

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

Lusaka
11-18 septembre 1985

RAPPORT DU COMITE REGIONAL

Brazzaville
Octobre 1985

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. Comité conjoint de Coordination TDR	2
6. Renouvellement du Comité permanent de la Coopération technique entre Pays en Développement	3
7. Choix des sujets des discussions techniques	3
8. Sujets à étudier par les sous-groupes de travail CTPD en 1988	4
9. Désignation du Président et du Président suppléant des discussions techniques pour 1986	4
10. Dates et lieux des trente-sixième et trente-septième sessions du Comité régional	4
11. Incidences régionales des ordres du jour de la soixante-dix-septième session du Conseil exécutif et de la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé	5
12. Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé	5
13. Discussions techniques à la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé	7
RESOLUTIONS	8
AFR/RC35/R1 Rapport régional d'évaluation de la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000	8
AFR/RC35/R2 Participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique	9
AFR/RC35/R3 Visites des responsables de Etats Membres dans d'autres pays de la Région	10

	<u>Page</u>
AFR/RC35/R4	Coopération technique entre pays en développement ... 11
AFR/RC35/R5	Lutte antipaludique 13
AFR/RC35/R6	Lutte contre les maladies diarrhéiques, y compris le choléra 15
AFR/RC35/R7	Evaluation de l'expérience africaine d'utilisation des nationaux comme Coordonnateurs des Programmes de l'OMS 16
AFR/RC35/R8	Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif 19
AFR/RC35/R9	Programme élargi de Vaccination dans la Région africaine : Evaluation à la mi-Décennie 20
AFR/RC35/R10	Réunions du Comité régional 22
AFR/RC35/R11	Développement et coordination de la recherche biomédicale et de la recherche sur les systèmes de santé 23
AFR/RC35/R12	Rapport biennal du Directeur régional 24
AFR/RC35/R13	Motion de remerciements 25

PARTIE II

	<u>Paragraphes</u>
SEANCE D'OUVERTURE	1 - 11
ORGANISATION DU TRAVAIL	12 - 15
ALLOCUTION DU DIRECTEUR GENERAL ET ACTIVITES DE L'OMS DANS LA REGION AFRICAINE : RAPPORT BIENNAL 1983-1984 DU DIRECTEUR REGIONAL	16 - 58
DEVELOPPEMENT ET COORDINATION DE LA RECHERCHE BIOMEDICALE ET DE LA RECHERCHE SUR LES SYSTEMES DE SANTE	59 - 72
POLITIQUE EN MATIERE DE BUDGET PROGRAMME	73 - 98
PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION (PEV) : EVALUATION A LA MI-DECENNIE	99 - 127
MODALITES DE MISE EN OEUVRE DES RESOLUTIONS D'INTERET REGIONAL ADOPTEES PAR L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE ET LE CONSEIL EXECUTIF	128 - 154

	<u>Paragaphes</u>
INCIDENCES REGIONALES DES ORDRES DU JOUR DE LA TRENTE-HUITIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE	155 - 158
METHODE DE TRAVAIL ET DUREE DE L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE ..	159 - 166
DISCUSSIONS TECHNIQUES DE LA TRENTE-NEUVIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE (1986) : "COOPERATION INTERSECTORIELLE ET PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE DANS LES STRATEGIES NATIONALES DE LA SANTE POUR TOUS D'ICI L'AN 2000"	167 - 179
RAPPORT REGIONAL D'EVALUATION DE LA MISE EN OEUVRE DES STRATEGIES DE LA SANTE POUR TOUS EN L'AN 2000	180 - 213
RAPPORT SUR LA PARTICIPATION DES MEMBRES DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME AUX REUNIONS D'INTERET PROGRAMMATIQUE	214 - 221
VISITE DES RESPONSABLES DES ETATS MEMBRES DANS D'AUTRES PAYS DE LA REGION	222 - 234
COOPERATION TECHNIQUE ENTRE PAYS EN DEVELOPPEMENT (CTPD)	235 - 252
EVALUATION DE L'EXPERIENCE AFRICAINE D'UTILISATION DES NATIONAUX COMME COORDONNATEURS DES PROGRAMMES OMS	253 - 273
RAPPORT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES 1985 : RECHERCHE SUR LES SYSTEMES DE SANTE : INSTRUMENT DE PROMOTION ET DE DEVELOPPEMENT DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES	274 - 285
DESIGNATION DU PRESIDENT ET DU PRESIDENT SUPPLEANT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES POUR 1986	286 - 287
CHOIX DU THEME DES DISCUSSIONS TECHNIQUES POUR 1987	288 - 290
DATES ET LIEUX DES TRENTE-SIXIEME ET TRENTE-SEPTIEME SESSIONS DU COMITE REGIONAL	291 - 297
CONCLUSIONS	298 - 310
CLOCTURE DE LA SESSION	311 - 317

ANNEXES

	<u>Page</u>
1. Allocution de M. D. S. Katopola, Ministre de la Santé de la République du Malawi, Premier Vice-Président de la trente-quatrième session	119
2. Allocution du Dr G. L. Monekosso, Directeur régional ...	124
3. Allocution d'ouverture prononcée par Son Excellence le Dr K. D. Kaunda, Président de la République de Zambie ..	133

	<u>Page</u>
4. Allocution prononcée par le Dr H. Mahler, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé	142
5. Ordre du jour	152
6. Ordre du jour provisoire de la trente-sixième session du Comité régional établi le 11 juillet 1985	154
7. Liste des participants	156
8. Liste des documents	179
9. Rapport du Sous-Comité du Programme	181
10. Rapport des discussions techniques : Recherche sur les systèmes de santé : instrument de promotion et de développement des soins de santé primaires	222
11. Rapport de la réunion du Sous-Comité du Programme du 18 septembre 1985	235
12. Allocution de clôture de Monsieur C. Mwananshiku, Ministre de la Santé de la Zambie, Président de la trente-cinquième session du Comité régional	241
13. Allocution de clôture de Son Excellence M. Kebby S. K. Musokotwane, Premier Ministre, Membre du Comité central, Membre du Parlement de la République de Zambie	246

PARTIE I

DECISIONS DE PROCEDURE

1. Constitution du Sous-Comité des Désignations

Le Sous-Comité des Désignations, réuni le mercredi 11 septembre 1985, est composé des représentants des pays suivants : Angola, Bénin, Burkina Faso, République centrafricaine, Congo, Ethiopie, Ghana, Malawi, Mauritanie, Seychelles, Zambie et Zimbabwe. Le Sous-Comité a élu le Dr J. G. Sambo (Angola) comme Président.

Deuxième séance, 11 septembre 1985

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

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

Président : Hon. Mr C. M. Mwananshiku
Ministre de la Santé (Zambie)

Vice-Présidents :

- Premier Prof. A. Agbeta
Ministre de la Santé publique,
des Affaires sociales et
de la Condition féminine (Togo)

- Second Dr J. G. Sambo
Vice-Ministre de la Santé (Angola)

Rapporteurs : Dr F. Sequeira
Ministre de la Santé (Sao Tomé et Principe)

Dr E. T. Maganu (Botswana)

Dr V. M'Barindi (République centrafricaine)

Rapporteurs pour les discussions techniques :

Dr A. N. Kolawole (Nigéria)

Dr (Mme) R. T. Tshabalala (Souaziland)

Dr M. Saleh (Mauritanie)

Troisième séance, 11 septembre 1985

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 : Algérie, Cameroun, Congo, Maurice, Nigéria, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Seychelles, Souaziland, Zaïre et Zimbabwe. Il a élu le Dr (Mme) R. T. Tshabalala (Souaziland) comme Président.

Troisième séance, 11 septembre 1985

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 : Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, République centrafricaine, Tchad, Comores, Congo, Guinée équatoriale, Ethiopie, Gabon, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Côte d'Ivoire, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Seychelles, Sierra Leone, Souaziland, Togo, Ouganda, République unie de Tanzanie, Zaïre, Zambie et Zimbabwe. La Gambie n'était pas représentée à la trente-cinquième session du Comité régional; d'autre part, le Sous-Comité n'a pu examiner les pouvoirs du Sénégal.

Cinquième séance, 12 septembre 1985

5. Comité conjoint de Coordination TDR

Le Comité régional prend note que le Membre sortant du Comité conjoint de Coordination TDR en fonction de la Décision de procédure 12 du RC33 est la Mauritanie. Il le remercie de sa contribution au développement de la recherche sur les maladies tropicales à l'échelon régional et mondial. Il désigne le Niger pour le remplacer pendant les trois prochaines années.

Neuvième séance, 17 septembre 1985

6. Renouvellement du Comité permanent de la Coopération technique entre Pays en Développement

Le Comité régional a pris acte de la fin du mandat des pays suivants : Guinée équatoriale, Lesotho et Sénégal. Il remercie ces pays pour leur contribution à la promotion et au développement de la CTPD.

Il désigne l'Algérie, l'Ethiopie et la Tanzanie pour les remplacer.

Neuvième séance, 17 septembre 1985

7. Choix des sujets des discussions techniques

Le Comité régional, sensible aux messages contenus dans les allocutions du Directeur régional et du Directeur général invitant les Etats Membres à l'action en se fixant des objectifs cibles et reconnaissant, par ailleurs, la haute priorité d'organiser dans chaque pays un appui approprié en SSP aux niveaux opérationnel, technique et stratégique, approuve la proposition du Directeur régional et décide d'établir le plan triennal suivant pour les discussions techniques :

1987 : Appui opérationnel aux soins de santé primaires (niveau périphérique).

1988 : Appui technique aux soins de santé primaires (niveau intermédiaire).

1989 : Appui stratégique aux soins de santé primaires (niveau central).

Neuvième séance, 17 septembre 1985

8. Sujets à étudier par les sous-groupes de travail CTPD en 1988

Le Comité demande au Directeur d'harmoniser les sujets à étudier par les sous-groupes de travail CTPD avec les sujets des discussions techniques du Comité régional pour 1987, 1988 et 1989 (Décision de procédure 7).

Neuvième séance, 17 septembre 1985

9. Désignation du Président et du Président suppléant des discussions techniques pour 1986

Le Comité régional désigne le Dr Georges Oluwole Sofoluwe et M. Martial Mboumba comme Président et Président suppléant des discussions techniques de la trente-sixième session qui auront pour thème : "Approche des soins de santé primaires pour la promotion et la protection de la santé des travailleurs de l'agriculture durant la Décennie de Développement industriel en Afrique".

Neuvième séance, 17 septembre 1985

10. Dates et lieux des trente-sixième et trente-septième sessions du Comité régional

Le Comité régional décide de tenir sa trente-sixième session au Siège régional à Brazzaville (Congo) en septembre 1986 et sa trente-septième session à Bamako (République du Mali) en septembre 1987. Lors de sa trente-quatrième session, le Comité régional avait pris note des aimables invitations de la République du Niger et de la République du Burundi. Les dates seront fixées en conformité avec la résolution AFR/RC35/R10.

Neuvième séance, 17 septembre 1985

11. Incidences régionales des ordres du jour de la soixante-dix-septième session du Conseil exécutif et de la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé

Le Comité régional approuve l'ordre du jour de la trente-sixième session du Comité régional proposé par le Directeur régional dans l'Annexe 4 du document AFR/RC35/6.

Il invite le Président de la trente-cinquième 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, 13 septembre 1985

12. Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé

Président de l'Assemblée mondiale de la Santé

1) Le candidat éventuel à la Présidence de l'Assemblée mondiale de la Santé sera désigné lors de la trente-septième session en 1987. Le Comité invite le Directeur régional à lui proposer les critères devant lui faciliter le choix dudit candidat à la Présidence de l'Assemblée mondiale de la Santé.

