ensino Superior (CAMES)

Prof. K. K. E. Nathaniels  
Secrétaire général  
CAMES  
B.P. 134  
Ouagadougou  
Haute-Volta



Annex/Annexe/Anexo 6

Central African Customs and Economic Union (UDEAC)  
Union douanière et économique de l'Afrique centrale (UDEAC)  
União Aduaneira e Económica da África Central (UDEAC)

M. F. Diafouka  
 Directeur du Centre régional d'Etudes de Population  
 B.P. 1418  
Bangui  
 Centrafrique

Organization for Coordination in the Control of Endemic Diseases in  
Central Africa  
Organisation de Coordination pour la lutte contre les Endémies en  
Afrique centrale (OCEAC)

Organização de Coordenação para o Combate às Endemias  
na África Central (OCEAC)

Dr L. Sentilhes  
 Secrétaire général  
 B.P. 288  
Yaoundé  
 Cameroun

Dr D. Kouka-Bemba  
 Secrétaire général Adjoint  
 B.P. 288  
Yaoundé  
 Cameroun

Economic Community of the Countries of the Great Lakes  
Communauté économique des Pays des Grands Lacs (CEPGL)  
Comunidade Económica dos Países dos Grandes Lagos (CEPGL)

Citoyen Bayo Mtumwa  
 Chef de la Division sociale  
 B.P. 58  
Gisenyi  
 Rwanda

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

Organização de Coordenação e Cooperação para o Combate  
às Grandes Endemias

Dr J. E. Akinocho  
 Secrétaire général Adjoint  
 B.P. 153  
Bobo-Dioulasso  
 Haute-Volta

Annex/Annexe/Anexo 6

5. REPRESENTATIVES OF NON-GOVERNMENTAL ORGANIZATIONS  
REPRESENTANTS DES ORGANISATIONS NON-GOUVERNEMENTALES  
REPRESENTANTES DE ORGANIZAÇÕES NÃO-GOVERNAMENTAIS

Commonwealth Regional Health Secretariat  
Secrétariat sanitaire régional du Commonwealth

Secretariado da Saúde dos países da Comunidade Britânica

Mr A. P. Joseph  
Administrative Secretary  
P.O. Box 1009  
Arusha  
Tanzânia

World Veterans Federation (WVF)  
Fédération mondiale des Anciens combattants (FMAC)

Federação Mundial dos Antigos Combatentes

Capit. J. M. Bouaia  
Représentant FMAC  
B.P. 30  
Brazzaville  
Congo

International Committee of Military Medicine and Pharmacy (ICMMP)  
Comité international de Médecine et de Pharmacie militaire (CIMPH)

Comité Internacional de Medicina e de Farmácia Militares

Dr D. Bemba  
Directeur adjoint  
Service de Santé APN  
B.P. 2816  
Brazzaville  
Congo

West African Health Community (WAHC)  
Communauté sanitaire d'Afrique occidentale (WAHC)

Comunidade Sanitária da África Ocidental (WAHC)

Prof. P. O. Fasan  
Executive Director  
PMB 2023  
Yaba, Lagos  
Nigéria

Annex/Annexe/Anexo 66. OBSERVERS  
OBSERVATEURS  
OBSERVADORES

League of Red Cross and Red Crescent Societies  
Ligue des Sociétés de la Croix et Croissant rouge  
Liga das Sociedades da Cruz Vermelha  
e do Crescente Vermelho

Mme Ida Victorine Nze-NGampolo  
Présidente nationale de la Croix rouge Congolaise  
B.P. 4145  
Brazzaville  
Congo

Office de la Recherche scientifique  
et technique d'Outre-Mer (ORSTOM)  
Instituto Ultramarino de InvestigaçãO Científica  
e Técnica (ORSTOM)

Dr J. L. Frezil  
Directeur de l'ORSTOM au Congo  
B.P. 181  
Brazzaville  
Congo

Christian Medical Council (CMC)  
Commission médicale chrétienne (CMC)  
Conselho Médico Cristão (CMC)

Dr Nkongolo Kalala Malaba  
Médecin Directeur  
B.P. 7061  
Kinshasa I  
Zaïre

Free University of Brussels  
Université libre de Bruxelles (ULB)  
Universidade Livre de Bruxelas

M. J. Orenbuch  
Directeur du Groupe d'Etudes des Changements sociaux  
Communauté française de Belgique  
44 Avenue Jeanne  
1050 Bruxelles  
Belgique

## LISTE DES DOCUMENTS

- AFR/RC33/1 - Séance Solennelle d'ouverture de la trente-troisième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique
- AFR/RC33/3 - Activités de l'OMS dans la Région africaine, 1981-1982
- AFR/RC33/4 - Développement et coordination de la recherche biomédicale et sur les services de santé
- AFR/RC33/5 - Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif
- AFR/RC33/6 - Incidences régionales des ordres du jour de la soixante-treizième session du Conseil exécutif et de la Trente-Septième Assemblée mondiale de la Santé
- AFR/RC33/7 - Examen du rapport du Sous-Comité du Programme
- AFR/RC33/8 - Rapport sur la participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique
- AFR/RC33/9 - Visites des responsables des Etats Membres dans d'autres pays de la Région
- AFR/RC33/10 - Coopération technique entre pays en développement
- AFR/RC33/11 - Ordre du jour provisoire
- AFR/RC33/12 - Surveillance continue des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies nationales et régionale de la Santé pour tous en l'an 2000
- AFR/RC33/13 - Présentation du rapport des discussions techniques
- AFR/RC33/14 - Désignation du Président et du Président suppléant des discussions techniques pour 1984
- AFR/RC33/15 - Choix du sujet des discussions techniques pour 1985
- AFR/RC33/16 - Dates et lieux des trente-quatrième et trente-cinquième sessions du Comité régional pour 1984 et 1985

Annexe 7

- AFR/RC33/17 - Adoption du rapport du Comité régional
- AFR/RC33/18 - Méthode de travail de l'Assemblée mondiale de la Santé
- AFR/RC33/19 - Le rôle des universités dans les stratégies de la santé pour tous
- AFR/RC33/20 - Programme de travail provisoire du Sous-Comité du Programme
- AFR/RC33/21 - Liste provisoire des participants
- AFR/RC33/22 - Repartition par pays des fonctions exercées au cours des Comités régionaux précédents
- AFR/RC33/23 - Sous-Comité du Programme : Programme de travail provisoire de la réunion du 21 septembre 1983
- AFR/RC33/24 - Sous-Comité du Programme : Participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions programmatiques - 1983-1984
- AFR/RC33/25 - Sous-Comité du Programme : Rapport final de la réunion du 21 septembre 1983
- AFR/RC33/TD/1 - Implications gestionnaires de l'approche intersectorielle et multidisciplinaire dans la mise en oeuvre des soins de santé primaires
- AFR/RC33/TD/2 - Guide pour les discussions techniques
- AFR/RC33/TD/3 - Discussions techniques (RC33) : Annonce
- AFR/RC33/Conf.Doc/1 - Allocution d'ouverture du Dr Comlan A.A. Quenum Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique
- AFR/RC33/Conf.Doc/2 - Allocution du Dr Jean-Pierre Okias, Ministre de la Santé publique et de la Population de la République gabonaise
- AFR/RC33/Conf.Doc/3 - Allocution prononcée par son Excellence, le Colonel Denis Sassou N'Guesso, Président de la République populaire du Congo
- AFR/RC33/Conf.Doc/4 - Allocution du Docteur H. Mahler, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé
- AFR/RC33/Conf.Doc/5 - Allocution de Monsieur D. Boussoukou-Boumba, Ministre de la Santé et des Affaires sociales de la République populaire du Congo, Président élu de la trente-troisième session du Comité régional

Annexe 7

- AFR/RC33/WP/1 - Sous-Comité de désignations
- AFR/RC33/SCC/1 - Pouvoirs
- AFR/RC33/SCC/2 - Rapport final du Sous-Comité de vérification des pouvoirs

## ANNEXE 8

ORDRE DU JOUR PROVISOIRE  
(établi le 20 juin 1983)

1. Ouverture de la trente-quatrième session (document AFR/RC34/1)
2. Adoption de l'ordre du jour provisoire (document AFR/RC34/11)
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. Désignation du Directeur régional (Article 52 du Règlement intérieur)
7. Activités de l'OMS dans la Région africaine
  - 7.1 Rapport succinct du Directeur régional sur l'activité de l'OMS en 1983 (document AFR/RC34/3).
  - 7.2 Evaluation de l'expérience africaine d'utilisation des nationaux comme Coordonnateurs des Programmes OMS (document AFR/RC34/4)
  - 7.3 Femmes et développement sanitaire (document AFR/RC34/18)
8. Corrélations entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé
  - 8.1 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/RC34/5)
  - 8.2 Incidences régionales des ordres du jour de la soixante-quinzième session du Conseil exécutif et de la Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC34/6)
  - 8.3 Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC34/19)
  - 8.4 Discussions techniques à la Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé<sup>1</sup>  
(document AFR/RC34/20)

---

<sup>1</sup> Le sujet sera choisi par la soixante-treizième session du Conseil exécutif en janvier 1984

Annexe 8

9. Examen du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC34/7)
  - 9.1 Projet de Budget Programme 1986-1987 (document AFR/RC34/2)
  - 9.2 Mise en oeuvre de la stratégie régionale pour utilisation optimale des ressources de l'OMS comme soutien direct aux Etats Membres (document AFR/RC34/12)
  - 9.3 Rapport sur la participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique (document AFR/RC34/8)
  - 9.4 Rapport sur les visites des responsables des Etats Membres dans d'autres pays de la Région (document AFR/RC34/9)
  - 9.5 Rapport du Comité permanent sur la coopération technique entre pays en développement (document AFR/RC34/10)
10. Discussions techniques
  - 10.1 Présentation du rapport des discussions techniques : "Place des facteurs culturels et socio-économiques en vue de la réorientation des systèmes de santé pour atteindre l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000" (document AFR/RC34/13)
  - 10.2 Désignation du Président et du Président suppléant des discussions techniques pour 1985 (document AFR/RC34/14)
  - 10.3 Choix du sujet des discussions techniques pour 1986 (document AFR/RC34/15)
11. Dates et lieux des trente-cinquième et trente-sixième sessions du Comité régional pour 1985 et 1986 (document AFR/RC34/16)
12. Adoption du rapport du Comité régional (document AFR/RC34/17)
13. Clôture de la trente-cinquième session.



## ANNEXE 9

## RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME

## INTRODUCTION

1. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni à Brazzaville les 12 et 13 septembre 1983 sous la présidence du Docteur Doudou Ba (Sénégal), élu lors de la réunion du Sous-Comité du Programme du 22 septembre 1982 à Libreville. La liste des participants figure en appendice 1.
2. Dans son allocution d'ouverture, le Président souhaite la bienvenue aux Membres du Sous-Comité du Programme. Il souligne avoir travaillé avec la plupart d'entre eux, et pouvoir donc compter sur leur compétence, leur expérience et leur indulgence pour que les travaux du Sous-Comité puissent refléter la confiance que les Etats Membres ont placée en eux et faciliter ainsi le travail du Comité régional.
3. Le programme de travail adopté par le Sous-Comité du Programme figure en appendice 2.

SURVEILLANCE CONTINUE DES PROGRES REALISES DANS LA MISE EN OEUVRE DES STRATEGIES DE LA SANTE POUR TOUS D'ICI A L'AN 2000

Présentation

4. Le Docteur J. C. Alary présente le document sur la Surveillance continue des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies de la Santé pour tous d'ici à l'an 2000.<sup>1</sup>
5. Le plan d'action pour la mise en oeuvre de la stratégie mondiale a été définitivement approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé lors de sa Trente-Cinquième session en mai 1982 et le Comité régional lors de sa trente-deuxième session en septembre 1982. Le Directeur régional a invité les Etats Membres à suivre le canevas et format communs envoyé, dès juillet 1982, pour l'évaluation de la mise en oeuvre de leurs stratégies nationales. Il a proposé aux responsables nationaux l'appui du Bureau régional pour les

<sup>1</sup> Document AFR/RC33/12.

Annexe 9

aider à exploiter le canevas et format communs. Les Etats Membres devraient se concentrer pour ce premier rapport de situation sur la surveillance de la pertinence de leur politique de santé et sur les progrès réalisés. Il s'agit de déterminer dans quelle mesure les stratégies ont déjà été formulées et effectivement mises en oeuvre.

6. Le premier rapport de situation des pays devait parvenir avant la fin de mars 1983 au Bureau régional. Au 15 avril 1982, 32 pays avaient envoyé leurs rapports qui ont servi de base au présent document.

7. Le Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS) a examiné ce document lors de sa troisième réunion en mai 1983. Il considère que cette synthèse régionale rend compte, dans l'ensemble, de la pertinence des politiques nationales et régionale de santé et des progrès réalisés dans leur mise en oeuvre. Le CCADS n'a suggéré que quelques corrections de forme.

8. Cette synthèse régionale présente un aperçu d'ensemble des rapports des Etats Membres. En général les politiques nationales apparaissent pertinentes.

9. Des progrès ont été réalisés dans la mise en oeuvre de leur politique nationale, essentiellement dans les domaines de la participation des collectivités, la réorientation et le recyclage du personnel de santé, les mesures pour l'obtention de subventions et/ou prêts et la CTPD.

10. L'ensemble des pays ont adopté les 12 indicateurs mondiaux, mais peu d'entre eux ont été à même d'en fournir toutes les valeurs nationales, en particulier les indicateurs 3, 4, 6 et 8.

11. La surveillance continue de la stratégie régionale est replacée dans le contexte socio-économique et politique auquel se trouvent confrontés les pays de la Région.

Annexe 9

12. La pertinence de la stratégie régionale est évaluée par rapport aux directives et structures du Secrétariat régional. Les directives et résolutions des Organes directeurs permettent de juger de l'orientation de la politique sanitaire régionale. Des réaménagements de structures et fonctions du Bureau régional ont permis de répondre aux résolutions des Organes directeurs.

13. Les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de la stratégie régionale sont sous quatre rubriques : i) mise en oeuvre des stratégies nationales au niveau des pays; ii) exécution des activités assignées aux Comités régionaux par le plan d'action mondial; iii) activités additionnelles propres au Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, et iv) soutien fourni par le Bureau régional.

14. La mise en oeuvre des stratégies nationales reprend les idées forces tirées des rapports de situation des Etats Membres qui montrent que les progrès varient d'un pays à l'autre, ce qui implique un réexamen de la coopération que doit fournir le Bureau régional.

15. Les activités exécutées par le Comité régional sont conformes à ce qui lui était assigné dans les domaines : i) de la formulation de la stratégie; ii) des besoins en ressources internationales, et iii) de la filiation entre stratégie, Septième Programme général de Travail (PGT.7) et Budget Programme 1984-1985.

16. Les activités additionnelles propres au Comité régional de l'OMS pour l'Afrique ont trait essentiellement au problème de l'Apartheid et de ses conséquences dans les pays de la ligne de Front. Elles concernent deux points principaux : i) la Conférence internationale sur l'Apartheid et la Santé; ii) le Programme spécial de coopération avec l'Angola.

17. Le soutien du Bureau régional aux Etats Membres dans la mise en oeuvre de leurs stratégies nationales est rappelé :

17.1 Les structures des projets interpays en planification, programmation, gestion et statistiques démographiques et sanitaires ont été modifiées pour tenir compte de l'appui nécessaire au développement du processus gestionnaire et à la surveillance continue et l'évaluation des stratégies nationales et régionale.

Annexe 9

17.2 Le Directeur régional, en transmettant le canevas et format communs en juillet 1982, a rappelé aux pays qu'il tenait à leur disposition, outre les Coordonnateurs des Programmes de l'OMS dans les pays, le personnel du projet interpays ainsi remanié et les fonctionnaires régionaux. C'est ainsi que le personnel a été amené à collaborer avec dix pays pour la préparation de leur premier rapport de situation.

17.3 Les liens entre la Commission économique pour l'Afrique (CEA) et le Secrétariat régional se sont renforcés par la signature d'un Mémorandum d'Accord en octobre 1980. Les contacts avec la CEA sur le terrain continuent à être assurés par les Coordonnateurs des Programmes de l'OMS et les Centres opérationnels et de Programmation multinationale (MULPOC). Ils assurent la mise en oeuvre du plan d'action.

17.4 Un projet de plan d'action pour la mise en oeuvre de la stratégie régionale a été élaboré par le Bureau régional sur la base des directives, décisions et résolutions du Comité régional. Il doit permettre aux pays de la Région, au Comité régional et au Directeur régional de mettre en oeuvre, de surveiller et d'évaluer la stratégie régionale, selon le calendrier indiqué dans le plan d'action mondial.

17.5 Le Bureau régional a préparé une synthèse régionale des premiers rapports de situation des pays. Cette synthèse est présentée au CCADS, conformément à son mandat, et soumise au Comité régional, accompagnée des avis de ce Comité.

18. Le problème de la valeur nationale des douze indicateurs mondiaux se pose. Les valeurs nationales de l'ensemble des douze indicateurs ne sont disponibles que dans trois cas seulement (sur les 32 réponses des pays) tandis que les autres pays rapportent l'information disponible pour certains d'entre eux seulement. Les insuffisances concernant ces indicateurs ont pour conséquence la nécessité de renforcer les mécanismes nationaux de développement de ces indicateurs.

19. Le CCADS a retenu les quatre propositions présentées par le Secrétariat et en a ajouté une cinquième :

Annexe 9

- i) recevoir un appui accru de l'OMS pour élaborer et utiliser les 12 indicateurs mondiaux;
- ii) former le personnel de santé et les Coordonnateurs des Programmes OMS en gestion sanitaire et en recherche sur les services de santé;
- iii) coopérer à l'identification et à la mobilisation des ressources pour la mise en oeuvre des stratégies;
- iv) utiliser la coopération technique dans le domaine de la surveillance continue et de l'évaluation;
- v) adopter de meilleurs mécanismes pour utiliser les compétences des Coordonnateurs des Programmes OMS dans la mise en oeuvre des stratégies nationales en vue de la santé pour tous en l'an 2000.

20. A la suite de cette présentation, le Sous-Comité décide d'examiner le document qui lui est soumis relatif au progrès réalisé dans la mise en oeuvre des stratégies nationales et régionale.

DiscussionsPolitique sanitaire régionale

21. Dans le cadre de l'évaluation de la pertinence de la politique sanitaire régionale, le Sous-Comité a réaffirmé l'impérieuse nécessité de former conjointement les différents membres de l'équipe de santé. Il a rappelé que la formation dans les centres régionaux et nationaux de développement sanitaire des différentes catégories de personnels de santé que sont les agents de développement sanitaire se fait concomitamment avec accent particulier sur la formation en processus gestionnaire de développement sanitaire. Par ailleurs, les réunions éducatives organisées par le Bureau régional sont multi-disciplinaires.

Annexe 9Fonctions et structures du Secrétariat régional

22. Les principaux mécanismes de gestion du Bureau régional peuvent à priori paraître nombreux pour être réellement efficaces et coordonnés. Cependant, ces mécanismes ont remplacé les anciennes structures verticales de gestion des programmes; ils ont été créés pour intensifier le dialogue et la concertation permanente avec les Etats Membres.

23. Le Sous-Comité du Programme est un de ses mécanismes. Son mandat est entre autres de collaborer avec le Directeur régional à la résolution des problèmes résultant de la mise en oeuvre et de l'évaluation du programme régional.<sup>1</sup>

24. La réunion du programme régional est composée des représentants du Sous-Comité du Programme, des Coordonnateurs des Programmes de l'OMS et tous les fonctionnaires régionaux. Elle étudie les critères et les principes directeurs pour l'élaboration, l'exécution et l'évaluation sanitaire au niveau des pays. Il participe à l'élaboration du budget programme.

25. D'autres mécanismes existent et sont tous fonctionnels et permettent au Secrétariat de mieux exécuter les directives des Organes directeurs dans la mise en oeuvre du programme régional.

Mise en oeuvre des stratégies nationales

26. L'examen de la mise en oeuvre des stratégies nationales met en évidence des domaines à renforcer. Le Sous-Comité note avec satisfaction la création de Conseils plurisectoriels de santé à différents niveaux dans la majorité des pays. Cependant, les informations fournies par les pays ne permettent pas de s'assurer qu'ils jouent pleinement le rôle qui leur est dévolu.

27. Le Sous-Comité note avec satisfaction que la CTPD a permis la mise en oeuvre des stratégies nationales et régionale, notamment dans les domaines de la formation, de la lutte contre les maladies, de la production et distribution des médicaments et vaccins essentiels, de la recherche et de la salubrité de l'environnement.

<sup>1</sup> Document AI/83/2.

Annexe 9

28. La coopération technique entre pays en développement devient une réalité pour la production et la distribution des médicaments essentiels et les vaccins.

Le Lesotho a établi une fabrique de produits pharmaceutiques qui fournit les produits génériques au Botswana, Malawi, Mozambique, Zambie, etc. Le Zimbabwe fait de même par l'intermédiaire des "Central African Pharmaceutical Services" (CAPS). La Communauté économique des Pays des Grands Lacs (CEPGL) groupe le Burundi, le Rwanda et le Zaïre pour la production et le contrôle de médicaments et vaccins essentiels. Des laboratoires au Sénégal, Ghana, Kenya, Ethiopie, Madagascar et Zimbabwe servent de centres collaborateurs pour le contrôle de qualité des vaccins. Des cours de formation utilisant le mécanisme de la CTPD ont été organisés au Kenya pour faire partager l'expérience des différents pays participants dans le domaine de la distribution des médicaments essentiels dans les zones rurales.

29. Ainsi, des progrès ont été réalisés, à des degrés divers selon les pays, dans la mise en oeuvre de leurs stratégies nationales que ce soit : i) dans le domaine de l'engagement politique au niveau national; ii) le renforcement du processus gestionnaire pour le développement sanitaire national y compris le choix des indicateurs pour l'évaluation; iii) la participation des collectivités par l'intermédiaire de conseils, Comités et Assemblées diverses; iv) l'éducation pour la santé; v) la réorientation et le recyclage des personnels de santé. Des détails concernant ces progrès sont indiqués dans la première partie du document AFR/RC33/12, paragraphes 17 à 30.

Exécution des activités assignées au Comité régional

30. Le Comité régional a mis en oeuvre toutes les activités qui lui étaient assignées en conformité avec le calendrier d'exécution. C'est ainsi qu'avant même l'adoption de la stratégie régionale, trois groupes de travail sous-régionaux ont été délimités afin de développer la coopération technique entre pays en développement, mécanisme essentiel dans la mise en oeuvre de la stratégie régionale.

Annexe 9

31. La Charte de Développement sanitaire de la Région africaine a été approuvée par le Comité régional en 1979, permettant par sa ratification de faire désormais des pays de la Région des partenaires sociaux du contrat de solidarité qui leur fait obligation de mettre en oeuvre la stratégie de la santé pour tous.

32. Conformément à la résolution AFR/RC32/R7, les Etats Membres ont formulé des plans d'action détaillés pour la mise en oeuvre des stratégies. Sur la base de ces plans d'action nationaux et des résolutions et directives du Comité régional, un plan d'action régional a été élaboré. Le Sous-Comité note avec satisfaction que, dans le cadre de la mise en oeuvre de la résolution AFR/RC32/R6, relative à l'examen du flux international de ressources pour la stratégie régionale de la santé pour tous en l'an 2000, le Directeur régional a créé un projet interpays financé sur les fonds du Programme du Directeur régional pour le développement. Des membres du personnel de l'OMS ont collaboré avec plusieurs pays de la Région dont le Bénin, le Cap-Vert, la Guinée équatoriale, la Gambie, le Mali, le Rwanda pour des études sectorielles dans le cadre de la mise en oeuvre du nouveau "programme substantiel d'action pour les années 1980" adopté par la Conférence internationale sur les pays les moins avancés (PMA) qui s'est tenue à Paris du 1er au 14 septembre 1981. Ces études ont été faites en collaboration avec le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) et ont été suivies par des tables rondes des donateurs. Le Bureau régional poursuit sa collaboration avec les pays pour la formulation des projets à soumettre à des financements extrabudgétaires.

Soutien du Bureau régional

33. Des contacts avec la CEA sur le terrain, en particulier avec les centres opérationnels et la programmation multinationale (MULPOC) ont été engagés pour : i) la production de vaccins et la création d'industrie pharmaceutique (Lusaka), et ii) le programme "Femmes et Développement" (Yaoundé). Les Coordonnateurs des Programmes OMS sont invités à resserrer les liens opérationnels avec les centres MULPOC dans les pays où ils sont basés.



Annexe 9

34. Les Membres du Sous-Comité du Programme ont souligné l'importance des activités de recherche sur les services de santé pour la mise en oeuvre de la stratégie de la santé pour tous. Ainsi, à la suite de l'atelier tenu au Mali en 1981, ce pays a établi avec la collaboration de l'OMS un Institut de Recherche en santé publique qui est devenu Centre collaborateur de l'OMS. Quatre membres du personnel de cet Institut formés à Lomé en méthodologie de la recherche, ont organisé à Bamako un atelier national qui a permis de dégager dix thèmes prioritaires.

Indicateurs

35. Certains indicateurs ont retenu plus particulièrement l'attention des membres du Sous-Comité du Programme.

36. Il est difficile pour les pays de la Région de fournir le pourcentage du produit national brut (PNB) consacré à la santé (indicateur 3). En effet, il est nécessaire pour effectuer ce calcul, de connaître le PNB (indicateur 12) et de définir les dépenses consacrées à la santé. Ces dépenses sont afférentes à des prestations sanitaires assurées par le Ministère de la Santé mais aussi par des services publics, tels que les Ministères du Travail, de l'Agriculture, de l'Education, du Plan, de la Défense, etc., ainsi que par un régime de sécurité sociale obligatoire ou d'autres organismes d'assurance-maladie; autrement dit, il est recommandé de prendre en compte les dépenses du secteur santé proprement dit et celles des secteurs connexes.

37. Pour l'indicateur 6, il convient de fournir des renseignements sur le volume des ressources extérieures, financières ou autres qui ont été reçues en comparaison du montant total des ressources requises. Il est donc indispensable de mettre en liaison ces ressources extérieures avec l'utilisation des ressources du pays nécessaires à l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

Annexe 9

38. La proportion de la population ayant accès aux soins de santé primaires (indicateur 7) est calculée sur la base de données difficiles à recueillir car leur collecte demande du temps et, surtout, parce qu'elle ne dépend pas exclusivement du secteur santé. Elle pose le problème de la collaboration entre le secteur santé et les secteurs connexes. L'existence de Comités interministériels pourrait favoriser la collecte des informations nécessaires.

39. Cependant, le canevas et format communs donnent des exemples précis à prendre en considération :

- i) proportion de la population disposant d'eau de boisson saine à domicile ou à 15 minutes de marche;
- ii) proportion de la population disposant de soins locaux à une heure de marche ou de voyage;
- iii) proportion de femmes ayant reçu des soins d'un personnel qualifié pendant la grossesse.

40. L'état nutritionnel des enfants (indicateurs 8) soulève le problème des valeurs de référence, outre celui de la collecte des données. Des tableaux de référence fournis par l'OMS peuvent servir à mesurer l'impact nutritionnel.<sup>1</sup> Car il est admis que, jusqu'à l'âge de cinq ans, l'influence des facteurs ethniques ou génétiques peut être considérée comme négligeable chez les jeunes enfants. Cependant, des recherches sont entreprises par l'OMS en collaboration avec le Centre international de l'Enfance (CIE) sur des échantillons représentatifs dans différents pays de la Région afin d'établir des "normes" régionales; par ailleurs, un centre collaborateur est créé au Sénégal à cet effet.