Vice-Président de l'Assemblée mondiale de la Santé

2) Le Président de la trente-cinquième session du Comité régional sera proposé au poste d'un des cinq Vice-Présidents de la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en mai 1986. Si pour une raison quelconque, le Président du Comité régional en exercice n'est pas en mesure de remplir ce mandat, l'un des Vice-Présidents du Comité régional l'exercera à sa place selon l'ordre indiqué par tirage au sort (Premier et Deuxième Vice-Présidents). Dans le cas où le Président en exercice du Comité et les deux Vice-Présidents se trouveraient dans l'impossibilité de remplir 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 Premier Vice-Président et du Deuxième Vice-Président assureront par ordre de priorité la fonction de Vice-Président de l'Assemblée mondiale de la Santé.

Commissions principales de l'Assemblée mondiale de la Santé

3) Le Directeur général, en consultation avec le Directeur régional, considèrera, 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.

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

4) Les Etats Membres de la Région africaine dont les mandats expirent à la fin de la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé sont l'Ethiopie et le Ghana.

5) Les nouveaux membres du Conseil exécutif seront désignés par le Libéria et Madagascar.

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

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

Clôture de la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé

8) Le Représentant de la République du Cameroun s'exprimera, au nom de la Région, à la clôture de la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé.

Réunion informelle du Comité régional

9) Elle sera convoquée par le Directeur régional pour le lundi 5 mai 1986, à 10 h 00, au Palais des Nations à Genève pour confirmer ou réviser les décisions prises par la trente-cinquième session du Comité régional.

Sixième séance, 13 septembre 1985

13. Discussions techniques à la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé

Le Comité régional prie le Directeur régional de transmettre au Directeur général le document AFR/RC35/19 et les chapitres de son rapport final intitulé : "Coopération intersectorielle et participation communautaire dans les Stratégies nationales de la Santé pour tous d'ici l'an 2000". Ceci constituera la contribution régionale aux discussions techniques de la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé.

Sixième séance, 13 septembre 1985

RESOLUTIONS

AFR/RC35/R1 Rapport régional d'évaluation de la mise en oeuvre
des stratégies de la santé pour tous d'ici à l'an 2000

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du Directeur régional sur l'évaluation de la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000;

Notant que ce rapport est la synthèse des rapports d'évaluation des stratégies nationales effectuées par les Etats Membres;

Constatant à nouveau les insuffisances d'informations pertinentes tenant à l'aspect multisectoriel des données à recueillir et destinées à l'estimation des indicateurs nécessaires à évaluer les stratégies nationales;

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,

1. INVITE les Etats Membres à :

- i) améliorer la coordination intersectorielle en trouvant les moyens adéquats pour renforcer et rendre opérationnelle la communication au niveau central entre le secteur santé et les autres secteurs pertinents;
- ii) déterminer les besoins nécessaires à la mise en oeuvre de leur stratégie afin de mobiliser les ressources financières et matérielles nationales et extérieures;
- iii) renforcer les systèmes d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique existants et préciser des indicateurs mieux adaptés aux conditions locales pour surveiller et évaluer la mise en oeuvre des stratégies nationales;

2. PRIE le Directeur général et le Directeur régional de fournir un appui accru aux Etats Membres pour :

i) traduire leur stratégie nationale en plans d'action concrets;

ii) mener des études sur les 12 indicateurs mondiaux et sur tout autre indicateur que les Etats Membres pourraient élaborer afin de les affiner et les rendre aptes à la surveillance et l'évaluation des stratégies nationales, régionale et mondiale;

3. DEMANDE au Directeur régional de continuer à assurer la formation pratique du personnel national et de l'OMS en gestion sanitaire et spécialement sur le support informationnel indispensable à ce processus;

4. INVITE le Directeur régional à transmettre au Directeur général le document AFR/RC35/12 comme contribution régionale à l'évaluation de la Stratégie mondiale de la Santé pour tous et au Septième Rapport de la Situation sanitaire dans le monde.

Neuvième séance, 17 septembre 1985

AFR/RC35/R2 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 :

- i) Septième session du Comité consultatif africain de la Recherche médicale (CCARM);
- ii) Huitième réunion du Comité permanent de la Coopération technique entre Pays en Développement (CTPD);
- iii) Cinquième réunion du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS);

Constatant l'importance de la part prise par les Membres du Sous-Comité aux discussions concernant les sujets essentiels pour le développement sanitaire de la Région,

1. FELICITE les Membres du Sous-Comité du Programme pour la concision et la pertinence de leur rapport;
2. APPROUVE ce rapport;
3. INVITE les Membres du Sous-Comité du Programme à poursuivre leur participation effective aux réunions d'intérêt programmatique;
4. REMERCIE le Directeur régional des mesures prises pour faciliter la participation des Membres du Sous-Comité du programme aux réunions d'intérêt programmatique.

Neuvième séance 17 septembre 1985

AFR/RC35/R3 Visites des responsables des Etats Membres dans d'autres pays de la Région

Le Comité régional,

Considérant la Décision de procédure 9 de la trentième session du Comité régional relative aux visites des responsables des Etats Membres dans d'autres pays de la Région;

Considérant la résolution AFR/RC33/R6 de la trente-troisième session du Comité régional invitant 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,

1. PREND ACTE du rapport d'évaluation concernant la mise en oeuvre du plan quinquennal de visites;
2. REMERCIE le Directeur régional des efforts poursuivis pour faciliter les échanges d'expériences dans la Région;
3. INVITE le Directeur régional à poursuivre le programme de visites des responsables des Etats Membres dans d'autres pays de la Région avec souplesse, en tenant compte des objectifs spécifiques du programme et de la durée des visites.

Neuvième séance, 17 septembre 1985

AFR/RC35/R4 Coopération technique entre pays en développement

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du Comité permanent CTPD;¹

Se référant aux résolutions AFR/RC29/R16, AFR/RC30/R15, AFR/RC31/R9, AFR/RC32/R5, AFR/RC33/R7 et AFR/RC34/R8;

Reconnaissant que la CTPD est un des mécanismes privilégiés pour une exploitation rationnelle de la solidarité entre pays en développement en vue de la SPT/2000;

¹ Document AFR/RC35/10.

Conscient de la nécessité de développer ou de promouvoir une approche intersectorielle dans la mise en oeuvre de toutes les actions de santé en vue de la SPT/2000,

1. APPROUVE le rapport du Comité permanent CTPD;
2. INVITE les Etats Membres à :
 - i) appliquer avec promptitude les recommandations du Comité permanent CTPD;
 - ii) favoriser l'action pluridisciplinaire et multisectorielle dans la conception, la mise en oeuvre et l'évaluation de toutes les actions de santé en vue de la SPT/2000 par l'institution et/ou le renforcement de la coopération entre différents services des ministères de la santé et entre le Ministère de la Santé et les autres départements ministériels concernés;
 - iii) renforcer les mécanismes de concertation et d'action entre les pays d'une même Sous-Région et de la Région en vue de mettre en commun leurs potentiels en vue de la SPT/2000;
3. PRIE le Directeur régional de :
 - i) faciliter la mise en oeuvre des recommandations du Comité permanent CTPD;
 - ii) poursuivre les actions conjointes OMS/PNUD pour la préparation et l'organisation de tables rondes des donateurs ainsi que les consultations avec le groupe de la Banque mondiale en vue de mobiliser et de canaliser davantage les ressources au profit de la santé;
4. REMERCIE le Directeur régional des dispositions prises pour encourager l'utilisation rationnelle des mécanismes de la CTPD en vue de la SPT/2000 par les Etats membres.

AFR/RC35/R5 Lutte antipaludique

Le Comité régional,

Ayant examiné et discuté la résolution WHA38.24 de l'Assemblée mondiale de la Santé;

Notant que la lutte antipaludique est possible, notamment dans les zones rurales des pays de la Région africaine grâce à l'utilisation rationnelle des médicaments antipaludiques pour réduire la mortalité et la morbidité imputables à cette maladie;

Reconnaissant que cette action antipaludique exige la mise au point des programmes antipaludiques comme partie intégrante des services de santé publique généraux et du système de soins de santé primaires;

Notant que les programmes antipaludiques des pays de la Région africaine ne font pas des progrès satisfaisants pour les raisons suivantes :

- i) pénurie des personnels clé nécessaires à la planification, à la mise en oeuvre et à l'évaluation des programmes de lutte antipaludique ainsi que pour la recherche opérationnelle sur le paludisme;
- ii) difficultés rencontrées dans la mise en oeuvre de l'action antipaludique comme partie du système de soins de santé primaires;
- iii) ressources financières inadéquates pour la mise en oeuvre des programmes antipaludiques;
- iv) inadéquation de la gestion des programmes de lutte antipaludique;

Reconnaissant les préoccupations de la menace grave que l'apparition et la propagation de Plasmodium falciparum résistant aux médicaments dans la Région représentent pour la santé publique;

Conscient que la situation épidémiologique et en particulier le problème de l'apparition et de la propagation de la résistance médicamenteuse rend nécessaire l'examen et la révision de la stratégie régionale de lutte antipaludique,

1. INVITE les Etats Membres à :

- i) entreprendre, analyser et évaluer la situation du paludisme et les stratégies actuelles en termes d'efficacité et d'efficience, afin d'apporter les modifications qu'il conviendra, l'accent étant mis sur l'intégration de l'action antipaludique aux systèmes nationaux des soins de santé primaires, conformément à la résolution WHA38.24;
- ii) mettre en oeuvre les programmes nationaux pour l'évaluation et la surveillance continue de l'effet des schémas thérapeutiques standard ainsi que de la sensibilité des parasites du paludisme aux antipaludiques;
- iii) formuler et appliquer des politiques et mesures pour le contrôle de l'utilisation des antipaludiques ainsi que des directives pour le traitement standard du paludisme en fonction du degré de sensibilité des parasites du paludisme aux antipaludiques;
- iv) promouvoir et maximiser l'échange d'informations et la coopération dans les aspects de la lutte antipaludique dans le cadre de la coopération technique entre pays en développement;

2. PRIE le Directeur régional de :

- i) élaborer des manuels et directives pour la mise en place des programmes de lutte antipaludique, l'accent étant mis sur leur intégration dans les systèmes de soins de santé primaires;
- ii) continuer à établir un réseau de ressources régionales pour la formation des personnels dans le domaine du paludisme;
- iii) poursuivre des études en collaboration avec les Etats membres.
sur :

- a) l'intégration de la lutte antipaludique dans les systèmes de soins de santé primaires dans diverses conditions;
- b) l'épidémiologie de l'apparition et de la propagation de Plasmodium falciparum résistant aux médicaments afin de mieux comprendre le phénomène pour pouvoir élaborer des mesures propres à différer et à endiguer ce phénomène;
- iv) accroître le soutien technique, logistique et financier indispensable à une mise en oeuvre satisfaisante des programmes nationaux de lutte antipaludique par la mobilisation et la coordination de toutes les ressources disponibles;
- v) promouvoir autant que faire se peut la recherche visant à améliorer les méthodes et moyens de lutte actuels et à les adapter à diverses conditions épidémiologiques, socio-économiques et écologiques;
- vi) soumettre à la trente-sixième session du Comité régional une stratégie régionale révisée à la lumière de la situation épidémiologique actuelle;
- vii) faire rapport périodiquement sur la situation au Comité régional.

Neuvième séance, 17 septembre 1985

AFR/RC35/R6 Lutte contre les maladies diarrhéiques, y compris le choléra

Le Comité régional,

Ayant étudié et discuté le rapport¹ du Comité permanent de la Coopération technique entre Pays en Développement (CTPD) concernant la situation du choléra en Afrique et les méthodes de lutte;

¹ Document AFR/RC35/10.