---

<sup>1</sup> Annexes 1, 2 et 3 du document "Série de Santé pour tous No 4".

Annexe 9

41. Le taux de mortalité infantile (indicateur 9) est fourni par les pays pour l'ensemble de leur territoire national alors qu'il nécessiterait une fourchette (maximum et minimum des taux enregistrés dans divers groupes de population). Il en est de même de l'espérance de vie à la naissance (indicateur 10), très lié au précédent et bien souvent extrapolé à partir de celui-ci. Les difficultés dans l'obtention de ces deux taux proviennent de l'absence d'enregistrement d'état-civil dans de nombreuses régions des différents pays.

42. Les membres du Sous-Comité du Programme ont souligné l'injustice délibérée à laquelle se trouvent exposés les pays de la Région dans leur développement socio-économique, du fait de la sous-évaluation systématique des prix de vente des matières premières disponibles.

Valeurs nationales des indicateurs

43. Le Sous-Comité note que le premier rapport de surveillance des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies nationales reçu des Etats Membres montre que les valeurs nationales de l'ensemble des 12 indicateurs ne sont disponibles que dans trois cas seulement, tandis que les autres pays rapportent l'information disponible pour certains d'entre eux. Au total 30 pays ont fourni les valeurs nationales des indicateurs même si tous les éléments couverts par ces divers indicateurs n'ont pas été discutés dans le rapport.

44. Des erreurs et des incohérences ont été observées dans quelques rapports. C'est ainsi que des pays ont fourni une estimation de l'indicateur 3 sans donner l'information sur l'indicateur 12 qui est indispensable au calcul de l'indicateur 3. Cette incohérence devrait pouvoir être évitée lors de la prochaine évaluation. De même, l'examen des rapports fournis par les pays montrent parfois que des valeurs différentes

Annexe 9

sont fournies pour la même période par le rapport de situation des pays et le rapport annuel de la Banque mondiale (indicateur 12). D'autres erreurs sont dues à une mauvaise interprétation qui pourrait s'expliquer par le contexte géopolitique différent des pays et devrait être aplani par ce premier exercice.

45. Le Sous-Comité estime que des études sur l'utilisation des ressources dans les pays devraient être organisées et révisées périodiquement. Elles permettent d'estimer les ressources requises et de déterminer le volume et le type de ces besoins en ressources extérieures. Le Sous-Comité note avec satisfaction que l'OMS a organisé des réunions de groupe de ressources sanitaires pour les soins de santé primaires au Bénin, en Gambie, au Malawi, en Ethiopie pour la formulation, l'estimation et la planification détaillée de l'enveloppe nécessaire au financement des activités de soins de santé primaires pendant une période déterminée.

46. Par ailleurs, le Comité note que dans le cadre de la mise à jour régulière des stratégies et plans d'action spécifiant les buts à atteindre, beaucoup reste encore à faire et principalement dans les domaines de l'élaboration d'un plan d'action d'un calendrier prévisionnel et de l'affectation de ressources. En effet, seulement 16 pays ont élaboré un plan d'action national basé sur leur stratégie, six pays ont un calendrier d'exécution et sept ont procédé à une affectation spécifique de ressources. Ces indications devraient permettre d'améliorer les prochains rapports sur la surveillance des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies nationales et régionale de la santé pour tous en l'an 2000.

47. Le Sous-Comité prend note qu'en plus des douze indicateurs mondiaux, certains pays ont élaboré des indicateurs additionnels. C'est le cas du Niger qui utilise la quantité de céréales disponibles par tête d'habitant. C'est aussi le cas de la Sierra Leone qui utilise le nombre de lits d'hôpital disponibles ou les actes médicaux dans les maternités ainsi que le pourcentage d'écoles ou d'unités de santé disposant d'eau potable. Ces indicateurs additionnels devront cependant être bien définis pour que les Etats Membres puissent en faire usage.

Annexe 9Conclusion

48. La synthèse régionale des premiers rapports sur la surveillance continue des progrès réalisés dans la mise en oeuvre de la stratégie de la santé pour tous est basée sur la contribution de 32 pays de la Région.

49. Les rapports des Etats Membres montrent dans l'ensemble la pertinence des politiques nationales. Les stratégies nationales de santé mettent l'accent sur les considérations sociales et la prise en charge de leur propre santé par les collectivités.

50. Les pays ont réalisé à des degrés divers des progrès dans la mise en oeuvre de leurs stratégies nationales, que ce soit : i) dans l'engagement politique au niveau national; ii) le renforcement du processus gestionnaire pour le développement sanitaire, y compris le choix des indicateurs pour l'évaluation; iii) la participation des collectivités par l'intermédiaire de Conseils, Comités et Assemblées diverses; iv) l'éducation pour la santé; vi) la réorientation et le recyclage des personnels de santé.

51. L'amélioration de la coordination à l'intérieur du secteur sanitaire est intervenue grâce à des mesures de restructuration aux niveaux central et intermédiaire, de décentralisation et de définition des tâches à l'intérieur de l'équipe de santé. Le sous-Comité note qu'aucun pays n'a indiqué comment fonctionnent ces mécanismes. De même le fonctionnement des Comités multidisciplinaires et intersectoriels de santé n'a pas été mentionné dans les rapports

52. La CTPD est un des principaux mécanismes utilisés pour la mise en oeuvre de la stratégie, notamment dans les domaines de i) la formation; ii) la lutte contre la maladie; iii) l'utilisation des expertises; iv) la production et la distribution de médicaments essentiels et vaccins; v) la recherche et vi) la salubrité de l'environnement.

Annexe 9

53. L'ensemble des pays ont adopté les 12 indicateurs mondiaux mais peu d'entre eux sont à même d'en fournir toutes les valeurs nationales, notamment pour les indicateurs 3, 4, 6 et 8.

54. L'aperçu d'ensemble des rapports des Etats Membres a mis en évidence des domaines à renforcer pour la mise en oeuvre de la stratégie régionale, en particulier dans le développement du processus gestionnaire et de la mobilisation et la gestion des ressources.

55. Le Comité régional a mener à terme les activités à lui assignées en particulier :

i) Charte de Développement sanitaire; ii) plan d'action pour la mise en oeuvre des stratégies régionales et mondiale; iii) étude du flux international de ressources pour la Région; iv) élaboration du Budget Programme 1984-1985; v) création de programmes spéciaux de coopération avec la République populaire d'Angola, la Guinée équatoriale, le Tchad ainsi que les Mouvements de libération nationale reconnus par l'OUA (ANC, PAC, SWAPO). Le Sous-Comité reste convaincu que toute ingérence d'une puissance étrangère quelconque dans un pays de la Région ne fait que retarder la mise en oeuvre des stratégies nationales et régionale de la STP/2000.

56. Le personnel du Bureau régional et du projet interpays pour le développement du processus gestionnaire ont collaboré avec dix pays de la Région, sur leur demande, pour la préparation du premier rapport de situation.

57. Le Sous-Comité du Programme au terme de ses discussions fait au Comité régional les cinq propositions suivantes :

## PROPOSITIONS

Première proposition

58. Les Etats Membres devront recevoir un appui accru de l'OMS pour établir et/ou renforcer les mécanismes nationaux destinés à développer au moins les 12 indicateurs mondiaux.

Annexe 9

Ces mécanismes incluent l'identification du type et de la nature des informations nécessaires, leur source et les méthodes de collecte, traitement et analyse, accompagnés de la formation de personnel concerné.

Deuxième proposition

59. La formation pratique conjointe du personnel national et de l'OMS en recherche sur les services de santé, en gestion sanitaire et spécialement sur la surveillance continue et l'évaluation des stratégies permettra l'échange d'expériences acquises lors de la préparation du premier rapport. Elle entraînera un éclaircissement des problèmes rencontrés et préparera les évaluations ultérieures prévues au calendrier du plan d'action.

Troisième proposition

60. Un appui doit être fourni aux Etats Membres pour : i) mener les études sur l'utilisation des ressources pour la santé dans les pays afin de déterminer le type et les valeurs des ressources extérieures requises; ii) mieux gérer les ressources mises à leur disposition.

Quatrième proposition

61. Les pays devront mieux utiliser les supports du Bureau régional, dans le cadre d'une coopération technique renforcée, pour améliorer, grâce à l'utilisation des résultats de la surveillance continue et de l'évaluation, la préparation et la mise à jour des stratégies et plan d'action nationaux qu'ils ont ensemble définis avec l'OMS.

Cinquième proposition

62. Les pays devront identifier et adopter des meilleurs mécanismes pour utiliser les compétences des Coordonnateurs des Programmes OMS dans la mise en oeuvre de leurs stratégies nationales en vue de la santé pour tous en l'an 2000.

63. Le Sous-Comité du Programme propose au Comité régional l'adoption de d'un projet de résolution.

Annexe 9**RAPPORT SUR LA PARTICIPATION DES MEMBRES DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME AUX REUNIONS D'INTERET PROGRAMMATIQUE**Introduction

64. Le rapport sur la participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique<sup>1</sup> est présenté par le Docteur S. Diop.

65. Le Sous-Comité du Programme, lors de sa réunion du 22 septembre 1982 tenue à Libreville (République gabonaise) a décidé de se faire représenter aux trois réunions d'intérêt programmatique. Le Comité régional, par la Décision 8, a invité les membres du Sous-Comité du Programme participant à une réunion d'intérêt programmatique à présenter un rapport conjoint mettant particulièrement l'accent sur les conclusions et recommandations relatives à la mise en oeuvre du programme régional.

66. En 1982, les membres du Sous-Comité du Programme ont participé à : i) la sixième session du Comité consultatif africain de la Recherche médicale (CCARM); ii) la troisième réunion du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS), et iii) la sixième réunion du Comité permanent de la Coopération technique entre Pays en Développement.

Sixième session du CCARM

67. L'évaluation du programme régional de promotion et de développement de la recherche a été effectuée suivant les principes directeurs de l'évaluation de l'OMS contenus dans le numéro 6 de la Série "Santé pour tous" et a permis d'en examiner l'état d'avancement et d'en évaluer l'efficience, l'efficacité et l'impact.

---

<sup>1</sup> Document AFR/RC33/8.



Annexe 9

68. Les membres du Sous-Comité ont pris note avec satisfaction des nombreuses réalisations enregistrées au cours de la période 1981-1982, grâce à l'appui du Directeur régional, en particulier : i) la nomination de quatre fonctionnaires régionaux chargés de la recherche; ii) la création du Comité de Développement de la Recherche; iii) la désignation de Coordonnateurs sous-régionaux, et iv) la reconnaissance de 37 centres collaborateurs de l'OMS.

69. Les membres du Sous-Comité ont par ailleurs noté que les pays qui ont attribué ou indiqué l'attribution à court terme de fonds à la recherche dans leur budget national/OMS est passé de 6 à 17. Le nombre de pays disposant d'un conseil national de la recherche médicale ou organisme équivalent est passé de 22 à 24.

70. Le Sous-Comité du Programme note avec satisfaction que les documents présentés au CCARM mentionnent les ressources mises à la disposition des Etats Membres. Il apprécie la désignation par le Directeur régional de Coordonnateurs sous-régionaux de recherche sur proposition du CCARM et des groupes d'études spéciaux des programmes de recherche sur les services de santé (HSR) et en reproduction humaine (HRP).

71. Les membres du Sous-Comité du Programme ont fait leurs conclusions et propositions du CCARM contenues dans le document AFR/RC33/4 qui est soumis au Comité régional.

Troisième réunion du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS)

72. Les membres du Sous-Comité ont eu l'opportunité de : i) examiner les programmes à moyen terme (MTP) pour la mise en oeuvre du Septième Programme général de Travail (PGT.7); ii) analyser et vérifier que le calendrier de plan d'action régional de mise en oeuvre de la stratégie régional de la SPT est conforme aux décisions des Organes directeurs, et iii) examiner la synthèse régionale des rapports de situation sur la surveillance continue des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous en l'an 2000 (SPT/2000).

Annexe 9Programmes à moyen terme

73. Pour faire suite aux résolutions WHA35.25 et AFR/RC32/R7, le Directeur régional a procédé à la révision des MTP afin que le PGT.7 soit traduit en MTP avant le début de 1984. Ces MTP ont été envoyés aux Etats Membres afin d'obtenir leur avis dans le cadre de la concertation permanente avec le Bureau régional. Les MTP mis en forme finale serviront à l'élaboration du Budget Programme 1986-1987.

74. Chacun des MTP suit le mode de présentation identique à tous les échelons de l'Organisation. Les objectifs, buts et approches sont pertinents et conformes au PGT.7. Les membres du Sous-Comité ont constaté que la formulation est adéquate et doit permettre l'appréciation des principales composantes de l'évaluation des programmes.

75. Dans l'ensemble, les activités identifiées sont de nature à atteindre les objectifs et buts indiqués, même si certains types d'activités méritent d'être complétés pour certains programmes.

76. Les articulations entre les différents programmes méritent d'être précisées et harmonisées. Les membres du Sous-Comité ont axé leur étude sur les programmes nouveaux et les articulations avec les autres programmes.

77. A propos du Programme 3.2 "Processus gestionnaire pour le développement sanitaire national", la sélection des Coordonnateurs des Programmes de l'OMS, qu'ils soient nationaux ou internationaux, et aussi celle des personnels de l'OMS a fait l'objet de discussions franches. Il a été indiqué que les considérations politiques ou autres n'interviennent pas dans le choix des Coordonnateurs nationaux ou des personnels de l'OMS sinon pour des raisons de géopolitiques propres à la Région africaine.