Considérant la résolution WHA31.44 adoptée par la Trente et Unième Assemblée mondiale de la Santé priant les Etats Membres :

- de considérer les maladies diarrhéiques comme un secteur d'action prioritaire;
- d'appliquer les mesures efficaces connues pour traiter et combattre les maladies diarrhéiques par le biais des plans d'action nationaux appropriés dans le contexte de soins de santé primaires;

Considérant la résolution AFR/RC29/R6 adoptée par la vingt-neuvième session du Comité régional de l'Afrique, priant le Directeur régional de prendre les mesures appropriées pour renforcer la surveillance épidémiologique et les moyens de lutte contre les maladies transmissibles avec une attention particulière sur le paludisme et les maladies diarrhéiques;

Considérant la résolution de la Vingt-Sixième Assemblée mondiale de la Santé retirant le certificat de vaccination contre le choléra des exigences stipulées dans le Règlement sanitaire international (additif au règlement en date de 1973, résolution WHA26.55);

Considérant la situation préoccupante du choléra et des maladies diarrhéiques dans la Région,

1. INVITE les Etats Membres à :

- i) accorder une haute priorité à la planification, l'exécution et l'évaluation des programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques axés sur l'utilisation de la réhydratation orale, l'amélioration de l'approvisionnement en eau potable et de l'assainissement ainsi que le renforcement de la surveillance épidémiologique;
- ii) déclarer des cas de choléra au Bureau régional de l'OMS et aux pays voisins le plus rapidement possible;

- iii) renforcer leur collaboration dans l'esprit de la CTPD, en particulier pour l'échange d'informations épidémiologiques et techniques, la formation du personnel, la réalisation d'enquêtes fournissant des données épidémiologiques de base ainsi que pour la production et la distribution de sels de réhydratation;
- iv) renoncer à exiger des certificats de vaccination anticholérique des voyageurs internationaux;

2. PRIE le Directeur régional de :

- i) étudier en collaboration avec les autres agences du système des Nations Unies la possibilité de constituer des stocks sous-régionaux d'urgence de sels de réhydratation qui devraient être immédiatement disponibles en quantités suffisantes pour répondre aux besoins des pays en cas d'épidémie de maladie diarrhéique y compris le choléra;
- ii) rassembler et diffuser les expériences des Etats Membres en matière de programmes nationaux de lutte contre les maladies diarrhéiques;
- iii) informer la trente-sixième session du Comité régional des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques dans le cadre de la stratégie de soins de santé primaires en vue d'atteindre l'objectif social de la santé pour tous en l'an 2000.

Neuvième séance, 17 septembre 1985

AFR/RC35/R7 Evaluation de l'expérience africaine d'utilisation
des nationaux comme Coordonnateurs des Programmes de l'OMS

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du Directeur régional sur l'évaluation de l'expérience africaine d'utilisation des nationaux comme Coordonnateurs des Programmes de l'OMS;

Rappelant la résolution WHA33.17 sur l'étude des structures de l'Organisation eu égard à ses fonctions;

Rappelant les résolutions WHA31.27, EB75.R7 et WHA38.11 relatives aux politiques régionales en matière de budget programme, qui prient notamment les Comités régionaux de faciliter l'utilisation rationnelle et optimale de toutes les ressources nationales et extérieures, et de surveiller et d'évaluer l'exécution de ces politiques;

Considérant les directives contenues dans le document DGO.83.1 : "Utilisation optimale des ressources de l'OMS pour fournir un appui direct aux Etats Membres";

Conscient de la gravité de la crise socio-économique qui prévaut en Afrique et de la nécessité de mobiliser davantage de ressources extra-budgétaires;

Convaincu de l'intérêt d'associer les nationaux à la gestion des programmes de coopération avec l'OMS;

Reconnaissant les résultats positifs de l'expérience dans certains pays, en dépit des difficultés inhérentes à cette innovation,

1. REMERCIE le Directeur régional de son rapport;
2. EXPRIME SA SATISFACTION sur l'opportunité ainsi offerte aux nationaux de participer à la gestion des programmes de l'OMS au niveau des pays;

3. PREND bonne note des aspects positifs et négatifs des résultats observés dans l'utilisation, par certains pays, de nationaux comme Coordonnateurs des Programmes de l'OMS ainsi que des difficultés de gestion rencontrées au Bureau régional;
4. RAPPELLE la nécessité de mieux appliquer les directives de l'Organisation en matière de gestion des programmes de l'OMS au niveau des pays;
5. RECONNAIT l'urgente nécessité de mobiliser et de mieux gérer les ressources extrabudgétaires indispensables à la mise en oeuvre des programmes nationaux de développement sanitaire;
6. INVITE le Directeur régional à mettre fin progressivement à l'expérience et à prendre toutes mesures appropriées en vue d'éliminer au maximum pour les pays et les Coordonnateurs concernés, les inconvénients résultant de cette disposition;
7. PRIE le Directeur régional de :
 - i) faire participer davantage les nationaux à la mise en oeuvre des programmes techniques, en vue de promouvoir l'autosuffisance et l'autoresponsabilité nationales;
 - ii) transmettre la présente résolution au Directeur général.

Neuvième séance, 17 septembre 1985

AFR/RC35/R8 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/RC32/R7, AFR/RC33/R2 et AFR/RC34/R3;

Après étude approfondie des propositions du Directeur régional relatives aux modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par la Trente-Huitième 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 renforcer et de mieux utiliser les mécanismes de la CTPD pour la mise en oeuvre conséquente de leurs stratégies nationales de la SPT/2000;
5. PRIE le Directeur régional de continuer à lui faire rapport sur les mesures prises pour l'exécution du plan de travail pour la mise en oeuvre desdites résolutions.

Neuvième séance, 17 septembre 1985

AFR/RC35/R9 Programme élargi de Vaccination dans la Région africaine :
Evaluation à la mi-Décennie

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du Directeur régional "Programme élargi de Vaccination dans la Région africaine : Evaluation à la mi-décennie" (document AFR/RC35/21);

Considérant la résolution AFR/RC31/R14,

1. APPROUVE le rapport du Directeur régional qui expose clairement la situation du PEV dans la Région africaine;
2. APPRECIE le soutien considérable apporté au PEV par d'autres organisations internationales, gouvernementales et non-gouvernementales;

3. INVITE les Etats Membres à accélérer la mise en oeuvre du PEV conformément aux recommandations du rapport et faire en sorte que d'ici à 1990 les objectifs de ce programme soient atteints;
4. DECIDE d'instituer 1986 Année africaine de Vaccination au cours de laquelle les Etats Membres sont invités à mettre en oeuvre des mécanismes permettant d'améliorer la couverture vaccinale des populations-cibles.
5. PRIE le Directeur régional de :
- i) renforcer la collaboration avec les Etats Membres pour atteindre le but fixé pour 1990, en mettant spécialement l'accent sur la gestion du programme, la logistique et la chaîne du froid;
 - ii) améliorer, en collaboration avec l'UNICEF et les autres organisations du système des Nations Unies, la coordination, la mobilisation et une meilleure utilisation des ressources destinées à la mise en oeuvre du PEV;
 - iii) continuer à faire rapport au Comité régional sur les progrès accomplis par ce programme en vue d'atteindre l'objectif social de la Santé pour tous en l'an 2000;
 - iv) transmettre ce rapport comme contribution de la Région africaine au rapport d'activités du Directeur général au Conseil exécutif et à l'Assemblée mondiale de la Santé;
6. FELICITE le Directeur régional de ses efforts pour renforcer les programmes nationaux de vaccination.

AFR/RC35/R10 Réunions du Comité régional

Le Comité régional,

Ayant examiné la proposition du Directeur régional concernant les règles à suivre pour la tenue des Comités régionaux hors du Siège régional,¹

Considérant l'article 48 de la Constitution selon lequel les comités régionaux se réunissent aussi souvent qu'il est nécessaire et fixent le lieu de chaque réunion;

Considérant la résolution AFR/RC18/R10;

Tenant compte des résolutions :

- i) EB75.R7 visant à "garantir à tous les niveaux organisationnels une utilisation optimale des ressources limitées de l'OMS et en particulier des fonds prévus dans les budgets programmes régionaux pour la coopération avec les Etats Membres";
- ii) WHA38.11 qui "PRIE le Directeur général de soutenir pleinement les Etats Membres ainsi que l'Assemblée de la Santé, les Comités régionaux et le Conseil exécutif dans la préparation, l'exécution, la surveillance et l'évaluation des politiques de budget programme";

Tenant compte des dépenses très élevées qu'entraîne la tenue des réunions du Comité régional hors du Siège régional,

1. DECIDE que les Comités régionaux se tiendront au moins une fois sur deux au Siège régional;
2. PRIE le Directeur régional de transmettre la présente résolution au Directeur général.

Neuvième séance, 17 septembre 1985

¹ AFR/RC35/16, paragraphe 3.3.

AFR/RC35/R11 Développement et coordination de la recherche biomédicale
et de la recherche sur les systèmes de santé

Le Comité régional,

Rappelant la résolution AFR/RC33/R1,

Ayant examiné le rapport¹ du Directeur régional sur le développement et la coordination de la recherche biomédicale et de la recherche sur les systèmes de santé,

1. FELICITE le Directeur régional pour les mesures qu'il a déjà prises;
2. NOTE AVEC SATISFACTION que les programmes de recherche sanitaire de la Région mettent fortement l'accent sur les stratégies régionale et nationales;
3. APPRECIE les efforts déployés en vue de promouvoir la formation dans le domaine de la recherche sanitaire et les activités de Programmes spéciaux de Lutte contre les Maladies diarrhéiques (CDD), Recherche en Reproduction humaine (HRP) et Recherche et Formation concernant les maladies tropicales (TDR);
4. APPROUVE le rapport du Directeur régional et ses recommandations;
5. INVITE les Etats Membres à :
 - i) continuer à renforcer l'élaboration des politiques nationales cohérentes en matière de recherche sur la santé, axées sur les stratégies nationales de développement;
 - ii) attribuer des fonds au développement des compétences en matière de recherche biomédicale afin que des recherches concernant le développement sanitaire national soient entreprises;
 - iii) faire de la recherche sur des systèmes de santé un élément essentiel de la stratégie des centres de développement sanitaire nationaux;

¹ Document AFR/RC35/4.

6. PRIE le Directeur régional de :

- i) continuer à collaborer avec les Etats Membres à la mise en place et au renforcement des mécanismes nationaux pour l'identification et l'examen périodique des priorités nationales de recherche concernant les stratégies SPT;
- ii) promouvoir la recherche sur les déterminants sociaux, économiques et comportementaux de la santé et leur interaction;
- iii) appuyer les conseils nationaux de recherche biomédicale ou les organes analogues comme éléments essentiels dans la formulation des politiques nationales en matière de recherche;
- iv) informer périodiquement les Etats Membres des ressources disponibles pour la recherche biomédicale.

Neuvième séance, 17 septembre 1985

AFR/RC35/R12 Rapport biennal du Directeur régional

Le Comité régional,

Ayant examiné le Rapport du Directeur régional sur les activités de l'OMS dans la Région africaine pour la période 1983-1984;

Notant que sa présentation est conforme aux directives¹ données par le Comité régional lors de sa vingt-cinquième session;

Considérant que ce rapport traduit avec fidélité les activités menées par l'OMS en collaboration avec les Etats Membres pendant le biennium concerné;

Considérant les nouvelles structures adoptées au niveau du Bureau régional pour une meilleure décentralisation et surtout pour un appui direct aux pays en vue d'une meilleure utilisation des ressources,

¹ Résolution AFR/RC25/R2.