Annexe 9

78. L'évaluation de l'expérience africaine de l'utilisation des nationaux comme Coordinateurs des Programmes de l'OMS est en cours; le rapport d'évaluation sera soumis au Comité régional en septembre 1984. Par ailleurs, pour les personnels de l'OMS, il existe un règlement du personnel prévoyant la sélection, mais aussi les sanctions en cas de déficience.

79. Le Sous-Comité du Programme a envisagé les différentes composantes du Programme 1.2 "Technologie diagnostique, thérapeutique et de réadaptation". L'approvisionnement en réactifs et produits de base est souligné bien que commence dans la Région la production locale de réactifs en même temps que la formation des personnels (Programme 12.1).

80. Les achats groupés des médicaments essentiels et vaccins posent des problèmes qui n'avaient pas été identifiés au début, lorsque cette idée avait été émise. En effet, les difficultés sont de tout ordre : légal, commercial, financier et monétaire. Une étude approfondie est en cours par l'intermédiaire d'une société de consultants.

81. En ce qui concerne le Programme 11.1 "Approvisionnement public en eau potable et assainissement", l'accent a été mis sur l'absence ou la déficience des mécanismes de coordination des différents secteurs et centres d'initiative et de décisions engagées.

82. Pour le Programme 13.1 "Vaccination", le Sous-Comité estime que les principaux obstacles à la mise en oeuvre de ce programme résident dans : i) l'insuffisance des responsables dans le domaine de la planification/gestion du programme; ii) des contraintes financières; iii) des contraintes liées aux moyens de transport et de communication, au mauvais approvisionnement en vaccins et aussi à l'entretien médiocre de la chaîne de froid. Le Sous-Comité note que ce programme s'intègre progressivement aux activités de santé maternelle et infantile (SMI) déployées au niveau des pays.

Annexe 9Plan d'action pour la mise en oeuvre de la stratégie régionale

83. Le plan d'action régional adopte la structure du plan d'action mondial. Dans son préambule, il rappelle les fondements politiques en citant les extraits des résolutions WHA35.25 de la Trente-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé et AFR/RC32/R7 de la trente-deuxième session du Comité régional. Les objectifs et approches régionaux sont ceux de la stratégie révisée à la lumière des développements intervenus depuis son adoption par la trente-deuxième session du Comité régional (document AFR/RC32/9).

84. Le chapitre "Stratégie et plan d'action" est conforme au plan mondial. Les mesures de soutien plus détaillées et adaptées à la Région correspondent à celles retenues au niveau mondial.

85. Les mécanismes de mobilisation des ressources tiennent compte des caractéristiques de la Région africaine et mettent l'accent sur la CTPD, notamment pour ce qui est des pays de la Ligne de front.

86. Les mécanismes à mettre en place pour la surveillance continue et l'évaluation sont ceux adoptés par le Comité régional lors de sa trente et unième session (résolution AFR/RC31/R8) et sont basés sur au moins les 12 indicateurs mondiaux.

87. Les membres du Sous-Comité estiment que le calendrier du plan d'action régional est conforme à celui retenu à l'échelon mondial par les Organes directeurs.

Sixième réunion du Comité permanent CTPD

88. Les membres du Sous-Comité du Programme qui ont participé à l'examen du rapport/synthèse des trois Groupes sous-régionaux ont souscrit aux recommandations du Comité permanent CTPD au Comité régional et qui figurent dans le document AFR/RC33/10.

89. Ces recommandations concernent : i) la formation du personnel; ii) les banques de sang; iii) la surveillance épidémiologique des maladies diarrhéiques; iv) la documentation et l'information; v) le soutien/recours des niveaux tertiaires des systèmes nationaux de santé : renvoi à l'échelon supérieur des malades ayant besoin d'un traitement, et iv) les réunions régulières des Ministres de la Santé de la Sous-Région III.

90. Le Sous-Comité invite le Comité régional à adopter un projet de résolution.

Annexe 9

## RAPPORT SUR LES VISITES DES RESPONSABLES DES ETATS MEMBRES DANS D'AUTRES PAYS DE LA REGION

91. Le Dr Diop présente le document AFR/RC33/9.
  92. Le Comité régional, lors de sa trentième session, a adopté par la Décision 9 le principe des visites de deux responsables de chaque pays d'une Sous-Région dans deux pays situés dans les autres Sous-Régions. Il a également invité le Directeur régional à appliquer, avec toute la souplesse requise, le plan des visites 1980-1985.
  93. Au 15 mai 1983, le Directeur régional a reçu le rapport de visites des responsables originaires de huit pays qui se sont rendus dans 11 autres pays de la Région. Ces visites ont fait l'objet de 12 rapports de visites, l'Ile Maurice étant visitée par la délégation du Sénégal et celle du Rwanda. La liste des rapports des visites se trouve à l'Appendice 3.
  94. Chaque rapport devait suivre le canevas de présentation que le Comité régional a approuvé lors de sa trente-deuxième session par la Décision 8 et fait mention de l'objectif du programme de visites, des activités des SSP et des conclusions et recommandations.
  95. Malgré le canevas de rapport que le Comité régional a approuvé, lors de sa trente-deuxième session par la Décision 8, la présentation des rapports figurant dans le document AFR/RC33/9 n'est pas homogène.
  96. Pour le Sous-Comité du Programme, ces visites ont permis aux responsables des Etats Membres d'échanger leurs expériences sur la mise en oeuvre des soins de santé primaires - La mise à la disposition des agents villageois de santé et en particulier des matrones.
  97. Il est indispensable d'éviter de confondre le concept ancien de service de santé de base qui était monosectoriel et le concept de SSP, multisectoriel, axé sur le développement intégré des collectivités et leur participation à la promotion de leur santé.
- Les potentialités des collectivités ne doivent pas être sous-estimées. Des exemples de participation des collectivités à la planification de leur développement sanitaire et à la gestion administrative et financière dans le domaine des médicaments par exemple, ont été soulignés par le Sous-Comité du Programme.

Annexe 9

98. Le Sous-Comité du Programme souhaite que le Secrétariat procède à l'évaluation de ce mécanisme de visites dans les pays, selon les principes directeurs de l'OMS, afin de mesurer l'adéquation des objectifs et de l'organisation des visites, leur efficacité et leur impact. Il invite le Comité régional à adopter un projet de résolution.

## RAPPORT DU COMITE PERMANENT SUR LA CTPD

Présentation

99. Le document AFR/RC33/10 est présenté par le Dr S. Diop

100. Conformément à la Décision de procédure 10 de la trente-deuxième session du Comité régional, cinq thèmes ont été examinés par les trois groupes de travail sous-régionaux CTPD : i) formation du personnel; ii) banque de sang; iii) surveillance épidémiologique des maladies diarrhéiques; iv) documentation et information; v) soutien/recours des niveaux tertiaires des systèmes de santé.

101. Le groupe de travail de la Sous-Région III a de plus discuté du document élaboré par le Zimbabwe sur les "Réunions régulières des ministres de la santé".

Formation du personnel

102. Le Comité permanent de la CTPD a procédé à l'analyse de la situation générale qui prévaut en matière de formation du personnel dans l'optique des stratégies mondiale, régionale et nationales de la santé pour tous d'ici à l'an 2000 et a fait ressortir les caractéristiques de la Région africaine. Le Comité a remarqué que des efforts ont été faits dans le développement des politiques nationales en matière de personnels de santé mais que, bien souvent, le manque de ressources, en particulier financières, est la cause de la pénurie en personnels de santé qualifiés. Le Comité est d'avis que tous les établissements de formation de toutes catégories devraient bénéficier des mécanismes de la CTPD, car tous les pays ne peuvent s'offrir toutes les catégories de formation.

Annexe 9Banque de Sang

103. Le Comité permanent, dans l'examen du document préparé par le Ghana et relatif à ses services de transfusion sanguine, s'accorde à reconnaître que la plupart des pays ne disposent pas d'infrastructures adéquates qui répondent aux critères de banque de sang. De l'avis du Comité, l'organisation de véritables banques de sang est freinée par l'absence ou l'inadéquation des ressources en personnels et des ressources technologiques. Dans le domaine technologique, la CTPD pourrait intervenir par exemple dans la fabrication, au niveau régional ou sous-régional, de "contenants en verre" destinés au recueil et à la conservation du sang.

Surveillance épidémiologique des maladies diarrhéiques

104. Les membres du Comité sont d'avis que les maladies diarrhéiques constituent un grave problème de santé, nécessitant une attention particulière de la part des pays. Ces maladies sont en effet liées au problème d'approvisionnement en eau, à l'assainissement et aux pratiques d'alimentation des enfants. Les membres du Comité ont souligné l'importance de coordonner les activités relatives à l'eau, à l'assainissement, à la nutrition et aux maladies diarrhéiques, ceci d'abord au niveau national, afin que les autres pays puissent bénéficier de l'expérience ainsi réalisée. De même, l'accent a été mis sur la nécessité de coordination entre les différents secteurs concourant au développement socio-économique du pays.

Documentation/Information

105. Dans ces paragraphes, le Comité s'accorde à souligner l'importance des statistiques sanitaires et des informations socio-sanitaires dans la mise en oeuvre et la surveillance des stratégies nationales en vue de la santé pour tous d'ici à l'an 2000. Pour la mise en oeuvre et l'évaluation des stratégies, des informations relatives à un nombre limité d'indicateurs doivent être collectées et traitées. L'accent devant être mis sur ces

Annexe 9

informations, toutes les ressources en personnel et les ressources en matériels doivent être concentrées sur ces informations qui pourront, de ce fait, devenir plus fiables.

Soutien/Recours des niveaux tertiaires des systèmes nationaux de santé : renvoi àl'échelon supérieur des malades ayant besoin d'un traitement

106. Le Comité étudie dans ces paragraphes le problème de l'inadéquation des systèmes de santé dans un certain nombre de pays qui engendre l'évacuation des malades vers des centres spécialisés ou mieux équipés, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du pays. Cette évacuation, surtout à l'extérieur du pays, est jugée très onéreuse, en particulier quand elle se fait vers l'Europe. Le Comité souligne les problèmes d'ordre social, matériel et de communication qui doivent être étudiés soigneusement afin que tous les pays puissent bénéficier des institutions des pays de la Région.

Réunions régulières des ministres de la santé

107. Ce document relate la genèse de l'idée de réunir périodiquement les ministres de la santé de la Sous-Région III. Le Comité y souligne l'impérieuse nécessité pour les ministres de la santé de la Sous-Région III de se réunir régulièrement pour débattre des questions importantes qui leur sont communes et d'évaluer l'état d'avancement de la mise en oeuvre des solutions collectivement décidées.

Discussions

108. Le Sous-Comité du Programme a axé ses discussions sur les recommandations du Comité permanent. Il a reconnu que les Etats Membres ont la responsabilité de la formation de leur personnel de santé. Il estime cependant que le Bureau régional pourrait diffuser, encore plus largement qu'il ne le fait actuellement, des directives concernant la formation des équipes de santé. Les membres du Sous-Comité ont constaté



Annexe 9

que les secteurs prioritaires de formation déterminés par les Groupes de Travail CTPD et approuvés par le Comité permanent se recouvrent pour la plupart; ils auraient souhaité que les critères ayant contribué à la détermination de ces priorités aient été mentionnés.

Recommandations

109. Le Sous-Comité fait siennes les recommandations du Comité permanent.

Formation du personnel

110. Les Etats Membres devront :

- i) renforcer la coopération intersectorielle dans la formation des personnels de santé pour mieux utiliser le personnel une fois formé;
- ii) organiser des réunions périodiques à l'échelon sous-régional des directeurs des institutions groupées en réseau coopératif;
- iii) réorienter les programmes de formation vers les secteurs prioritaires : SSP, lutte antivectorielle, santé publique, zoonoses, assainissement, pollution, santé des travailleurs, contrôle des denrées alimentaires, formation des formateurs;
- iv) mettre au point des plans de développement et d'utilisation des personnels à l'occasion des réunions annuelles des Groupes sous-régionaux CTPD grâce à la communication directe entre les pays, la liaison avec le Bureau régional et l'échange de visites;
- v) favoriser les échanges d'information dans les domaines suivants : soins de santé primaires, formation des formateurs, formation post-universitaire;

Annexe 9

- vi) organiser des séminaires nationaux, des ateliers et stages de formation avec participation de nationaux d'autres pays d'une même Sous-Région;
- vii) communiquer régulièrement au Directeur régional leurs priorités en matière de formation pour identification et placement dans les centres de formation des pays voisins;
- viii) porter à l'attention du Bureau régional, pour diffusion au niveau des pays de la Région, les progrès réalisés dans la mise en oeuvre des mécanismes de la CTPD.

Banque de sang

111. Les Etats Membres devront :

- i) renforcer les banques de sang existantes;
- ii) créer au moins une banque de sang nationale;
- iii) encourager les dons de sang bénévoles, grâce à l'établissement de politiques, plans et programmes nationaux concernant les services de transfusion sanguine;
- iv) utiliser au mieux les mécanismes CTPD, y compris l'échange de consultants entre les pays afin d'aider à installer des banques nationales de sang dans les pays qui en expriment le désir.

112. Le Directeur régional devra coopérer avec les Etats Membres qui le souhaitent pour l'établissement de centres de transfusion sanguine équipés pour la préparation de produits sanguins, de récipients en verre neutre et la formation de personnels qualifiés dans la collecte, le contrôle, la conservation et la distribution du sang.

Annexe 9Surveillance épidémiologique des maladies diarrhéiques

113. Les Etats Membres devront :

- i) coordonner les activités relatives à l'eau, l'assainissement, la nutrition et au contrôle des maladies diarrhéiques;
- ii) organiser des cours de recyclage, pour les personnels de santé de niveaux primaire et secondaire sur la collecte et la notification des données concernant les maladies diarrhéiques;
- iii) motiver et mobiliser les collectivités pour améliorer la surveillance épidémiologique des maladies diarrhéiques;
- iv) intégrer la lutte contre les maladies diarrhéiques dans les programmes nationaux de surveillance épidémiologique des maladies transmissibles;
- v) former, en étroite coopération avec le Bureau régional, des statisticiens et épidémiologistes de haut niveau pour la collecte et le traitement des données.