1. FELICITE le Directeur régional pour la clarté de son rapport et pour la manière dont la situation sanitaire et ses tendances ont été décrites ainsi que les grands programmes de l'OMS;
2. ADOPTE le rapport biennal;
3. PREND NOTE AVEC SATISFACTION des nouvelles structures du Bureau régional ainsi que des tendances qui s'en dégagent;
4. INVITE les Etats Membres à poursuivre le dialogue avec le Directeur régional sur le programme de santé proposé et dont les activités seront menées avec l'appui des Bureaux sous-régionaux de développement sanitaire.

Dixième séance, 18 septembre 1985

AFR/RC35/R13 Motion de remerciements

Le Comité régional,

Considérant les efforts énormes déployés par le peuple et le Gouvernement de la République de Zambie pour assurer un plein succès à la trente-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique qui s'est tenue à Lusaka du 11 au 18 septembre 1985;

Appréciant l'accueil chaleureux et fraternel du peuple et du Gouvernement zambien;

Considérant l'engagement politique et la détermination des responsables nationaux à mettre en oeuvre leurs stratégies nationales de la SPT/2000 par le biais des soins de santé primaires,

1. REMERCIE Son Excellence le Dr Kenneth D. Kaunda, Président de la République de Zambie :

- i) d'avoir bien voulu procéder à l'ouverture de la trente-cinquième session du Comité et présider personnellement à la cérémonie d'ouverture;
 - ii) de son allocution pertinente sur les problèmes de santé en Afrique australe et particulièrement en Zambie;
2. EXPRIME sa gratitude au Gouvernement et au peuple de Zambie pour la chaleur de leur hospitalité;
3. INVITE le Directeur régional à transmettre à Son Excellence le Président de la République de Zambie la présente motion de remerciements.

Dixième séance, 18 septembre 1985

PARTIE II

SEANCE D'OUVERTURE

1. La trente-cinquième session du Comité régional pour l'Afrique a été ouverte le 11 septembre 1985 au Centre Mulungushi de Lusaka (Zambie) par Son Excellence le Docteur Kenneth David Kaunda, Président de la République de Zambie. Les Membres du Corps diplomatique, les Représentants de 42 Etats Membres, des Mouvements de Libération nationale reconnus par l'OUA et plusieurs organisations internationales, intergouvernementales et non-gouvernementales ont participé à la séance d'ouverture présidée par le Président Kaunda.

2. Dans son allocution (Annexe 1), Monsieur Katopola, Ministre de la Santé de la République du Malawi, Premier Vice-Président de la trente-quatrième session du Comité régional, s'est félicité du privilège, de l'honneur et du plaisir d'accueillir Son Excellence le Docteur Kenneth David Kaunda, Président de la République de Zambie, à la cérémonie d'ouverture et l'a remercié d'avoir honoré la trente-cinquième session du Comité régional de sa présence malgré ses lourdes tâches et ses nombreux engagements. Au nom de tous les délégués, il lui a exprimé l'appréciation de l'authentique hospitalité africaine dont les représentants des Etats Membres ont bénéficié dès leur arrivée dans cette capitale de Zambie. Et le Ministre de poursuivre : "Je puis assurer Votre Excellence que nous nous réjouissons tous à la perspective de séjourner dans votre beau pays, au milieu de votre peuple si sympathique et si hospitalier; cette atmosphère facilitera sans aucun doute le difficile travail qui nous attend." S'adressant au Dr G. L. Monekosso, Directeur régional, Monsieur Katopola devait déclarer : "Nous voici réunis une fois de plus à vingt ans d'intervalle dans notre République soeur de Zambie. Lorsque le Comité régional s'est tenu ici en 1965, Lusaka et la Zambie avaient un autre visage pour la bonne raison que Lusaka était une petite ville où régnait encore une atmosphère post-coloniale et que la Zambie était un pays différent. Comme grand nombre de nos pays, la Zambie venait tout juste d'accéder à l'indépendance et s'efforçait de résoudre les problèmes que pose la transition du système colonial à une administration indépendante. Aujourd'hui, la ville de Lusaka est beaucoup plus grande et plus grouillante de vie et la Zambie sûre d'elle-même." Il a demandé aux honorables délégués de faire preuve, comme à l'accoutumée, de maturité et de minutie en donnant au nouveau Directeur régional et à l'ensemble du Secrétariat des directives ne souffrant aucune ambiguïté et en prenant des décisions bien tranchées.

3. Le Docteur G. L. Monekosso, Directeur régional, a, dans son allocution (Annexe 2), remercié le Président, le Gouvernement et la population de la République de Zambie d'avoir bien voulu inviter le Comité régional de l'Afrique à tenir sa trente-cinquième session dans la ville de Lusaka, si accueillante et si pleine de charme où fleurissent les jacarandas et les bougainvilliers. La présence du Président de la République, devait-il dire, est plus qu'un rituel; elle atteste de la volonté politique du Gouvernement, du peuple zambien ainsi que de son adhésion totale à la coopération avec l'OMS pour instaurer la Santé pour tous d'ici l'an 2000. Et le Directeur régional de poursuivre : "J'estime que c'est un privilège pour moi que la première session du Comité régional qui a suivi mon élection au poste de Directeur régional se tienne en Zambie, un des pays qui est aux avant-postes de la lutte que mènent nos populations pour la liberté et la justice sociale. Monsieur le Président, nous vous rendons hommage parce que vous partagez nos idéaux. Votre philosophie fondée sur l'humanisme a sensibilisé la conscience internationale aux droits de l'homme et à la justice sociale. Puisse le vent de la liberté souffler de ce pays vers les quatre coins de notre continent."

4. Le Docteur Monekosso devait ensuite rendre hommage au Dr Comlan A. A. Quenum qui s'est éteint à la veille de la trente-quatrième session du Comité régional, le 15 août 1984. "Il a assumé les fonctions de Directeur régional pendant 19 ans. C'était un grand fils de l'Afrique qui a lancé sur le continent le programme de la Santé pour tous en l'an 2000 avec compétence et une imagination créatrice." Le Comité a observé une minute de silence à la mémoire du Docteur Quenum.

5. S'adressant aux délégués, le Directeur régional devait dire : "Au cours de quelques mois que j'ai passés à mon poste, j'ai eu la chance de rencontrer certains d'entre vous dans vos pays respectifs ou au Bureau régional de l'Afrique. Nous avons examiné ensemble d'un oeil critique le tableau sanitaire de l'Afrique et discuté de nombreuses questions, notamment de :

- i) la croissance démographique exponentielle de la Région africaine dont la population passera de 345 millions en 1980 à environ 551 ou 578 millions d'habitants d'ici l'an 2000, selon les projections actuelles;

- ii) la production alimentaire qui est à la traîne eu égard à la croissance démographique;
- iii) la lente mais apparemment inexorable progression du désert, et
- iv) les prestations et la couverture sanitaires médiocres à la périphérie."

6. Le Directeur régional confirme sa volonté de continuer ce dialogue avec tous les responsables de la santé en profitant de toutes les voies et de toutes les occasions qui lui seront offertes. Il faut en effet accroître la contribution du secteur santé pour briser les chaînes du sous-développement dans la Région africaine.

7. Le Docteur Monekosso aborde ensuite le thème de "Priorité à l'action." Le Septième Programme général de Travail (1984-1989) a clairement défini toute la gamme des activités qui exigent une volonté politique, une organisation administrative et une capacité gestionnaire, la mobilisation et l'utilisation efficaces des ressources, etc. Et le Directeur régional de poursuivre : "Il nous faut capitaliser sur les gains de ces dernières décennies, non pas en suivant le 'train-train' habituel mais en accélérant notre développement sanitaire et socio-économique. Votre Organisation mondiale de la Santé a un rôle de chef de file à jouer parmi les organismes internationaux pour catalyser le développement sanitaire et nulle part son action n'est plus cruciale que dans la Région africaine." Une action soutenue s'avère indispensable pour instaurer la santé pour tous en Afrique. Pour le Docteur Monekosso, les trois objectifs à moyen terme, qui ont été fixés en 1980, doivent être atteints d'ici 1990. Il nous faut :

- a) vacciner tous les enfants de moins d'un an contre les six maladies incluses dans le programme élargi de vaccination et mettre en place des mécanismes qui permettront la mise en oeuvre continue de ce programme;

- b) assurer l'approvisionnement en eau potable et la salubrité de l'environnement à toutes les communautés et mettre en place, au cours des années 80, des mécanismes pour entretenir et agrandir l'infrastructure nécessaire aux soins de santé;
- c) promouvoir et assurer l'approvisionnement alimentaire adéquat des populations de la Région africaine, en particulier de celles des secteurs les plus vulnérables.

La crise africaine actuelle est un rappel éloquent sinon dramatique de cette réalité, à savoir qu'il reste beaucoup à faire pendant ces cinq années qui nous séparent de l'échéance. Si le temps est le plus grand ami de la vérité, ce temps devra toutefois être essentiellement consacré à l'action.

8. Le Directeur régional s'engage ensuite à discuter avec les responsables des Etats Membres un programme qu'il a récemment élaboré et qui peut être adapté en fonction des situations locales diverses. Ces activités seront menées avec l'appui des Bureaux sous-régionaux de développement sanitaire pour répondre aux exigences des trois dernières années (1986-1989) du Septième Programme général de Travail de l'OMS (1984-1989).

9. Son Excellence le Docteur K. D. Kaunda, Président de la République de Zambie, s'est adressé dans son allocution (Annexe 3) aux délégués des Etats Membres en ces termes : "Je suis ravi que la Zambie se voit offrir cette occasion exceptionnelle d'accueillir une fois de plus cette importante conférence de l'Organisation mondiale de la Santé qu'est le Comité régional de l'Afrique. Vous vous souviendrez que la Zambie a eu le privilège d'accueillir la vingtième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique en 1965. A cette époque, il y avait à peine un an que notre pays était libre et indépendant. La tenue de cette conférence à Lusaka attestait de la confiance que nous témoignait cette Organisation, dont le rôle est vital pour la communauté internationale. C'est par conséquent avec le plus vif plaisir que le peuple de la Zambie, son Parti et son Gouvernement souhaitent la bienvenue au Directeur général de l'OMS et à ses collaborateurs, à tous délégués et aux observateurs présents à cette trente-cinquième session à Lusaka."

10. Parlant de l'action de l'OMS en Afrique depuis deux décennies, le Président Kaunda déclare : "Au cours de ces 20 dernières années, notre Organisation s'est agrandie et a élargi la gamme de ses activités. L'action de l'OMS est maintenant bien connue de l'homme de la rue, en ville comme dans les villages. Les scientifiques, professionnels, administrateurs et techniciens africains assument des responsabilités croissantes à différents niveaux de l'Organisation. Il s'agit là d'une tendance dont nous nous félicitons. L'Organisation mondiale de la Santé est un partenaire de premier plan dans l'action sociale entreprise par les peuples du monde. Ici, sur le continent africain, l'OMS doit continuer à forger l'unité d'action des peuples d'Afrique dans le cadre de l'Organisation de l'Unité africaine et à insuffler l'élan voulu aux Etats Membres pour qu'ils redoublent d'efforts en vue de l'objectif fixé - la santé pour tous."

11. Le Président de la République de Zambie n'a pas manqué d'informer le Comité régional que le Parti et le Gouvernement ont sérieusement examiné le concept de soins de santé primaires, voyant là une approche qui contribuerait à renforcer la forme de démocratie de son pays grâce à la participation de la collectivité à l'action de santé. Il poursuit en ces termes : "C'est à cette fin que, lors de la dernière conférence générale de notre Parti, nous avons esquissé pour le pays les grandes lignes de la prochaine décennie du développement 1985-1995. Pour ce qui est des soins de santé primaires, nous insistons sur leur développement rapide de façon à éviter que l'état de santé de notre peuple ne se détériore par rapport à ce qu'il est actuellement. Dans ce cadre, nous attendons de tous les conseils de district qu'ils redoublent d'efforts pour promouvoir les soins de santé primaires. Mais le succès de l'action des services de prestations sanitaires ne saurait dépendre uniquement du Ministère de la Santé. Selon nous, des activités communautaires telles que l'installation et la bonne utilisation de latrines peuvent radicalement transformer la vie des gens à la base. Nous sommes résolus à agir pour que chaque foyer dispose d'installations appropriées, adéquates et bien entretenues pour l'élimination des excréta et des ordures. Il faudra également veiller à ce que les enfants reçoivent les vaccinations nécessaires en temps opportun."