114. Le Bureau régional devra :

- i) coordonner et appuyer les efforts entrepris par les Etats Membres, dans le cadre des organismes sous-régionaux (OCEAC, CEPGL, OCAM, CILSS, Institut du Sahel, Commonwealth Health Secretariat, etc.), pour améliorer la surveillance épidémiologique des maladies diarrhéiques, notamment aux frontières;
- ii) poursuivre sa collaboration avec les Etats Membres dans l'élaboration de programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques.

Documentation/Information

115. Les Etats Membres devront introduire les éléments pertinents d'information sanitaire dans les programmes de formation des catégories de personnel de santé, du fait de leur importance dans la gestion sanitaire et la surveillance épidémiologique.

116. Les Etats Membres qui se sont proposés de produire des documents de travail pour les réunions des Groupes de Travail sous-régionaux devront les soumettre dans les délais impartis.

117. Le Directeur régional devra :

- i) en collaboration avec les Etats Membres, organiser périodiquement des cycles de formation continue sous forme de cours, séminaires et ateliers au niveau sous-régional;
- ii) mieux soutenir, par le système d'information du Bureau régional, les systèmes nationaux d'informations sanitaires pour corriger les lacunes observées.

Soutien/Recours des niveaux tertiaires des systèmes nationaux de santé : Renvoi à l'échelon supérieur des malades ayant besoin d'un traitement

118. Les pays de la Région devront mettre leurs ressources en commun de telle sorte qu'une formation spécialisée puisse être assurée dans la Région elle-même. Le Directeur régional devra :

- i) dresser un inventaire des ressources disponibles dans la Région au niveau tertiaire des soins de santé;
- ii) diffuser ce document aux Etats Membres.

Annexe 9

119. Par ailleurs, le Comité permanent suggère au Comité régional d'inviter les Etats Membres à renforcer leur appui aux Mouvements de Libération nationale reconnus par l'OUA et à leur accorder les facilités en ce qui concerne les traitements de leurs malades au niveau local ou leur transfert si nécessaire vers d'autres pays de la Région pour des soins spécialisés.

Réunion des Ministres de la Santé de la Sous-Région III

120. Pour faire suite aux discussions qui ont eu lieu dans la Sous-Région III, les Ministres de la Santé de la Sous-Région pourraient choisir une des alternatives suivantes :

- i) réunion des Ministres de la Santé tous les trois ou quatre ans;
- ii) réunion soit avant, soit pendant, soit immédiatement après la réunion du Groupe de Travail CTPD de la Sous-Région;
- iii) réunion dans un des pays de la Sous-Région, à une date à déterminer; le premier pays serait tiré au sort et l'ordre alphabétique des noms des pays serait adopté pour les lieux des réunions ultérieures;
- iv) réunion précédant de peu ou suivant les Assemblées mondiales de la Santé ou les sessions du Comité régional, réduisant ainsi les frais d'organisation.

## SUJETS A INSCRIRE POUR 1984-1985

121. Le Comité régional, lors de sa trente-deuxième session, par la Décision 10, a retenu les thèmes suivants pour 1984 :

- i) Organisation de la SMI et CTPD (Mauritanie);
- ii) Etude des effets des décharges industrielles (Nigéria);
- iii) Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement, évaluation à la mi-décennie (tous les pays et AFRO).

Annexe 9

122. Le Sous-Comité du Programme propose les deux thèmes additionnels suivants :

- i) Médecine traditionnelle et pharmacopée africaine (Guinée et Madagascar);
- ii) Coordination intersectorielle dans les soins de santé primaires sous l'angle de la CTPD (Ouganda).

123. Le Sous-Comité du Programme propose les thèmes suivants pour les discussions des Groupes sous-régionaux de Travail CTPD en 1985 :

- i) Formation des travailleurs des SSP, y compris les accoucheuses traditionnelles (Cameroun);
- ii) Hygiène dans les formations hospitalières (Niger);
- iii) Financement de la santé et relations entre les organismes donateurs et les pays bénéficiaires (Lesotho et Niger);
- iv) Evaluation de la mise en oeuvre des SSP depuis Alma-Ata (Lesotho);
- v) CTPD et lutte antipaludique (Maurice);
- vi) Bilan des progrès réalisés en matière de soins aux handicapés, depuis l'Année internationale des Handicapés (Zambie).

#### RENOUVELLEMENT DU COMITE PERMANENT

124. Conformément à la résolution AFR/RC29/R9, le Comité permanent CTPD a procédé au renouvellement du seul membre dont le mandat arrive à expiration. La Haute-Volta est remplacée par le Libéria après tirage au sort.

125. Le Sous-Comité du Programme suggère au Comité régional d'amender le paragraphe 2 du dispositif de la résolution AFR/RC29/R9 comme suit : "Accepte la proposition du Comité permanent CTPD et décide que les membres dudit Comité seront à partir de 1984 renouvelés part quarts, par tirage au sort, les trois premières années et ensuite, à l'expiration de leur mandat dont la durée est fixée à quatre ans. Le pays sortant ne sera rééligible que lorsque tous les pays de la Sous-Région auront siégé au Comité permanent".

Annexe 9

## CATALOGUE DES PROJETS SUSCEPTIBLES D'ETRE FINANCES PAR DES RESSOURCES EXTRABUDGETAIRES SOUMIS EN 1983

126. Le Comité permanent a passé en revue les projets inscrits dans le catalogue diffusé aux donateurs durant le biennium 1982-1983. Le Comité note avec satisfaction que le Bureau régional a mis en oeuvre la recommandation de la réunion du GARS/2000 tenue à Brazzaville en juin 1982, relative à l'insertion dans le catalogue des projets dont le financement est obtenu grâce à l'intervention de l'OMS. Le Sous-Comité du Programme invite les Etats Membres à mettre à jour, en collaboration avec le Bureau régional, la liste des projets susceptibles d'être financés par des ressources extrabudgétaires.

127. Le Sous-Comité soumet au Comité régional deux projets de décision et un projet de résolution.

## CONCLUSIONS

128. Le Sous-Comité a examiné attentivement le document sur la surveillance continue des progrès réalisés, dans la mise en oeuvre des stratégies nationales et régionale de la Santé pour tous.

129. La synthèse régionale des premiers rapports de situation est basée sur la contribution de 32 pays de la Région. Elle est centrée sur la surveillance de la pertinence des politiques et les progrès réalisés.

130. Les rapports des Etats Membres montrent dans l'ensemble la pertinence des politiques nationales qui mettent l'accent sur les considérations sociales et la prise en charge de leur propre santé par les collectivités.

131. Le Sous-Comité a souligné l'injustice délibérée à laquelle se trouvent exposés les pays de la Région qui dérive de l'ingérence inadmissible de certaines grandes puissances qui retarde le développement sanitaire en Afrique.

Annexe 9

132. Les fonctions et structures du Secrétariat régional ont été examinées et l'accent a été mis sur le fonctionnement des mécanismes de gestion qui doivent permettre de renforcer le dialogue et la coopération avec les Etats Membres. Ainsi le Secrétariat a fourni des explications sur le fonctionnement : i) de la CTPD; ii) du GARS/2000; iii) de la réunion régionale pour le programme etc.

133. Il ressort de l'examen du rapport de situation que les domaines comme le développement du processus gestionnaire et la capacité de mobilisation et de gestion des ressources devraient être renforcées.

134. Les activités assignées au Comité régional par le plan d'action pour la mise en oeuvre de la stratégie mondiale ont été achevées comme prévu en particulier : i) la charte de développement sanitaire; ii) les plans d'action pour la mise en oeuvre des stratégies régionales et mondiale; iii) l'étude du flux international des ressources pour la Région et iv) l'élaboration du Budget Programme 1984-1985. Le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique s'est en outre assigné les activités additionnelles spécifiques à la Région concernant l'Apartheid, les pays de la Ligne de Front et le Tchad.

135. Un des principaux problèmes demeure celui des indicateurs mondiaux. Les valeurs nationales des 12 indicateurs mondiaux ne sont disponibles que dans trois pays seulement. Les valeurs mentionnées sont la plupart du temps des valeurs moyennes qui n'indiquent pas les différences géographiques à l'intérieur des pays.

136. Le Sous-Comité formule cinq propositions au Comité régional concernant :

- i) le développement des indicateurs;
- ii) la formation en recherche sur les services de santé et en gestion sanitaire;
- iii) l'identification et la mobilisation des ressources pour la mise en oeuvre des stratégies;



Annexe 9

iv) la Coopération technique dans le domaine de la surveillance continue et l'évaluation et;

v) l'adoption de meilleurs mécanismes pour utiliser les compétences des Coordonnateurs des Programmes de l'OMS.

137. Le Sous-Comité a noté avec satisfaction les réalisations enregistrées dans le domaine de la recherche au cours de la période 1981-1982 grâce à l'appui du Bureau régional.

138. Les membres du Sous-Comité ont constaté que la formulation des programmes à moyen terme paraît pertinente et conforme au PGT.7. Ils se sont intéressés plus particulièrement sur le rôle des Coordonnateurs dans la mise en oeuvre des stratégies nationales et des critères qui devraient fonder leur sélection - le rapport sur l'évaluation de l'expérience africaine de l'utilisation des Coordonnateurs nationaux permettra de prendre les mesures adéquates.

139. Le Sous-Comité a pris note des avis du CCADS sur le plan d'action régional pour la mise en oeuvre de la stratégie; les mécanismes à mettre en place pour la surveillance continue et son évaluation sont basés sur les douze indicateurs mondiaux et le calendrier est conforme à celui retenu à l'échelon mondial.

140. Les visites des responsables des Etats Membres sont fructueuses en raison de l'échange d'expériences qu'elles entraînent. Cependant pour rendre les rapports de visites plus instructifs, le Sous-Comité propose que le Secrétariat édite ces rapports selon le canevas adopté par le Comité régional et procède à l'évaluation de ce mécanisme.

141. Le Sous-Comité fait siennes les recommandations du Comité permanent CTPD relatives à : i) la formation du personnel; ii) la banque de sang; iii) la surveillance épidémiologique des maladies diarrhéiques; iv) la documentation - information; v) le soutien - recours des niveaux tertiaires des systèmes nationaux de santé et vi) les réunions régulières des ministres de la santé de la Sous-Région III.

Annexe 9

APPENDIX/APPENDICE/APÊNDICE 1

LIST OF PARTICIPANTS  
LISTE DES PARTICIPANTS  
LISTA DOS PARTICIPANTES

## MALI

M. Seydou Ousmane Diallo  
Directeur de Cabinet  
Ministère de la Santé publique  
et des Affaires sociales  
Bamako

Dr A. Ag Rhaly  
Directeur général  
Institut national de Recherche  
B.P. 1771  
Bamako

M. Mamadou Namory Traore  
Directeur de la Planification et de  
la Formation sanitaire et sociale  
Ministère de la Santé publique  
et des Affaires sociales  
Bamako

MAURITANIA  
MAURITANIE

Dr Moustapha Sidatt  
Coordonnateur national des Programmes OMS  
Nouakchott

Dr Mohamed Lamine Ba  
Directeur de la Santé  
B.P. 177  
Nouakchott

MAURITIUS  
MAURICE  
ILHA MAURÍCIA

Dr B. Ghurburrun  
Minister of Health  
Ministry of Health  
Port Louis

Dr J. C. Mohith  
Principal Medical Officer  
c/o Ministry of Health  
Port Louis

Appendix/Appendice/Apêndice 1

Annexe 9

## NIGER

Dr J. Wright  
Coordonnateur national des Programmes OMS  
Niamey

Mlle F. Z. Alzouma  
Directrice-Adjointe  
Enseignement Education sanitaire  
et nutritionnelle  
Ministère de la Santé publique  
et des Affaires sociales  
Niamey

## NIGERIA

Dr U. Shehu  
Coordonnateur national des Programmes OMS  
Lagos

RWANDA  
RUANDA

Dr E. Hakizimana  
Secrétaire général  
Ministère de la Santé publique  
B.P. 84  
Kigali

M. S. Ndayambate  
Chef de Division  
Ministère de la Santé publique  
B.P. 84  
Kigali

Dr M. Rutijanwa  
Directeur Hôpital Rwamagana  
B.P. 84  
Kigali

SAO TOME AND PRINCIPE  
SAO TOME ET PRINCIPE  
SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

M. A. S. M. Lima  
Director de Assistência Médica  
C.P. 23  
São Tomé

Annexe 9Appendix/Appendice/Appendice 1

## SENEGAL

Dr Doudou Ba  
Directeur de la Recherche, de la  
Planification et de la Formation  
Ministère de la Santé publique  
Dakar

Dr Oumar Sylla  
Faculté de Médecine et de Pharmacie  
Dakar

Dr Madiou Touré  
Coordonnateur national des Programmes OMS  
Dakar

SEYCHELLES  
ILHAS SEYCHELLES

Dr S. K. Chetty  
Principal Medical Officer  
Ministry of Health  
P.O. Box 56  
Victoria

Ms. P. D. Revera  
Assistant Secretary  
Ministry of Health  
P.O. 56  
Victoria, Mahé

SIERRA LEONE  
SERRA LEOA

Dr Fasuluku Suku-Tamba  
Hon. Minister of Health  
Gloucester Street  
Freetown

Dr (Mrs) M. Browne  
Deputy Chief Medical Officer  
Ministry of Health  
Freetown

Mr Alpha Mackie  
Permanent Secretary  
Ministry of Health  
Gloucester Street  
Freetown

Appendix/Appendice/Appendice 1

Annexe 9

OBSERVER  
OBSERVATEUR  
OBSERVADOR

M. M. J. Orenbuch  
Représentant Communauté française de Belgique  
et Université libre de Bruxelles  
Institut de Sociologie  
44, avenue Jeanne  
1050 Bruxelles  
Belgique

## PROGRAMME DE TRAVAIL

1. Ouverture de la réunion
2. Rapport de situation sur la surveillance continue des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies nationales et régionale de la Santé pour tous en l'an 2000 (document AFR/RC33/12)
3. Rapport sur la participation des Membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique (document AFR/RC33/8)
4. Rapport sur les visites des responsables des Etats Membres dans d'autres pays de la Région (document AFR/RC33/9)
5. Rapport du Comité permanent sur la Coopération technique entre pays en développement (document AFR/RC33/10)
6. Adoption du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC33/7)
7. Distribution des tâches pour la présentation du rapport du Sous-Comité au Comité régional (document AFR/RC33/7)
8. Clôture de la réunion.