ORGANISATION DU TRAVAIL

12. Le Comité régional adopte son ordre du jour (Annexe 5). La liste des participants figure en Annexe 7.

13. Conformément à la résolution AFR/RC23/R1, sur proposition du Vice-Président, le Comité approuve la constitution du Sous-Comité des Désignations (Décision de procédure 1).

14. La constitution du Bureau de la trente-cinquième session du Comité régional et la désignation des Raporteurs des discussions techniques pour 1985 font l'objet de la Décision de procédure 2 adoptée à l'unanimité.

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

ALLOCATION DU DIRECTEUR GENERAL ET ACTIVITES DE L'OMS DANS LA REGION AFRICAINE : RAPPORT BIENNAL 1983-1984 DU DIRECTEUR REGIONAL

16. Le Docteur H. Mahler, dans son allocution (Annexe 4) dont le thème est "La santé pour tous en point de mire", a rappelé que les Etats Membres et l'Organisation ont défini un objectif général et établi des indicateurs pour évaluer l'état d'avancement. De même, deux cibles précises ont été fixées : approvisionnement de tous en eau potable et vaccination de tous les enfants du monde contre les grandes maladies infectieuses d'ici à 1990. Ces cibles cependant ne peuvent avoir un sens que si chaque Etat Membre, sans exception, les fait siennes. Les Etats Membres ont décrit leur situation : incertitudes politiques, économiques, sociales et culturelles, auxquelles s'ajoutent les catastrophes naturelles et l'inertie. Le taux de mortalité infantile est supérieur à 100 pour 1000 naissances vivantes dans la plupart des pays et supérieur à 200 dans certains; l'espérance de vie à la naissance est inférieure à 50 ans dans presque tous les pays. Et le Directeur général de conclure que la stratégie de la santé pour tous par le biais des soins de santé primaires est l'unique lueur d'espoir. Il propose que des programmes nationaux d'action pour les soins de santé primaires soient élaborés en se fixant des cibles précises. Il faudra désormais se concentrer sur l'application de cette politique de santé "là où elle a pleinement son sens,

c'est-à-dire dans les populations, dans les collectivités et les subdivisions territoriales." Dans la plupart des pays, ces subdivisions sont suffisamment petites pour pouvoir être gérées sans l'intervention d'un trop lourd appareil bureaucratique, mais en même temps suffisamment grandes pour ne pas être excessivement nombreuses, ce qui permet d'éviter l'éparpillement des compétences.

17. Le Docteur Mahler devait ensuite inviter les responsables des Etats Membres à manifester le même courage et la même franchise que lors de l'évaluation des stratégies nationales pour permettre à l'OMS de se "poser comme partenaire privilégié en s'assurant qu'ils reçoivent l'aide nécessaire, non seulement sur leurs propres ressources, somme toute limitées, mais aussi sur celles d'autres organisations des Nations Unies et d'organismes bilatéraux de développement."

18. Le Directeur général a poursuivi en ces termes : "Votre détermination pourrait inciter vos administrations centrales à axer leurs efforts sur les soins de santé primaires. A cette fin, chacun d'entre vous pourrait intégrer dans son programme d'action celles des composantes des soins de santé primaires qui revêtent pour lui la plus haute priorité. Vous pourriez commencer par vous fixer, pour quelques-unes de ces composantes, des cibles précises et réalisables, passant ensuite progressivement aux autres composantes jusqu'à ce que toutes soient couvertes. En renforçant votre infrastructure, vous lui permettrez d'assurer de plus nombreux programmes et, inversement, l'exécution soutenue de programme de plus en plus nombreux fortifiera votre infrastructure. C'est exactement ainsi que nous approfondissons notre expérience des travaux de recherche et de développement nécessaires pour mettre en place des systèmes de santé. Vous pourrez mettre cette expérience à profit dans vos pays respectifs et, par là même, apporter votre contribution à la masse commune des connaissances. Nous connaissons suffisamment bien le substrat social des soins de santé primaires et nous avons une bonne expérience des processus gestionnaires indispensables à leur mise en place et à leur exploitation."

19. Enfin, le Docteur Mahler confirme que l'OMS est pleinement consciente de ses responsabilités dans la Région et ne se fait pas d'illusions sur les difficultés qui l'attendent, et de poursuivre : "Sous l'autorité de mon confrère et ami le Dr Monekosso, votre nouveau Directeur régional, nous avons entrepris une réorganisation profonde des structures de l'OMS dans la Région.

Le but de cette réorganisation est de mettre les ressources de l'OMS aussi près de vous que possible afin que vous en tiriez le meilleur parti. En effet, je n'ignore malheureusement pas que le soutien direct de votre Organisation dans les pays laisse beaucoup à désirer. C'est donc là-dessus qu'il nous faut maintenant faire porter nos efforts. L'inertie évoquée dans l'évaluation de vos stratégies doit disparaître et céder la place à un esprit de participation dynamique. Mieux que cela, à un esprit nouveau d'optimisme réaliste, inspiré par la conviction que nous atteindrons notre cible."

Rapport biennal 1983-1984 du Directeur régional - Présentation

20. Le Dr G. L. Monekosso, Directeur régional, présente le rapport sur l'activité de l'OMS dans la Région africaine en 1983-1984. Ce rapport témoigne des efforts entrepris par les Etats Membres, la communauté internationale et l'OMS pour la mise en oeuvre des stratégies nationales en vue de la santé pour tous en l'an 2000.

21. Conformément à la résolution AFR/RC25/R2 adoptée par le Comité régional lors de sa vingt-cinquième session, le présent rapport qui couvre les années 1983-1984 est le cinquième de ce genre; il a été élaboré en tenant compte des remarques formulées lors de l'examen des rapports précédents. Tout en respectant la structure du Septième Programme général de Travail, ce rapport est présenté de façon à permettre au Comité régional d'évaluer le suivi de ses directives.

22. La Région africaine présente une situation sanitaire parmi les moins bonnes du monde, avec des taux inacceptables de mortalité maternelle et infantile : la mortalité maternelle se situe entre 1,6 et 11 ‰, c'est-à-dire qu'elle est 20 à 200 fois supérieure à celle enregistrée dans les pays industrialisés; la mortalité infantile (0-1 an) fluctue entre 93,7 ‰ et 135,2 ‰ avec une moyenne de 116,4 ‰, soit 1,8 à 7,2 fois supérieure à celle observée en Amérique latine et en Europe. La seule région du monde présentant des chiffres comparables est le sud de l'Asie avec des taux de 3 à 10 ‰ et de 95,3 à 120,7 ‰ pour la mortalité maternelle et infantile, respectivement. Le choléra continue de sévir sous

forme épidémique dans beaucoup de pays avec des taux de létalité inacceptables. Des épidémies de rougeole éclatent ici et là, tandis que la trypanosomiase est en recrudescence dans beaucoup de pays.

23. Sans galvauder le concept de justice sociale, l'OMS, dans le cadre de sa coopération avec les Etats Membres et de la coordination avec d'autres organisations, a accordé une attention particulière à toute activité de nature à étendre le système sanitaire national jusqu'aux collectivités les plus périphériques. Le projet "Femmes et développement sanitaire" constitue l'une des approches de l'OMS pour la promotion de cette justice sociale.

24. Dans le cadre de la seconde Conférence internationale sur les Réfugiés en Afrique (ICARA II), 23 projets de santé ont été élaborés conjointement avec le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés et l'OMS et soumis aux pays donateurs.

25. L'Organisation a poursuivi ses efforts pour mieux faire connaître aux Etats Membres ses mécanismes de gestion, y inclus la mobilisation des ressources extrabudgétaires. Dans ce cadre, des ateliers ont été organisés regroupant nationaux et personnel de l'OMS; de larges débats ont été organisés dans les pays afin de dégager les avis des autorités nationales sur les nouveaux mécanismes gestionnaires proposés par le Secrétariat de l'Organisation pour une utilisation optimale des ressources en vue de la SPT/2000 de l'OMS. Durant le biennium 1983-1984, le catalogue des projets qui est le mécanisme régional de diffusion de l'information sur les besoins des pays a été largement diffusé auprès des donateurs.

26. Les mécanismes mis en place dans le cadre de la CTPD ont permis de poursuivre des échanges d'expérience et de personnel en SSP dans la Région. Ainsi, les visites d'études des responsables des Etats Membres dans d'autres pays de la Région se sont poursuivies avec la flexibilité requise dans le cadre d'un plan 1980-1985. Conformément à la résolution AFR/RC34/R7 de la trente-quatrième session du Comité régional, le programme de ces visites sera évalué au cours de cette trente-cinquième session.

27. La coopération technique avec les Mouvements de Libération nationale reconnus par l'OUA continue d'être renforcée par l'OMS et les autres organisations. Ainsi, des projets entièrement financés par le budget ordinaire de l'OMS ont été mis en oeuvre durant le biennium en faveur des Mouvements de Libération nationale.

28. Les activités de l'OMS dans le domaine de l'organisation des systèmes nationaux de santé fondés sur les SSP sont de nature essentiellement catalytique, voire promotionnelle, à savoir : conférences, réunions éducatives, consultations, etc.

29. Un programme coopératif - Commission médicale chrétienne/OMS/UNICEF - a été initié au début du mois de février. Les activités proposées sont : l'identification des ONG qui s'intéressent au secteur santé pour coordonner les actions dans les conditions favorables. Cette coordination concerne le Lesotho, le Malawi et le Souaziland.

30. Organisée par le Gouvernement cubain, la Conférence internationale "La santé pour tous, 25 ans d'expérience cubaine" s'est tenue à La Havane du 3 au 9 juillet 1983; 20 participants venant de 12 pays africains y ont pris part avec l'appui du Bureau régional : Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cap-Vert, Ethiopie, Guinée-Bissau, Kenya, Malawi, Mali, Mozambique, Zambie et Zimbabwe. A partir de l'analyse des activités réalisées par Cuba en ce qui concerne les huit composantes des SSP, les participants ont échangé leurs expériences pour mieux cerner les problèmes de santé et déterminer les voies et moyens devant permettre d'atteindre l'objectif social de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

31. Un séminaire sur les stratégies des soins de santé primaires a été organisé du 9 au 20 janvier 1984 à Washington (Etats-Unis d'Amérique) par la Banque mondiale. Il a regroupé une vingtaine de participants, cadres supérieurs responsables des politiques des programmes sanitaires de 16 pays.

32. Au cours du biennium, les activités de l'OMS dans le domaine du développement des personnels de santé ont essentiellement consisté en : i) l'introduction des modules SSP dans les programmes de formation de plusieurs institutions de la Région; ii) la promotion de centres de développement sanitaire; iii) la formation et la promotion des spécialistes et enseignants des sciences de la santé; iv) la conception, la production et la distribution de matériels didactiques adaptés aux politiques et programmes de formation; v) la formation de toutes les catégories de personnel de santé en gestion sanitaire et le renforcement des activités des centres de formation de l'OMS.

33. En 1983-1984, l'OMS a continué à participer aux programmes de formation de toutes les catégories des personnels de santé. Ainsi, des ateliers ont été organisés pour administrateurs, formateurs paramédicaux, infirmiers, animateurs et autres techniciens de la santé, tels les auxiliaires de laboratoire et de pharmacie. Les matériels didactiques ont été fournis à tous les pays qui en ont fait la demande. L'Organisation a consenti des efforts considérables à la formation de cadres africains de santé de toutes catégories. Pour le biennium 1984-1985, 22 % du budget ordinaire de la Région sont consacrés aux développements des personnels de santé. Cependant, force est de constater qu'un bon nombre de techniciens formés ne sont pas utilisés dans le secteur de leur compétence ou n'ont pas trouvé les conditions de travail minimales pour appliquer les connaissances acquises.

34. A diverses occasions, le Comité régional a attiré l'attention des Etats Membres sur l'importance des programmes de recherche comme outils efficaces pour un développement sanitaire dans le cadre de la CTPD. La coopération de l'OMS dans ce domaine s'exerce sous forme de subventions à la recherche et à la formation, et d'ateliers sur la méthodologie de la recherche; elle s'exerce également à travers les centres collaborateurs dont sept nouveaux ont été désignés au cours du biennium.

35. Les échanges interrégionaux d'expériences en matière de médecine traditionnelle sont encore très limités et peu coordonnés. Au niveau régional, les quatre centres collaborateurs désignés en 1981 poursuivent leurs activités, et l'OMS maintient une coopération très étroite avec les organismes internationaux concernés.

36. Le rapport biennal du Directeur régional fait état de l'existence de neuf institutions africaines, dans les trois Sous-Régions, qui ont le niveau requis pour intégrer un "Réseau de centres nationaux de recherche sur les systèmes de santé". Cependant, il convient au préalable de susciter dans chacun des 45 Etats Membres de la Région les compétences pour entreprendre, sur place, des recherches sur leurs systèmes de santé. Les premiers pas ont été faits dans ce sens : des cours, séminaires et ateliers sur la méthodologie de la recherche appliquée ont été organisés dans certains pays, notamment en collaboration avec le Projet de Renforcement des Systèmes de Prestation des Services de Santé publique en Afrique centrale et occidentale (RSSP). Ces dispositions doivent connaître une impulsion plus grande dans les années à venir et couvrir tous les pays de la Région.

37. Malgré l'effort fourni aussi bien par les pays que par l'OMS pour renforcer la surveillance alimentaire et nutritionnelle dans la Région, la situation reste préoccupante surtout dans les pays touchés par la sécheresse. Face à la crise socio-économique qui ne cesse de s'aggraver, il est peut-être urgent de rechercher de nouvelles formes de coopération en vue d'une autosuffisance alimentaire régionale. Avant même que la famine ne frappe l'Ethiopie, 1000 enfants mourraient chaque jour sur le continent africain. On oublie généralement qu'avant la baisse spectaculaire qui s'est manifestée dernièrement (20 % depuis 1981), la production alimentaire des pays africains augmentait à un rythme impressionnant selon les taux de l'époque, et elle supporte très bien la comparaison avec celle des pays industrialisés aujourd'hui encore. Malheureusement, l'augmentation de la production (2 % par an en moyenne) a été nettement dépassée par la croissance démographique qui a été de l'ordre de 2,7 % par an en moyenne et supérieure à 4 % dans certains pays. Plus grave encore, les jeunes gens robustes émigrent vers les villes; de ce fait, une population rurale physiquement plus faible doit produire davantage pour soutenir une croissance urbaine de 5 à 10 % par an.

38. L'OMS participe, en étroite collaboration avec d'autres agences du système des Nations Unies, aux activités de secours d'urgence menées dans les 21 pays les plus touchés par la sécheresse et les autres catastrophes naturelles qui se succèdent dans la Région. Les ressources mises à disposition pour ces secours devraient être utilisées de façon à assurer en même temps la mise en place de structures de réhabilitation et de développement à long terme, aussi bien dans le domaine sanitaire que socio-économique.

39. Le programme de santé maternelle et infantile, y compris la planification familiale, est l'une des composantes des SSP les plus importantes dans la Région africaine. Ses activités s'orientent vers les services consultatifs d'appui aux programmes nationaux, la formation du personnel et la recherche. Malgré l'intérêt porté par la majorité des Etats Membres aux questions liées à ce programme, les ressources consacrées à la santé maternelle et infantile sont encore assez faibles. Parmi les 26 pays d'Afrique collaborant avec l'OMS à la mise en oeuvre de leur programme SMI/PF, seuls huit pays ont défini une politique de population visant à réduire le taux de croissance démographique, et parmi eux, quatre - Kenya, Maurice, Seychelles et Zimbabwe - ont signé en 1984 la déclaration sur la stabilisation respective de leurs populations.

40. Les activités de l'OMS en matière d'approvisionnement en eau potable et assainissement pendant le biennium 1983-1984 sont marquées par l'amélioration de la couverture des pays par les antennes du projet interpays (ICP/CWS/002) basées à Addis-Abéba, Bamako, Harare, Lomé, Lusaka et Yaoundé. Ainsi, sept ingénieurs sanitaires et un économiste ont participé aux activités de la Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement dans les pays de la Région. Un ingénieur sanitaire a aidé à former des ingénieurs d'équipement rural à l'Ecole inter-Etats de Ouagadougou. Le personnel du projet a collaboré avec les nationaux pour organiser dans des pays des ateliers de planification nationale pour la Décennie. Au cours de cette période, 28 ateliers ont été organisés. La moyenne régionale d'approvisionnement en eau potable et assainissement (chiffres de 1980) indique que la population urbaine est correctement desservie à 53,8 % en eau potable et à 43,2 % en services d'assainissement, tandis que les chiffres correspondants pour la population rurale sont de 19,9 % et 18,8 % respectivement. Selon les informations disponibles au 31 mars 1985, dans 16 pays représentant 218 millions d'habitants en zone rurale, seuls 29 % de la population disposent d'eau saine à domicile ou à 15 minutes de marche.

41. Pour ce qui est du programme "Médicaments et vaccins essentiels", il faut noter que 16 pays ont élaboré une politique nationale concernant les différents aspects du programme d'action sur les médicaments essentiels, 23 pays ont promulgué des lois sur les médicaments et 20 ont adopté l'utilisation des noms génériques dans le secteur public. Le Bureau régional collabore étroitement avec les pays intéressés à améliorer leur système d'achat et de distribution des médicaments. L'OMS a envoyé des experts et consultants qui ont participé à l'identification des médicaments essentiels, à l'estimation des quantités et à l'établissement des procédures appropriées pour les achats au niveau national. Le concept de l'achat groupé a été proposé aux Etats Membres; 12 l'ont accepté, tandis que les autres ne se sont pas encore prononcés.

42. Dans le cadre du programme "Lutte contre la maladie", des progrès substantiels sont réalisés dans la lutte contre l'onchocercose. D'autres maladies essentiellement à transmission vectorielle telles la fièvre jaune, la trypanosomiase, la schistosomiase et le paludisme continuent d'être très préoccupantes. Les efforts déployés par les pays sont louables, mais ils ne reflètent pas encore la volonté, collectivement manifestée, de revoir les méthodes actuelles de surveillance épidémiologique, y compris le soutien informationnel et les échanges d'information.

43. En mai 1977, la Trentième Assemblée mondiale de la Santé a décidé que le principal objectif social des gouvernements et de l'OMS dans les prochaines décennies devrait être de faire accéder d'ici l'an 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. Le tiers du temps alloué pour atteindre cet objectif est écoulé mais il n'est pas certain que le tiers de la distance ait été parcouru. Le compte à rebours ne doit plus être défini uniquement en termes de temps, mais aussi en termes de réalisation. Les mécanismes de la CTPD devraient être mieux utilisés; un virage inévitable est donc envisagé qui permettrait d'accélérer notre progrès vers l'objectif social de la SPT/2000 auquel individuellement et collectivement les Etats Membres ont souscrit.

44. Le Comité régional a examiné, lors de sa vingt-neuvième session, les implications de la résolution WHA33.17 et de la résolution 34/58 de l'Assemblée générale des Nations Unies; il a adopté la résolution AFR/RC29/R7 reconnaissant la pertinence des structures du Bureau régional et invitant, dans les paragraphes 2 et 3 du dispositif, le Directeur régional "à prendre, de concert avec le Sous-Comité du Programme et le Directeur général, les mesures appropriées afin que l'étude des structures de l'OMS eu égard à ses fonctions permette aux Etats Membres d'atteindre l'objectif social "Santé pour tous en l'an 2000" et de tenir informé le Comité régional, par l'intermédiaire de rapports périodiques, de l'évolution des structures du Bureau régional eu égard à ses fonctions. Par ailleurs, le plan d'action pour la mise en oeuvre des directives des paragraphes 6 (2), 6 (3) et 6 (4) de la résolution WHA33.17 demande au Directeur régional de poursuivre "la décentralisation et le renforcement de l'autoresponsabilité tant au niveau national que régional".

45. C'est pourquoi, le Directeur régional a procédé à la décentralisation du Bureau régional pour le rapprocher davantage des pays afin de rendre l'appui de l'Organisation plus opérationnel pour une utilisation optimale des ressources. Trois Bureaux sous-régionaux de développement sanitaire seront créés. Chaque Bureau sera dirigé par un Directeur, fonctionnaire international de très haut niveau, assisté par des équipes pluridisciplinaires aptes à répondre avec promptitude et efficacité aux requêtes des gouvernements dans le domaine des prestations sanitaires en faveur des communautés. Chaque Bureau comportera des équipes d'appui stratégique, logistique et technique.

46. Au niveau des pays, le renforcement du Bureau du Coordonnateur dans les domaines administratif, financier et technique et en personnel permettra aux Etats Membres de mieux mettre en oeuvre leurs stratégies nationales. De même, les Coordonnateurs auront plus de responsabilités et seront mieux sélectionnés afin de leur permettre de remplir leurs fonctions d'administrateur/gestionnaire, de conseiller, de superviseur et d'être des homologues valables des autres représentants des agences du système des Nations Unies. Le renforcement du Bureau de la Coordination exigera évidemment l'utilisation des compétences nationales en vue de promouvoir et/ou de développer l'auto-suffisance nationale dans les prestations sanitaires en faveur des individus, des familles et des collectivités.

47. Au niveau régional, cette décentralisation permettra de mieux orienter l'appui de l'OMS. Ainsi tous les appuis, logistique et technique, seront près des pays, l'un des objectifs majeurs étant de promouvoir et de développer des équipes multidisciplinaires en vue d'une meilleure utilisation des ressources de l'Organisation. Grâce à l'utilisation rationnelle des nouvelles structures et à la mise en commun des expériences nationales en matière de gestion et de prestations socio-sanitaires, l'Afrique sera présente au rendez-vous de l'an 2000.

Discussions

48. Le rapport du Directeur régional sur l'activité de l'OMS en 1983-1984 a fait l'objet de discussions fort nourries. Les représentants des Etats Membres ont trouvé que le rapport était circonstancié, clair et riche d'enseignements. Ils ont échangé leurs expériences respectives concernant les différents points soulevés par le rapport. Ils ont demandé des clarifications sur les points suivants :

- i) niveau de responsabilité du Directeur du Bureau sous-régional de développement sanitaire par rapport au Coordonnateur/ Représentant de l'OMS dans le pays d'implantation du Bureau sous-régional;
- ii) coût d'implantation des Bureaux sous-régionaux;

iii) mécanismes de fonctionnement des Bureaux;

iv) critères de sélection du pays hôte.

49. Le Comité invite le Directeur régional à renforcer l'appui aux Etats Membres pour la formation en gestion des personnels de santé et pour la mise en place de systèmes nationaux de santé fondés sur les soins de santé primaires.