## LISTE DES RAPPORTS DES VISITES

ANGOLA (DELEGATION DU MOZAMBIQUE)  
REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE (DELEGATION DU NIGER)  
LESOTHO (DELEGATION DU MOZAMBIQUE)  
MAURICE (DELEGATION DU SENEGAL)  
MAURICE (DELEGATION RWANDAISE)  
NIGER (DELEGATION RWANDAISE)  
NIGERIA (DELEGATION ZAMBIENNE)  
RWANDA (DELEGATION DU SENEGAL)  
SENEGAL (DELEGATION MALGACHE)  
SOUAZILAND (DELEGATION DE L'OUGANDA)  
CAMEROUN (DELEGATION DE LA ZAMBIE)  
ZAMBIE (DELEGATION ETHIOPIENNE)

(AFR/RC33/25)

ANNEXE 10

## RAPPORT FINAL DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME

## INTRODUCTION

1. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni le 21 septembre 1983 à Brazzaville (Congo), à la fin des travaux de la trente-troisième session du Comité régional. On trouvera à l'Appendice 1 la liste des participants.
2. Le Dr Z. M. Dlamini (Souaziland) a été élu Président, le Dr Houangbe-Houenassou (Togo) Vice-Président et le Dr J. J. Bastos Dos Santos, Rapporteur.
3. Le programme de travail a été adopté (Appendice 2).

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

4. Le Directeur du Programme de Soutien a présenté le document AFR/RC33/24 qui comportait deux annexes. La première énumérait les membres du Sous-Comité ayant participé aux réunions d'intérêt programmatique depuis 1977. La seconde fournissait des informations sur les réunions prévues en 1983/1984 et pour lesquelles la participation du Sous-Comité est considérée comme souhaitable; elle suggérait en outre les membres qui devraient participer aux réunions indiquées.
5. Après avoir discuté la liste des réunions et des participants suggérés, le Sous-Comité a décidé ce qui suit :



Annexe 10

REUNIONS D'INTERET PROGRAMMATIQUES AUXQUELLES DOIVENT PARTICIPER  
LES MEMBRES DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME - 1983/1984

Nom, Lieu et date de la réunion	Objectif	Langue	Membres participants proposés
1. Réunions régionale pour le programme (RPM.7) Brazzaville, 7-11 novembre 1983	Evaluer la mise en oeuvre du programme régional pour la période 1982-1983; exprimer des points de vue sur le projets de budget-programme pour 1984-1985	E/F/P	Angola Souaziland Togo Zaïre
2. Septième réunion des Doyens et Directeurs des Facultés, Ecoles de médecine et Centres universitaires des Sciences de la Santé Brazzaville, 5-9 décembre 1983		E/F/P	Angola Nigéria
3. Réunion régionale pour le programme (RPM.8) Brazzaville, 20-24 février 1984	Examiner le budget-programme pour 1986-1987	E/F/P	Angola Souaziland Togo Ouganda Zaïre
4. Comité consultatif africain du développement sanitaire Brazzaville, 30 mai - 3 juin 1984	Donner des avis sur l'utilisation optimale des ressources de l'OMS en vue d'appuyer directement les Etats Membres	E/F/P	Sénégal Sierra Leone Ouganda
5. Comité permanent de la CTPD (ARG/2000) Brazzaville, 4-8 juin 1984	Donner des avis sur les voies et moyens d'obtenir des ressources extra-budgétaires pour atteindre l'objectif Santé/2000; promouvoir des échanges d'information sur les besoins en matière de santé, les ressources existantes et leur utilisation.	E/F/P	Nigéria Rwanda Seychelles République unie du Cameroun

Annexe 10

## DATE ET LIEU DE LA PROCHAINE REUNION

6. Le Président a rappelé aux membres que la prochaine réunion du Sous-Comité du Programme aurait lieu comme d'habitude deux jours avant la trente-quatrième session du Comité régional qui se tiendra à Brazzaville (Congo) en septembre 1984.

## CLOTURE DE LA REUNION

7. Le Président a remercié les membres du Sous-Comité du Programme de leur aimable coopération et de l'assistance qu'ils lui avaient donnée pour mener à bien sa tâche, et il leur a souhaité bonne chance en attendant la prochaine réunion en septembre 1984.

Annexe 10

## APÉNDICE1/ APPENDICE 1

LIST OF PARTICIPANTS  
LISTE DES PARTICIPANTS  
LISTA DOS PARTICIPANTES

## ANGOLA

Dr J. J. Bastos des Santos  
Director do Gabinete de Intercâmbio Internacional  
Luanda

## NIGERIA

Hon. D. C. Ugwu  
Minister of Health  
Ministry of Health  
Lagos

Mr I. F. Akintade  
Under Secretary  
Federal Ministry of Health  
Lagos

## RWANDA

## RUANDA

Dr E. Hakizimana  
Secrétaire général  
Ministère de la Santé publique  
Kigali

## SAO TOME AND PRINCIPE

## SAO TOME ET PRINCIPE

## SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

Dr A. Soares Marques de Lima  
Director de Assistência Médica  
São Tomé

## SENEGAL

Prof. Doudou Ba  
Directeur de la Recherche, de la Planification et de la Formation  
Ministère de la Santé publique  
Dakar

Prof. El Hadj Oumar Sylla  
Conseiller technique  
Ministère de la Santé  
Dakar

Dr Madiou Touré  
Coordonnateur national des Programmes OMS  
Dakar

Appendice 1Annexe 10

## SEYCHELLES

Ms P. D. Revera  
Assistant Secretary (Health)  
Ministry of Health  
Victoria

## SIERRA LEONE\*

SERRA LEOA

## SOUAZILAND

SUAZILÂNDIA

Dr Z. M. Dlamini  
Director of Health Services  
Ministry of Health  
Mbabane

## TOGO

Dr T. M. Houenassou-Houangbé  
Directeur général de la Santé publique  
Ministère de la Santé publique  
Lomé

## OUGANDA

UGANDA

Dr J. H. Kyabaggu  
Assistant Director of Medical Services (PHC)  
Ministry of Health  
Entebbe

Mr J. K. Gaifuba  
Chief Health Education Officer  
Ministry of Health  
Entebbe

Mr M. A. Nyeko  
Health Economist  
Ministry of Health  
Entebbe

---

\* N'a pu participé.

Não pôde participar

Annexe 10Appendice 1

CAMEROON

CAMEROUN

CAMARŌES

Dr G. Kasseng Maben  
Directeur de la médecine préventive et de l'hygiène publique  
Ministère de la Santé publique  
Yaoundé

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

ZAIRE

Dr Kabamba Nkamany  
Médecin-Directeur  
Ministère de la Santé publique  
Kinshasa

## PROGRAMME DE TRAVAIL

1. Ouverture de la réunion
2. Election du Président, du Vice-Président et du Rapporteur
3. Participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique 1983/1984 (document AFR/RC33/24)
4. Date et lieu de la prochaine réunion
5. Clôture de la réunion.

(AFR/RC33/13)

ANNEXE 11

IMPLICATIONS GESTIONNAIRES DE L'APPROCHE  
INTERSECTORIELLE ET MULTIDISCIPLINAIRE DANS LA MISE EN OEUVRE  
DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

Rapport des discussions techniques

INTRODUCTION

1. Les discussions techniques de la trente-troisième session du Comité régional se sont déroulées à Brazzaville le 17 septembre 1983 sur le thème "Implications gestionnaires de l'approche intersectorielle et multidisciplinaire dans la mise en oeuvre des soins de santé primaires". Les discussions techniques ont été présidées par le Dr Carlos Alberto Pires Tiny, les participants ci-après étant désignés comme Rapporteurs :

- Dr Nimi Ambrosio Divenguele (Angola)
- Dr Chafbou Beja Abdou (Comores)
- Dr Daniel Makuto (Zimbabwe).

Les discussions ont eu lieu en trois groupes de travail : un anglophone, un francophone et un trilingue avec interprétation simultanée. Les groupes de travail ont élu comme Présidents :

- L'honorable Dr E. R. Nkwasiwe (Ouganda)
- Dr Evariste Hakizimana (Rwanda)
- Dr Antonio Pedro Delgado (Cap-Vert).

2. Monsieur S. A. Amoah du Ghana Institute of Management and Public Administration (GIMPA) et le Dr B. Ramaroson de l'Université de Madagascar, conseillers temporaires, ont préparé le document de travail<sup>1</sup> qui a été présenté par le Dr C. A. P. Tiny, Président des discussions techniques.

<sup>1</sup> AFR/RC33/TD/1.

Annexe 11

3. Le Président a noté dans son exposé que le Comité régional avait choisi ce sujet parce qu'il revêt une grande importance dans le contexte de la mise en oeuvre de la stratégie de la "santé pour tous en l'an 2000". Il a été noté que l'approche monosectorielle utilisée par le passé n'avait pas permis d'obtenir les résultats escomptés.

4. Le Président a souligné que cette approche intersectorielle avait des implications gestionnaires auxquelles les pays membres devaient être sensibilisés au cours des discussions. Les problèmes de cette approche intersectorielle sont mis en lumière dans le document AFR/RC33/TD/1.

5. Selon le Président, il faudra envisager la santé dans le contexte global du développement socio-économique puisqu'elle en fait partie intégrante. Par conséquent, il faut adopter une approche intersectorielle pour s'attaquer aux problèmes de santé car la tâche exige la collaboration étroite de tous les secteurs.

6. Le Président a illustré les efforts de collaboration nécessaires en énumérant les divers secteurs dont l'intervention est requise pour améliorer l'état de santé. Le problème de la nutrition est cité en exemple dans le document pour montrer que de bonnes récoltes ne suffisent pas pour améliorer l'état nutritionnel d'une population s'il n'existe pas aussi de moyens de transport et de communication adéquats.

7. De même, l'approche intersectorielle exige une collaboration plus étroite et plus ouverte entre les divers départements ministériels aux niveaux national, intermédiaire et périphérique.

8. Cet effort de collaboration a, selon le Président, des implications gestionnaires importantes et il a fait remarquer que le document de travail traitait largement de ces implications. Il a souligné que, parmi les problèmes de gestion à résoudre pour arriver à une approche intersectorielle, figurent :



- i) la restructuration de l'appareil administratif existant, qui est peu maniable, rigide et mal adapté;
- ii) l'établissement d'objectifs précis et de procédures nouvelles;
- iii) l'élimination des méthodes anciennes qui s'opposent à la coordination intersectorielle;
- iv) l'application de méthodes et de procédures nouvelles pour assurer une collaboration intersectorielle, et
- v) le développement de compétences gestionnaires pour la mobilisation des ressources et la participation communautaire.

9. Le Président a fait remarquer d'autre part qu'il faut un engagement politique ferme pour introduire les changements nécessaires, qui doivent intervenir au niveau organique et au niveau interpersonnel.

10. Le Président s'est ensuite étendu sur ce qui doit être fait à tous les niveaux pour que le changement nécessaire ait lieu. Il a souligné la nécessité de :

- i) décentraliser la coordination pour la rendre plus aisée;
- ii) déléguer la prise de décision aux niveaux intermédiaire et local;
- iii) constituer des équipes intersectorielles pour gérer les services de santé;
- iv) identifier les fonctionnaires possédant les compétences gestionnaires et les réaffecter dans des zones périphériques tout en les motivant;

Annexe 11

- v) établir une communication efficace entre le secteur santé et les autres secteurs;
- vi) utiliser une coordination informelle et verbale aux niveaux intermédiaire et périphérique;
- vii) introduire des politiques et pratiques administratives qui faciliteront la coordination intersectorielle en évitant les doubles emplois.

11. Le Président a conclu que la SPT/2000 risque de rester une utopie aussi longtemps que les Etats Membres n'auront pas adopté l'approche intersectorielle et multidisciplinaire dans la mise en oeuvre des soins de santé primaires. Ceci implique pour les Etats Membres une meilleure compréhension de cette approche. Le Président a alors invité les participants à soumettre le document à un examen critique, à réfléchir sur les problèmes, et à faire des recommandations pertinentes.

12. Parmi les composantes des systèmes de santé, citons la promotion, la prévention, les soins et la réadaptation. Il convient d'identifier et d'analyser le type de coordination intersectorielle et de mécanismes pour planifier et mettre en oeuvre les actions nécessaires en ce qui concerne chacune de ces composantes. La promotion et la prévention sont les principales approches qui permettront d'atteindre la "Santé pour tous en l'an 2000" (SPT/2000). Ce sont ces composantes qui exigent un maximum de coordination intersectorielle.

Discussions

13. Les discussions ont suivi dans tous les groupes les sept questions fondamentales soulevées par le document de travail. Les principales observations sont rapportées ci-après.

## STRUCTURE ACTUELLE DE LA GESTION DES SSP

14. Les participants ont noté que l'administration nationale dans les Etats Membres avait ses racines dans l'administration coloniale. Ils ont estimé qu'il était essentiel qu'elle soit adaptée à la culture locale et réorientée vers les soins de santé primaires (SSP).
15. La structure actuelle est caractérisée par une forme centralisée d'administration qui ne permet pas de planifier et de mettre en oeuvre les SSP au niveau communautaire. Il est urgent de décentraliser cette administration et de sensibiliser le personnel de santé à l'approche intersectorielle et multidisciplinaire. Toutefois, il convient de noter que la décentralisation n'assure pas automatiquement une bonne participation des collectivités au processus gestionnaire. Il est donc nécessaire de passer par une étape préparatoire pendant laquelle il est indispensable de bien faire comprendre les objectifs et les priorités aux collectivités.
16. Les participants ont également noté que les pays disposent de comités intersectoriels pour certains programmes tels que la nutrition, l'approvisionnement en eau et l'assainissement, la santé mentale, etc., qui ne sont pas coordonnés par le mécanisme sanitaire approprié au niveau national.
17. Toutefois, la décentralisation exige dans la plupart des pays une réorganisation complète des services, des départements, et du ministère lui-même, ce qui est susceptible d'engender des conflits et une résistance au changement.

Annexe 11

18. La réorganisation devra se faire en abattant les barrières qui existent actuellement dans les ministères de la santé qui empêchent l'instauration d'un dialogue entre les divers départements et qui constituent un obstacle à la coordination des diverses activités. Une telle réorganisation sera le premier pas qui permettra aux autres ministères de participer à la planification et à la programmation intersectorielle et multidisciplinaire des SSP. Le principal obstacle à cette approche se trouve au niveau central parce que, comme déjà mentionné, la famille et le village sont les meilleurs exemples d'activités intersectorielles fondées sur une distribution spontanée des tâches. Ceci est d'autant plus vrai dans la Région africaine où la tradition, qui fondamentalement axée sur la collectivité, persiste malgré les activités destructrices et égocentriques de la période coloniale.

19. En ce qui concerne la gestion, la question est de savoir combien de pays de la Région disposent des moyens matériels et du potentiel nécessaires, notamment en ce qui concerne la planification à moyen et à long terme. A cet égard, il est proposé que les ministères de la santé fassent preuve d'imagination et d'un esprit novateur pour sensibiliser les autres départements intéressés au développement global en leur montrant les avantages qu'offre une approche intersectorielle et multidisciplinaire.

20. Il convient particulièrement d'attirer l'attention des ministères de la planification et des finances sur l'importance de la composante "Santé" dans les projets de développement socio-économique. En effet, on se rend compte qu'un des principaux obstacles à l'approche intersectorielle et multidisciplinaire est celui de la disponibilité des ressources au moment de la mise en oeuvre.

21. Le Ministère de la Santé doit établir un dialogue avec les autres départements en leur fournissant les données nécessaires pour susciter au moment opportun leur intérêt sur les répercussions des activités de développement sur la santé.

#### TEXTES LEGAUX ET REGLEMENTAIRES POUR L'APPROCHE INTERSECTORIELLE

22. Le groupe a noté qu'il convenait de disposer de directives pour formuler des règlements et une réglementation afin de promouvoir l'approche intersectorielle et appuyer les SSP.

23. Une apathie pour décentraliser et réorganiser les ministères de la santé, une résistance à la coordination et une formation inadéquate des personnels sont les principaux obstacles à l'introduction de l'approche intersectorielle et multidisciplinaire dans le processus de développement socio-économique d'ensemble et des SSP en particulier.

Il a été suggéré que ces obstacles soient surmontés grâce à une législation appropriée appuyée par une volonté politique exprimée à un niveau élevé.

Toutefois, les participants ont fait remarquer que la simple existence des lois aussi bien formulées soient-elles, ne pouvait suffire à résoudre le problème, les modalités de leur application dépendant de la volonté politique.

#### MECANISMES PERMETTANT D'APPUYER L'APPROCHE INTERSECTORIELLE

24. Les participants ont souligné la nécessité de fournir des informations suffisantes sur les SSP aux autres secteurs afin d'obtenir leur coopération.

Il est essentiel que tous les secteurs intéressés participent à la planification, à la mise en oeuvre, à la surveillance continue et à l'évaluation des programmes SSP. Les ministères doivent s'efforcer

Annexe 11

d'éduquer convenablement les collectivités en ce qui concerne les activités des SSP. Une sensibilisation et une acceptation des programmes SSP seront ainsi obtenues dans le cadre de l'approche intersectorielle. A cette fin, l'éducation pour la santé doit être un élément essentiel de toutes les activités des SSP. Il a été suggéré que les ministères de la santé jouent un rôle de coordination dans cette action et fournissent le matériel d'information approprié.

25. A cet égard, les participants ont noté l'expérience de mécanismes existant dans les Etats Membres, tels que les groupes d'intervention intersectoriels des SSP, les groupes de soutien technique, etc., dont le principal rôle est d'aider les ministères de la santé à planifier et à mettre en oeuvre les programmes des SSP.

26. Etant donné les problèmes auxquels les ministères de la santé sont confrontés pour obtenir un appui et en particulier pour financer les programmes des SSP et également du fait que la santé n'est pas encore tout à fait considérée comme un outil du développement socio-économique, la question a été posée de savoir s'il ne serait pas préférable que les programmes des SSP soient placés sous la houlette des autorités du pays au niveau le plus élevé. Toutefois, comme la santé est une question technique, il a été estimé que les ministères de la santé devaient rester responsables de tous les programmes de santé. Il a été souligné la nécessité d'une concertation et d'une collaboration étroites entre les ministères de la santé et les autorités du pays au niveau le plus élevé pour promouvoir la participation intersectorielle aux SSP.

27. Les participants ont recommandé une décentralisation de la prise de décision pour les SSP ainsi que la formation de groupes de coordination intersectoriels et multidisciplinaires avec la pleine participation des collectivités pour assurer le succès des activités des SSP.

28. Afin d'obtenir une coordination avec les autres secteurs, les participants ont estimé que les programmes devaient être intégrés ou que les projets devaient être exécutés conjointement. Ils ont recommandé la mise en place d'un groupe conjoint pour examiner les programmes; les ministères de la santé doivent également définir les tâches qui sont confiées à chaque secteur participant au développement sanitaire. La mise au courant des dirigeants politiques du plus haut niveau a été considérée comme un puissant facteur de promotion.

29. Les participants ont fait observer que les mécanismes existants, tels que les réunions du cabinet, des secrétaires permanents, etc., pouvaient offrir l'occasion de susciter une coopération et une collaboration intersectorielles. D'autre part, il faudrait également encourager les techniciens de différents ministères à se réunir à cette fin.

#### AMELIORATION DE LA COORDINATION ET DE LA COLLABORATION ENTRE LES SERVICES DU MINISTERE DE LA SANTE

30. Les participants ont fait remarquer que pour que les ministères de la santé puissent adopter et appliquer efficacement l'approche plurisectorielle, il est indispensable que les activités dans le secteur de la santé soient pleinement intégrées et coordonnées. Cela exige que le personnel du ministère de la santé et tous les autres personnels de santé soient parfaitement au courant de la stratégie des SSP.

Annexe 11

31. Il a été signalé que la collecte et la diffusion des informations au sein des ministères de la santé laissent à désirer, ce qui provoque des difficultés sur le plan de la coordination. Il faut s'assurer que les informations recueillies soient pertinentes et qu'elles soient aisément et correctement exploitées par tous les intéressés.

32. Les participants ont fait observer que les hauts fonctionnaires n'ont pas suffisamment l'occasion de rencontrer les personnels de santé, du fait des lourdes responsabilités qui leur incombent. Il a été recommandé, comme premier pas vers la décentralisation, d'encourager la délégation de pouvoirs au personnel subalterne compétent.

## FORMATION A LA GESTION POUR FACILITER L'APPROCHE INTERSECTORIELLE

33. Les participants ont attaché beaucoup d'importance à cette question. Ils ont estimé, par exemple, que l'absence de capacité gestionnaire explique 70 % des déficiences du système d'approvisionnement, en particulier pour les médicaments.

34. Les participants ont souligné que l'approche fondée sur les SSP exige un changement d'attitude et de conception chez tous les agents chargés du développement. Cela n'est possible que par une réorientation des programmes de formation, lesquels doivent mettre l'accent sur la compétence en matière de gestion et de communication.

35. Les participants ont fait observer que la composante "formation du personnel" à tous les niveaux revêt une telle importance dans le processus gestionnaire des SSP que les échecs sur le terrain sont souvent dûs à l'ignorance des personnels de santé en matière de communication; il faut donc intégrer la communication dans les programmes



de formation, afin de favoriser une meilleure compréhension des communautés rurales et de briser leur résistance culturelle aux idées nouvelles.

36. Les participants ont noté que, dans la plupart des cas, l'enseignement médical dans la Région continue de relever du Ministère de l'Education. Ils ont souligné la nécessité d'une collaboration étroite entre les ministères de la santé et de l'éducation pour faire en sorte que les personnels formés soient bien préparés à leur tâche dans le contexte local.

37. Les diverses catégories de personnels de santé formés dans des institutions différentes éprouvent souvent de la difficulté à travailler en équipe. Il est donc indispensable de modifier leur formation pour les préparer au travail d'équipe.

38. Les participants ont relevé un certain nombre de contraintes, notamment la résistance au changement, le manque de compétence et de motivation chez ceux qui enseignent la gestion des SSP et le problème que pose l'introduction de programmes nouveaux par suite de la réglementation en vigueur. Il faut donc prévoir une formation de base visant à développer et à promouvoir un comportement favorable à l'approche intersectorielle et multidisciplinaire du développement des SSP. Pour parvenir à ce résultat, il faut réorienter les programmes d'étude des instituts de formation des personnels de santé, principalement en y introduisant des cours de gestion. Il convient aussi d'intégrer les SSP dans les programmes d'étude d'autres instituts de formation tels que les écoles nationales d'administration et les centres de gestion.

Annexe 11

39. Les participants ont noté que certains pays s'efforcent déjà d'organiser des séminaires et des ateliers multidisciplinaires et intersectoriels. Cependant, il est nécessaire d'adapter les directives en vigueur afin de former aux SSP les agents des divers services chargés du développement. Dans ce contexte, il a été proposé d'organiser au niveau des pays des séminaires et ateliers de brève durée à l'intention du personnel des ministères et des hauts fonctionnaires de différents secteurs afin de les familiariser avec la stratégie des SSP.

## SOUTIEN INFORMATIONNEL POUR LA MISE EN OEUVRE DES SSP

40. Les participants ont noté qu'il fallait multiplier le nombre des ateliers interpays pour promouvoir les SSP et pour faciliter l'échange d'information et d'expérience. Il a été recommandé que les équipes interpays au niveau régional participent davantage à cette activité dans les pays.

41. Les participants ont fait observer que la coopération technique entre pays en développement (CTPD) est un mécanisme très utile pour diffuser les informations sur les SSP au niveau interpays. Il a été recommandé de promouvoir les échanges de visites parmi les pays de la Région, le Bureau régional devant dégager des ressources suffisantes à cet effet.

42. La Réunion du Programme régional (RPM) offre une occasion d'examiner et d'évaluer les programmes de SSP dans la Région qui pourront être renforcés à la lumière de la nouvelle stratégie prévoyant l'utilisation optimale des ressources de l'OMS au niveau des pays.

43. Il a été jugé absolument nécessaire que le personnel du Bureau régional de l'OMS se rende dans les pays pour se familiariser avec les programmes nationaux afin de contribuer efficacement au développement des SSP.

44. Les participants ont estimé qu'il était indispensable de connaître l'expérience acquise en ce qui concerne la mise en oeuvre des SSP dans la Région, qu'elle ait été ou non couronnée de succès. En vue de favoriser la diffusion de telles informations, les activités suivantes ont également été recommandées :

- i) renforcement de l'information des personnels de santé chargés de la communication/formation/motivation de ces personnels; cette approche conduira à une meilleure utilisation des grands moyens d'information pour la promotion des SSP;
- ii) production et diffusion de films et préparation de monographies sur l'expérience acquise dans le domaine des SSP; publication dans la lettre d'AFRO d'information concernant la mise en oeuvre des SSP;
- iii) large diffusion d'études de cas sur les SSP dans les pays;
- iv) renforcement et meilleure utilisation des mécanismes de la CTPD, notamment grâce à des visites de fonctionnaires des Etats Membres dans d'autres pays de la Région et à des réunions de CTPD aux niveaux sous-régional et régional. Les visites dans les pays seraient plus profitables si leur durée était prolongée. Outre les contacts noués dans la capitale, les visiteurs devraient se rendre auprès des communautés pour s'y entretenir avec leurs dirigeants et avec les responsables de diverses associations (femmes, jeunes, travailleurs). La délégation de visiteurs devrait se composer de personnels participant à ce processus, y compris les dirigeants de la communauté et les membres d'organisations non-gouvernementales;

Annexe 11

- v) publication dans une revue régionale des comptes rendus d'expériences déjà faites, qu'elles aient réussi ou non; ces comptes rendus doivent faire l'objet d'une large diffusion, en particulier dans les centres de formation nationaux et régionaux;
- vi) organisation de réunions (séminaires, ateliers) où serviront de base de discussion les comptes rendus d'expériences satisfaisantes en matière de SSP;
- vii) diffusion d'exemples illustrant la formation appliquée des personnels des SSP dans les pays où cette expérience a été couronnée de succès;
- viii) utilisation des administrateurs de projets SSP satisfaisants comme personnels d'appoint pour les réunions, les services consultatifs et les ateliers.

## CONCLUSIONS

45. Le Comité régional a choisi ce thème parce qu'il a estimé que les efforts que déploient les Etats Membres pour résoudre les problèmes de santé ont été principalement fondés sur une approche "monosectorielle" qui s'est révélée peu productive. En conséquence, il a souligné que l'accent doit être désormais mis sur une approche intersectorielle pour résoudre les problèmes de santé.
46. L'approche intersectorielle exige une coopération franche et plus ouverte entre les nombreux départements ministériels aux niveaux national, intermédiaire et périphérique.