50. Le Directeur régional a apporté les clarifications aux points suivants :

Niveau de responsabilité

51. Le Bureau sous-régional de développement sanitaire n'est pas un niveau hiérarchique mais un relais technique opérationnel entre les pays et le Bureau régional. La mise en place de ces bureaux permettra aux Etats Membres de recevoir avec promptitude les réponses à leurs requêtes, évitant ainsi une bureaucratie préjudiciable à la mise en oeuvre de leurs stratégies nationales de santé ainsi que les difficultés de communication. Le Bureau sous-régional vise donc à rapprocher des pays les supports techniques et matériels. Le Coordonnateur/Représentant de l'OMS représente le Directeur général et le Directeur régional dans les pays et constitue un lieu direct entre le Bureau régional et les pays. Il n'y a donc pas de rapport hiérarchique entre le Coordonnateur/Représentant et le Directeur du Bureau sous-régional.

Coût d'implantation

52. L'implantation de ces Bureaux sous-régionaux n'entraîne pas la création de postes supplémentaires. Il n'y aura donc pas d'augmentation de coût en personnel. Il s'agira seulement d'une redistribution progressive dans le temps du personnel travaillant dans les projets interpays et éventuellement au Bureau régional.

53. Il est cependant certain qu'il sera nécessaire d'assurer le soutien logistique de ces bureaux, en particulier le support physique (bureau, matériel, équipement, etc.), qui leur permette de fonctionner. Le coût supplémentaire de ces installations sera présenté conformément aux règles de l'OMS.

Place des centres régionaux de développement sanitaire (CRDS)

54. Les CRDS de Cotonou, Maputo et Harare ont été conçus comme des centres de formation en santé publique en langue française, anglaise et portugaise. Cotonou et Maputo fonctionnent déjà comme des instituts spécialisés en formation et en recherche. Les CRDS soutiendront les Bureaux sous-régionaux dans leurs fonctions de : i) consultation/conseil; ii) information; iii) formation; iv) recherche; v) coopération technique en vue de la SPT/2000, et vi) création de centres nationaux de développement sanitaire (CNDS) dans les pays.

55. Les CNDS, eux, assument au niveau des pays des fonctions dans le domaine opérationnel (participation aux activités de SSP) et éventuellement dans le domaine technique (formation, coordination des activités des SSP, renforcement des infrastructures de soins de santé, mise en oeuvre et évaluation des programmes de santé), et dans le domaine de l'appui stratégique aux SSP.

Mécanismes de fonctionnement

56. Les Bureaux sous-régionaux, pour fonctionner, auront un appui logistique particulier, un système de communication entre le Bureau régional et les pays d'une part, et les pays entre eux d'autre part. Des études de coût sont en cours en liaison avec le Siège. L'informatisation poussée est aussi envisagée pour l'ensemble des Bureaux sous-régionaux. La diminution actuelle du prix des ordinateurs permettra de résoudre certains problèmes de communication.

57. Les équipes interpays actuelles seront refondues dans les équipes sous-régionales afin que la multidisciplinarité les rende plus fonctionnelles et soit un exemple pour les pays eux-mêmes. Ceci répond en même temps au souci du Comité régional qui s'est montré préoccupé, ces dernières années, du soutien effectif des projets interpays comparativement à leur coût. Cependant, les Bureaux sous-régionaux ne seront pas de simples regroupements des projets existants.

Critères de sélection du pays hôte

58. Le lieu d'implantation des Bureaux sous-régionaux sera arrêté après une étude attentive dans les pays concernés selon les critères à déterminer. Il sera, par exemple, tenu compte de la réussite des expériences en matière de

soins de santé, du degré de fonctionnement ou de la possibilité de développer un centre national de développement sanitaire, de l'engagement déjà marqué dans la traduction de la stratégie des SSP en plan d'action national concret, etc.

DEVELOPPEMENT ET COORDINATION DE LA RECHERCHE BIOMEDICALE ET DE LA RECHERCHE SUR LES SYSTEMES DE SANTE

Introduction

59. Le Dr V. M. Eyakuze présente le rapport du Directeur régional sur le développement et la coordination de la recherche biomédicale et de la recherche sur les systèmes de santé. Ce document décrit les activités du Programme régional de promotion et de développement de la recherche. Il énonce les activités des Programmes spéciaux HRP, TDR et CDD qui travaillent en étroite collaboration avec le Bureau régional.

60. L'introduction indique que, en vue d'atteindre l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000, la recherche est nécessaire pour aborder le problème de la définition : à quel endroit et de quelle façon les changements doivent être apportés au système de santé.

61. Les six principaux axes des stratégies régionales ont été énoncés. Ce sont : contribution à l'atteinte du but national de SPT/2000; stimulation et promotion continues de l'engagement politique et des processus de prise de décisions; bonne compréhension de la participation des collectivités; organisation et gestion des systèmes de santé; activités intersectorielles, et utilisation des technologies appropriées.

62. Le rapport note qu'à la suite d'une évaluation systématique du programme de recherche sur la santé dans la Région en 1983, un programme régional à moyen terme de la recherche sanitaire pour 1984-1989 a été préparé. Les quatre objectifs spécifiques de ce programme ont été notés.

63. La mise en oeuvre des recommandations de la sixième session du CCARM et de la résolution AFR/RC33/R1 ainsi que certaines autres activités du programme ont été énumérées. Ce sont : i) la mise au point d'un manuel de formation à la méthodologie de la recherche sur la santé; ii) les recommandations de la septième session du CCARM qui s'était tenue à Madagascar; iii) les ateliers organisés sur la méthodologie de la recherche et l'élaboration des protocoles

de recherche; iv) l'octroi de 17 subventions à des chercheurs africains appartenant à 11 pays de la Région, et v) la désignation de sept nouveaux centres collaborateurs de l'OMS ainsi que des visites de promotion de la recherche dans les Etats Membres.

64. Les activités suivantes menées par les programmes spéciaux dans la Région en 1983-1984 ont été enregistrées :

- la création de trois centres (Angola, Ethiopie et Sénégal) pour la formation et la recherche sur la lutte contre les maladies diarrhéiques;
- la collaboration de TDR avec 28 pays africains aux activités de recherche et de développement, de formation à la recherche et de renforcement institutionnel; il a été noté que de janvier 1983 à mars 1985, 143 projets ont bénéficié de l'appui de l'OMS pour un coût de US \$8,98 millions;
- la ventilation des dépenses HRP en 1983-1984 et les conclusions et recommandations de la deuxième réunion du Groupe d'Etude africain sur la Recherche en Reproduction humaine qui s'est tenue à Franceville (Gabon).

65. En ce qui concerne la recherche sur les systèmes de santé, il a été noté ce qui suit : i) le Bureau régional, en collaboration avec le projet RSSP, a organisé cinq cours nationaux sur la méthodologie de la recherche appliquée aux SSP; ii) la coopération tripartite aux projets HSR analogues à ceux organisés en Ethiopie est à l'étude par le Gouvernement du Botswana; iii) les conclusions et recommandations de la deuxième réunion du Groupe d'Etude HSR qui s'est tenue à Brazzaville (Congo) en février 1985.

Discussions

66. Le Comité régional note avec satisfaction les progrès accomplis dans l'élaboration et la coordination de la recherche biomédicale et de la recherche sur les systèmes de santé. Il apprécie le fait que le programme de recherche sur la santé de la Région met l'accent sur les stratégies régionale et nationales de la SPT/2000 par le biais des soins de santé primaires.

67. Le Comité convient que le point crucial du développement sanitaire se ramène à l'écart entre les connaissances acquises en sciences de la santé et ce à quoi les populations ont réellement accès en termes de connaissances, de services et possibilités. Le Comité estime que la SPT/2000 ne saura être instaurée si l'on néglige la recherche sur les systèmes de santé, et souligne la nécessité d'accorder la priorité à ce type de recherche dans la Région africaine.

68. Le Comité a évoqué le besoin urgent de données en matière de recherche sur la santé, notamment en ce qui concerne la technologie sanitaire appropriée, les nouveaux instruments de diagnostic, la participation communautaire, les ressources disponibles pour la recherche sanitaire et les résultats de recherche qui ont été utilisés avec succès pour le développement sanitaire des Etats Membres. Il a été suggéré que le Bureau régional publie un journal régional de recherche médicale.

69. Le Comité a accueilli favorablement les efforts déployés pour organiser des ateliers dans les pays de la Région permettant ainsi aux jeunes chercheurs d'acquérir du métier et d'apprendre la méthodologie de la recherche et l'élaboration de protocoles. Il est recommandé de poursuivre cette activité.

70. Les membres du Comité sont convenus que le but des activités poursuivies par le Bureau régional était d'obtenir des résultats de recherche spécifiques, pertinents et applicables, pour améliorer les programmes de santé au niveau des pays et pour renforcer le potentiel de recherche des pays eux-mêmes.

Recommandations de la septième session du CCARM

71. Le Comité régional a souscrit aux recommandations de la septième session du CCARM qui s'est tenue à Antananarivo (Madagascar) du 15 au 19 avril 1985. Ces recommandations sont les suivantes :

- i) Que le CCARM fasse porter ses discussions sur l'orientation centrale de la politique, de la stratégie et de la gestion de la recherche ainsi que de la formation à la recherche afin de stimuler la création et/ou le renforcement d'infrastructures de recherche biomédicale dans la Région africaine qui en a tant besoin.

- ii) Que les centres de collaboration de l'OMS existants soient évalués pour déterminer leurs apports aux efforts de l'OMS pour atteindre l'objectif social de SPT/2000 par le biais des soins de santé primaires.
- iii) Que les réunions du CCARM qui se tiennent actuellement tous les deux ans reprennent un calendrier annuel pour minimiser le retard de la discussion des problèmes soulevés par le CCRM mondial et pour soutenir l'élan nécessaire à la recherche dans la Région.
- iv) Que si le Bureau régional se rend compte qu'une priorité de recherche n'est pas prise en compte par les chercheurs, il choisisse lui-même des chercheurs et leur demande d'entreprendre la tâche.
- v) Que le Comité régional de l'Afrique réserve 5 % du budget programme régional à la recherche biomédicale.
- vi) Que le Bureau régional continue à promouvoir, parmi les Etats Membres, la mise au point de politiques de recherche biomédicale fondées sur le programme de développement sanitaire d'ensemble.
- vii) Que les Coordonnateurs de l'OMS jouent un rôle plus actif dans la promotion de la recherche.

72. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC35/R11.

POLITIQUE EN MATIERE DE BUDGET PROGRAMME POUR LES PAYS DE
LA REGION AFRICAINE

73. La mise en oeuvre de la stratégie régionale de la SPT, adoptée par le Comité régional lors de sa trentième session en septembre 1980 à Brazzaville, nécessite de tirer "le meilleur parti possible des ressources de l'OMS aussi bien au niveau national que régional".

74. Dès la Trente-Huitième session de l'Assemblée mondiale de la Santé, les Comités régionaux ont été priés de développer leurs fonctions de surveillance, de contrôle et d'évaluation, et ainsi de s'assurer que les politiques sanitaires nationales et régionale sont conformes aux résolutions adoptées par les Organes directeurs.

75. La Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, en 1985, a prié les Comités régionaux d'élaborer une politique régionale en matière de budget programme qui assure l'utilisation optimale des ressources de l'OMS pour donner un effet maximum à la politique régionale collective de l'Organisation.

76. Cette politique régionale s'inscrit dans le cadre des directives mondiales en matière de budget programme (document DGO/85.1) dont les Etats Membres ont pris connaissance au cours de la soixante-quinzième session du Conseil exécutif et de la Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé.

Principaux axes de la politique régionale africaine

77. Les principaux axes de la politique régionale africaine en matière de budget programme sont conformes aux directives mondiales, mais reflètent la spécificité de la Région africaine : i) soutien aux stratégies; ii) renforcement des capacités nationales; iii) coopération technique entre pays en développement; iv) utilisation optimale des ressources.