47. Les problèmes de gestion à résoudre sont les suivants :

- i) la restructuration de l'appareil administratif peu maniable, rigide et mal adapté;
- ii) l'établissement d'objectifs précis et de procédures nouvelles;
- iii) l'élimination des méthodes anciennes qui s'opposent à la coordination intersectorielle;
- iv) l'établissement de nouvelles méthodes et procédures pour la collaboration sectorielle, et
- v) le développement de compétences gestionnaires pour la mobilisation des ressources et la participation communautaire.

48. Parmi les mesures à prendre à ces deux niveaux, citons :

- i) coordination;
- ii) délégation des pouvoirs de décision aux niveaux intermédiaire et périphérique;
- iii) mise en place d'équipes intersectorielles;
- iv) identification et motivation des responsables ayant les compétences gestionnaires requises au niveau périphérique;
- v) mise en place d'un système de communication efficace entre le secteur santé et les autres secteurs;
- vi) utilisation d'une coordination officieuse et verbale aux niveaux intermédiaire et périphérique;
- vii) introduction des approches et politiques qui faciliteront la coordination intersectorielle.

Annexe 11

49. Il convient de décentraliser de toute urgence l'administration et de sensibiliser le personnel de santé à l'approche intersectorielle et multidisciplinaire. La décentralisation exige dans la plupart des pays une réorganisation complète des départements et du ministère lui-même. Cette réorganisation sera la première étape vers une prise de conscience des autres ministères qui participent à la planification et à la programmation intersectorielle et multidisciplinaire des SSP. On a observé que les principaux obstacles à cette approche existent au niveau central et parmi ces derniers citons une résistance à la coordination et une formation insuffisante des personnels. La famille et le village sont le meilleur exemple d'une activité multisectorielle fondée sur la répartition spontanée des tâches.
50. Les Ministères de la Planification et des Finances devront être en particulier sensibilisés à l'importance de la composante "Santé" dans les projets de développement socio-économique. Le Ministère de la Santé devra établir un dialogue avec les autres départements en leur fournissant des données pertinentes et quantifiées afin de susciter un intérêt pour les répercussions que peuvent avoir sur la santé les activités de développement projetées.
51. Il est essentiel que tous les secteurs intéressés participent à la planification, à la mise en oeuvre, à la surveillance continue et à l'évaluation des programmes des SSP. Les ministères devront s'efforcer d'éduquer convenablement les collectivités en ce qui concerne les activités des SSP.
52. Avant que les ministères de la santé puissent adapter et utiliser efficacement l'approche intersectorielle, il est essentiel que les activités au sein du secteur santé soient totalement intégrées et unifiées.

53. Il convient de veiller à ce que l'information recueillie soit pertinente, facilement comprise, bien diffusée et utilisée par tous les intéressés.
54. L'approche SSP exige un changement d'attitude et de mode de pensée de la part de tous les agents du développement. Ceci n'est possible que par une réorientation des programmes de formation qui devront mettre l'accent sur les compétences en matière de gestion et de communication.
55. Diverses catégories de personnels de santé formées dans des établissements différents ont souvent des difficultés à travailler en équipe. Un certain nombre de contraintes ont été recensées, notamment la résistance au changement, le manque de compétence et de motivation chez les enseignants pour la gestion des SSP.
56. Des efforts sont actuellement déployés pour organiser des séminaires et ateliers multidisciplinaires et intersectoriels. Il convient d'organiser un plus grand nombre de conférences-ateliers interpays pour promouvoir les SSP et pour faciliter les échanges d'informations et d'expériences. Il a été recommandé d'encourager les échanges de visites entre les pays de la Région.
57. Les groupes ont estimé que la connaissance des expériences relatives à la mise en oeuvre des SSP dans la Région, qu'elles soient couronnées de succès ou non, était essentielle et devait être largement diffusée.
58. L'importance de la femme comme partenaire du développement socio-économique, au même titre que l'homme, a été soulignée par les participants. Cette importance est cependant loin d'être reconnue dans la majorité des pays en développement en général et de la Région africaine en particulier, compte tenu de l'instabilité professionnelle de la femme, liée à son statut matrimonial. Cette apparente instabilité a même poussé à préconiser la formation "d'hommes/accoucheurs" ("male midwives").

Annexe 11

59. Il n'y aurait pas de SPT/2000 si à partir d'exemples concrets les Etats Membres ne se décident à faire entrer dans les mécanismes quotidiens de gestion l'approche intersectorielle et multidisciplinaire. A défaut d'action rationnelle au niveau des noeuds d'articulation des secteurs du développement socio-économique, nous continuerons d'être sceptiques sur les possibilités de mettre en place des systèmes nationaux de santé efficaces fondés sur les SSP. Chacune des composantes des SSP peut être l'objet d'une expérience utile en matière d'approche multisectorielle et pluridisciplinaire.

60. Les ministères de la santé ont un rôle clé à jouer à cet égard en commençant par améliorer la coordination intrasectorielle, en brisant les inutiles cloisons entre les différents services qui nuisent à l'efficacité des actions de développement sanitaire.



ALLOCUTION DE M. D. BOUSSOUKOU-BOUMBA, MINISTRE DE LA SANTE ET DES AFFAIRES  
SOCIALES DE LA REPUBLIQUE POPULAIRE DU CONGO, PRESIDENT ELU  
DE LA TRENTE-TROISIEME SESSION DU COMITE REGIONAL

Monsieur le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique,

Excellences Messieurs les Ministres de la Santé des Etats  
Membres et chers collègues,

Distingués membres des délégations des Etats Membres,

Distingués Représentants des organisations internationales,  
bilatérales et organisations non gouvernementales,

Mesdames et Messieurs,

1. Permettez-moi de vous remercier sincèrement de l'honneur que vous venez de faire à mon pays, la République populaire du Congo, en me proposant et en m'élisant à la présidence de la trente-troisième session de notre Comité.
2. La fonction est certes honorable, très enviée, mais aussi astreignante. Je m'efforcerai donc d'être à la hauteur de l'énorme responsabilité que vous venez de me confier.
3. Je tâcherai pour cela d'imiter, au moins, le dévouement et la compétence de mon prédécesseur, le Ministre de la Santé de la République gabonaise dont le pays a su organiser, à la grande satisfaction de tous, la trente-deuxième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Que notre ami et frère, le Ministre Okias veuille bien accepter nos très sincères félicitations.
4. Le mandat que vous venez de me confier, et que personne ne considère comme une simple formalité, se situe à un moment de crise économique et financière particulièrement aiguë et dont les conséquences sur la santé des peuples n'est plus à démontrer. Les guerres, civiles par ici, raciales par là, impérialistes plus loin, viennent aggraver une situation déjà catastrophique. Certains de nos pays, déchiquetés, attendent de l'Afrique, pour leur redressement, des actes de solidarité agissante. Notre responsabilité à tous, Messieurs les Ministres, Messieurs les délégués, est immense.
5. Mon pays, la République populaire du Congo, est toujours disposé à appuyer les efforts en faveur de la paix, les solutions négociées, même si elles impliquent des arbitrages délicats. Nous sommes de ceux qui pensent qu'il est honorable et sensé de convertir les dépenses en armements sophistiqués, et l'aide en armements, en dépenses favorisant les secteurs socio-sanitaires. J'espère pour cela, que le souhait exprimé par le Docteur Quenum, au cours de sa conférence de presse, sera entendu de ceux qui expriment avec promptitude, une générosité meurtrière et coûteuse, qui se solde par les ruines et le deuil, comme le disait Victor Hugo après le passage des Turcs à Chio.

Annexe 12

Monsieur le Directeur régional,

Honorables délégués,

6. Le rapport biennal du Directeur régional de notre Organisation pour la période 1981-1982 résume à la fois l'activité du Siège et de ses organes d'exécution dans le cadre de ses missions habituelles et de celles plus spécifiques que les Etats Membres lui ont demandé d'entreprendre.
7. Le Directeur régional en rend compte avec clarté et objectivité. Le constat reste que malgré les efforts déployés par les gouvernements pour améliorer leurs systèmes de santé, beaucoup reste à faire dans nos pays pour atteindre l'objectif social de la santé pour tous d'ici à l'an 2000. Mais il nous faut néanmoins nous armer de patience et de courage pour poursuivre résolument nos programmes de développement sanitaire selon nos stratégies nationales, en utilisant au mieux nos ressources diverses qui peuvent être majorées par l'action réciproquement bénéfique de la coopération bilatérale et l'aide des organisations internationales.
8. Pour la République populaire du Congo la voix la plus autorisée, celle de notre Chef le Président Denis Sassou-Nguesso, Président du Comité central du Parti congolais du Travail, Chef de l'Etat, Président du Conseil des Ministres, s'est fait entendre à l'ouverture solennelle de nos présentes assises. Le Camarade Président de la République vous a résumé notre politique sanitaire, souligné nos préoccupations en matière de développement socio-sanitaire, ainsi que la volonté politique pour résoudre nos problèmes de santé et poursuivre les efforts entrepris en vue d'atteindre l'objectif social de la santé pour tous d'ici à l'an 2000. Il n'a pas manqué de porter sa caution à la démarche de l'OMS et de son Directeur régional pour inciter les pays à utiliser toutes les ressources possibles à leur portée leur permettant de régler leurs problèmes de santé. Je ne puis que me sentir réconforté et me disposer à écouter les expériences des Etats frères d'Afrique qui sont certainement enrichissantes pour les uns et les autres.
9. Un fait est certain, c'est que tenant compte de la similitude de nos situations historiques et géographiques, de la modestie de nos économies et de nos ressources technologiques, la CTPD nous offre un cadre favorable pour accentuer les recherches en vue du développement socio-sanitaire.

Annexe 13

populaire du Congo pour l'importance qu'ils ont jugé bon d'accorder à cet événement et pour l'accueil qui nous a été réservé dans cette belle capitale de Brazzaville où les conditions matérielles nous ont permis de participer efficacement aux travaux du Comité.

7. Finalement, Monsieur le Président, je tiens à remercier chaleureusement tous ceux qui ont contribué au succès de cette session du Comité régional, et plus particulièrement Monsieur le Directeur régional et son équipe du Secrétariat qui ont travaillé inlassablement pour que l'efficacité soit la qualité dominante de toutes nos séances de travail.

8. Je m'adresse ensuite à toute la presse écrite, filmée et parlée à laquelle j'exprime nos remerciements pour avoir suivi régulièrement le déroulement de nos travaux.

Monsieur le Président,

Distingués Délégués,

9. J'espère avoir exprimé de façon succincte les sentiments de chacune des délégations ici présentes auxquelles je tiens à souhaiter un bon voyage de retour, une bonne reprise des tâches qui les attendent dans leurs pays respectifs ainsi que la poursuite des efforts qu'ils déploient pour la libération totale de l'Afrique et enfin pour le développement socio-économique auquel nous aspirons tous et à l'amélioration du bien-être physique, mental et social de nos populations.

Je vous remercie.

ALLOCUTION DE CLOTURE DE M. D. BOUSSOUKOU-BOUMBA,  
MINISTRE DE LA SANTE ET DES AFFAIRES SOCIALES DE LA REPUBLIQUE POPULAIRE DU CONGO,  
PRESIDENT DE LA TRENTE-TROISIEME SESSION DU COMITE REGIONAL

Monsieur le Directeur régional,

Honorables Délégués des Etats Membres,

Distingués invités,

Mesdames,

Messieurs,

1. Nous voici arrivés au terme de nos travaux après des débats sérieux et sincères qui les ont caractérisés et ce, à travers tous les points inscrits à l'ordre du jour. Les résultats sont à mon avis satisfaisants, car les échanges de points de vue ont été fructueux et enrichissants pour les uns et les autres.

Honorables Délégués,

2. L'examen du Rapport biennal du Directeur régional pour la période 1981-1982 et celui du rapport du Sous-Comité du Programme, avec les discussions qui en ont résulté nous éclairent davantage sur l'importance du travail qui s'effectue au Bureau régional et l'attention que les Etats-Membres doivent accorder aux réunions du Sous-Comité du Programme, aux visites des responsables de l'action sanitaire dans d'autres pays de la Région dans le cadre de la coopération technique entre Pays en développement.

3. Il a été constaté que nos systèmes de santé comportent encore bien des faiblesses et des défaillances; cela est caractéristique de toute entreprise humaine à portée sociale; le contraire nous aurait plutôt étonné. L'essentiel est que, devant l'oeuvre immense à réaliser dans nos Etats respectifs pour le développement socio-sanitaire qui ne devrait plus s'arrêter, nous maintenions l'engagement auquel nous avons souscrit librement en adoptant la Charte de la Stratégie mondiale de la Santé pour tous qui nous oblige et nous rappelle constamment à mobiliser suffisamment de ressources aussi bien humaines que matérielles et financières pour atteindre cet objectif.

4. Nous tâcherons, je le souhaite, de mettre à exécution et de suivre les résolutions que nous venons d'adopter au cours de cette 33ème session du Comité régional, notamment de poursuivre une coopération dynamique avec le Bureau régional et accroître les activités de coopération entre nos Etats.

Annexe 14

5. Avant de terminer, je voudrais féliciter tous les participants à cette session pour le travail laborieux que nous venons d'accomplir. Mes félicitations s'adressent aussi bien au Directeur régional qu'à tous ses collaborateurs. Nous retenons du Directeur régional, sa clarté de vue sur les problèmes que lui impose sa charge et la détermination louable qui le caractérise pour l'accomplissement des missions confiées au Secrétariat du Comité régional.
6. Je m'en voudrais si j'oubliais nos aimables interprètes et traducteurs ainsi que les membres du Secrétariat qui ont facilité la tâche du Comité.
7. Je souhaite aux Honorables Délégués un bon retour dans leurs pays respectifs et un travail fécond en vue de la santé pour tous d'ici à l'an 2000.
8. Je vous remercie de votre aimable attention. Et je déclare close la 33ème session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.