78. Dans la Région africaine, le soutien aux stratégies nationales a fait, dès 1979, l'objet de l'attention du Comité régional qui a approuvé, lors de sa vingt-neuvième session (résolution AFR/RC29/R11), la Charte de la Région africaine pour le Développement sanitaire. Lors de sa trente-troisième session, en 1983, le Comité régional a adopté le plan d'action régional pour la mise en oeuvre de la stratégie de la SPT (résolution AFR/RC33/R5).

79. Le renforcement des capacités a été le souci constant du Comité dès l'adoption de la stratégie régionale. La formation des personnels de santé à tous les niveaux constitue un élément essentiel de la stratégie régionale par l'intermédiaire d'un réseau régional d'institutions de formation.

80. Le Comité régional a reconnu l'importance de la recherche/développement en tant qu'outil majeur de la solution des problèmes prioritaires de santé. Le développement d'un réseau de centres nationaux de développement sanitaire, soutenu par des centres régionaux, doit aboutir au renforcement des capacités nationales afin de constituer des masses critiques des chefs de file de l'action de la SPT.

81. La coopération technique entre pays en développement (CTPD) est un aspect essentiel de la stratégie régionale avec ses Groupes de Travail sous-régionaux et son Comité permanent. Le Comité régional a examiné en 1984, lors de sa trente-quatrième session, la mise en oeuvre de la stratégie régionale pour l'utilisation optimale des ressources de l'OMS pour apporter un appui direct aux Etats Membres.

82. La coopération de l'OMS avec les pays revêt deux formes à prendre en compte lors de la planification détaillée du budget ordinaire de l'OMS : i) services internationaux, et ii) participation financière directe.

83. La politique de l'OMS en matière de bourses d'études a été définie et adoptée par le Comité régional lors de la trente-troisième session (résolution AFR/RC33/R2).

84. Le Directeur régional a élaboré un cadre organique pour l'instauration de la SPT; il en ressort quatre idées : i) le Secrétariat de l'OMS est avant tout au service des Etats Membres; ii) la politique de l'OMS doit consister à se rapprocher des pays; iii) une meilleure utilisation des ressources disponibles doit être de règle; iv) le recensement et la mobilisation de toutes les ressources sont indispensables.

Eléments de la politique africaine en matière de budget programme

85. Les éléments de la politique en matière de budget programme sont regroupés sous quatre chapitres : i) processus de programmation budgétisation; ii) appui de l'Organisation régionale; iii) rôle du Comité régional, et iv) surveillance et évaluation.

86. Le processus de programmation budgétisation repose sur les principes de la programmation par objectif et de la budgétisation par programme. Le processus utilisé au niveau des pays nécessite un examen conjoint gouvernement/OMS des programmes nationaux auxquels sont affectées les ressources de l'OMS. En effet, la planification détaillée conjointe gouvernement/OMS doit permettre la mise en oeuvre, la surveillance et l'évaluation des programmes nationaux auxquels l'OMS participe financièrement ou sous forme de services internationaux. La mise en place d'un mécanisme conjoint gouvernement/OMS auquel doit participer le Coordonnateur est la condition préalable à l'utilisation optimale des ressources de l'OMS.

87. L'appui de l'Organisation régionale doit être amélioré par la nouvelle structure de la Région africaine, axée sur la décentralisation des activités du Bureau régional avec la création de trois Bureaux sous-régionaux et le renforcement des bureaux des Coordonnateurs.

88. Le rôle du Comité régional est encore accru. En effet, le point nouveau et particulièrement important est le rapport succinct que chaque Etat fera au Comité régional sur l'utilisation des ressources de l'OMS.

89. La surveillance et l'évaluation de la politique régionale en matière de budget programme doit intervenir aux différents stades et aux différents niveaux de l'Organisation.

Structure régionale du budget programme

90. Le projet de budget programme 1988-1989 sera le premier élaboré selon cette politique et la structure en découlera. Il mettra un accent particulier sur les exposés par pays et fera ressortir ensuite des programmes de l'OMS à l'appui des programmes nationaux.

91. Après la trente-cinquième session du Comité régional, le projet de politique en matière de budget programme pour les pays de la Région africaine sera élaboré avec la participation des Coordonnateurs de l'OMS, les membres du Sous-Comité du Programme et les responsables nationaux, au cours des réunions de travail CTPD. Ce projet sera examiné en juin 1986 par le Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS) avant la mise au point final et son adoption par le Comité régional lors de sa trente-sixième session en septembre 1986.

Discussion

92. Au cours des discussions, le Comité régional a fourni des directives au Secrétariat régional concernant :

- i) la formation des personnels de santé en général et au processus gestionnaire en particulier;
- ii) l'utilisation des ressources de l'OMS pour les fournitures et le matériel;

- iii) la détermination des activités et programmes interpays;
- iv) la coopération technique entre pays en développement (CTPD);
- v) les responsabilités respectives des gouvernements et de l'OMS dans le processus de programmation budgétisation.

93. Toutes ces directives seront prises en considération lors de l'élaboration du projet de document qui lui sera soumis en septembre 1986. En effet, le renforcement des capacités nationales doit passer par le développement d'un réseau régional, opérationnel, d'institutions de formation de différentes catégories de personnel en différentes disciplines, mais aussi et nécessairement par un réseau de centres nationaux de développement sanitaire soutenus par des centres régionaux.

94. Les Etats Membres ayant la responsabilité collective de la gestion des ressources de l'OMS, il existe certaines limites, certaines contraintes à l'utilisation des fonds; ainsi la résolution WHA33.17 demande au Directeur général et au Directeur régional de satisfaire les demandes des Etats Membres seulement si elles répondent aux politiques adoptées collectivement. Cependant, compte tenu de la situation en Afrique, le Directeur régional accorde une attention particulière à toute demande présentée par les Etats Membres.

95. La création des trois Bureaux sous-régionaux dans la nouvelle structure de la Région va permettre de décentraliser les activités du Bureau régional vers les pays et d'organiser celles des programmes interpays redistribués dans ces bureaux sous-régionaux.

96. Les Groupes de Travail CTPD auront à étudier la politique en matière de budget programme lors de leur réunion en 1986 et pourront donc déterminer entre autres le rôle de l'OMS en ce domaine. Le rôle catalytique de l'OMS sera renforcé par la constitution de véritables banques d'information CTPD au niveau des bureaux des Coordonnateurs de l'OMS.

97. L'examen conjoint gouvernement/OMS des programmes nationaux auxquels sont affectées les ressources de l'OMS ne signifie pas empiètement sur la souveraineté des Etats Membres. Il s'agit d'un dialogue permanent avec les pays, lors des différentes phases de planification/programmation des

ressources de l'OMS. Le but de ces mécanismes conjoints est de s'assurer que les ressources de l'OMS sont utilisées en accord avec la politique de l'OMS, ainsi que la politique sanitaire nationale.

98. Ce dialogue conclu par un accord détaillé entre les deux parties, documentation légale, est la base de la surveillance efficace de l'utilisation optimale des ressources de l'OMS.

PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION (PEV) : EVALUATION A LA MI-DECENNIE

Introduction

99. Le Directeur régional a procédé à l'évaluation du programme élargi de vaccination dans la Région africaine pour la période 1977-1985. Le Dr D. Barakamfitye présente le rapport du Directeur régional (document AFR/RC35/21) qui informe le Comité des progrès accomplis, des problèmes rencontrés lors de la mise en oeuvre du programme, et tend à inciter les Etats Membres de la Région à prendre les mesures qui s'imposent pour que les objectifs et les buts fixés soient atteints dans les délais voulus. L'évaluation du Programme suit les principes directeurs de l'OMS pour l'évaluation des programmes de santé (Série "Santé pour Tous" No 6).

100. Le Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS), au cours de la session de juin 1985, a examiné ce rapport et formulé ses recommandations. La pertinence et l'importance du PEV sont devenues une évidence au regard de la dimension des problèmes à résoudre et du fait de sa conformité avec l'objectif social de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

Adéquation

101. La formulation des politiques de vaccination repose sur une définition claire des problèmes. Il apparaît notamment que :

- i) Les infections par tétanos du cordon ombilical ou des plaies de circoncision se manifestent principalement parmi les populations rurales ne disposant que de peu de formations sanitaires ou n'y ayant pas accès. Les résultats des enquêtes effectuées en Afrique pour estimer la mortalité imputable au tétanos néonatal montrent que les taux varient de 1,0 à 17,0 décès imputables au

tétanos néonatal pour 1000 enfants nés vivants. Comme le pourcentage des accouchées ayant reçu les deux doses de vaccin antitétanique, c'est-à-dire la dose préventive minimale, est d'environ 10 %, on estime qu'en 1985 il y aura en Afrique 170 000 décès imputables au tétanos néonatal.

- ii) La coqueluche infecte 80 % des nouveau-nés et enfants africains. Dans les zones urbaines fortement peuplées, la coqueluche est endémique et infecte les nourrissons au cours de leur première année de vie, âge auquel les taux de létalité sont élevés. Dans les zones rurales où la densité démographique est plus faible, la coqueluche est habituellement une maladie épidémique qui se manifeste avec une périodicité de deux à cinq ans. Outre la mortalité très élevée que révèlent les données précitées, l'anorexie et les vomissements provoqués par la coqueluche contribuent à une perte de poids et à une malnutrition grave, quelquefois fatale. Le vaccin anticoquelucheux administré en trois doses à un mois d'intervalle est efficace à 75-85 %.

- iii) Tous les enfants africains non protégés par la vaccination seront infectés par la rougeole, 80 % d'entre eux avant l'âge de cinq ans. A l'exception peut-être du paludisme dans certaines zones, la rougeole est l'ennemi No 1 des enfants africains. Elle se traduit par des complications multiples, y compris l'encéphalite, la xérophtalmie, l'otite moyenne, la pneumonie, la diarrhée et la malnutrition. L'immunosuppression induite après la rougeole augmente le risque de complications bactériennes graves, y compris la méningite tuberculeuse et la shigellose. Les taux de létalité relatifs à la rougeole en Afrique vont jusqu'à 26 %.

- iv) Avant les années 1970, la poliomyélite n'était pas vraiment reconnue comme un problème de santé important en Afrique tropicale. Au Ghana, où l'on pensait que la poliomyélite n'était pas un problème de santé publique, des études ont révélé, à la grande surprise de tous, un grand nombre

d'infirmités poliomyélitiques. Grâce aux méthodes normalisées de l'OMS pour procéder aux enquêtes sur les infirmités, on a observé des taux de paralysie poliomyélitique résiduelle allant de 1,5 à 8,5 % pour 1000 enfants.

102. Du point de vue de la formulation du programme, le programme élargi de vaccination est partie intégrante des programmes de soins de santé primaires aux niveaux national et régional. Des cibles régionales ont été fixées en ce qui concerne l'accès des services à tous les enfants de moins d'un an d'ici à 1990 et la vaccination complète d'au moins 75 % d'entre eux avant l'âge de 12 mois. Les cibles relatives à la réduction de la morbidité et de la mortalité n'ont pas encore été fixées dans tous les pays ou au niveau régional.

Etat d'avancement

103. En 1985, le PEV est exécuté dans pratiquement tous les pays de la Région. Certains pays mènent des activités dans la capitale et mettent en place des programmes très coûteux qu'ils ne sont pas en mesure d'étendre à l'ensemble du pays, compte tenu des fonds dont ils disposent. En outre, on voit souvent des pays qui mettent en place ou renforcent des structures verticales indépendantes pour administrer la vaccination en se souciant peu de l'intégration. Jusqu'à présent, dans 22 pays sur 45, le PEV couvre l'ensemble du pays; 39 pays ont intégré le PEV, soit dans les services des SSP, soit dans ceux de SMI. La mise en oeuvre du programme est accélérée dans certains pays par plusieurs autres approches :

- recours aux équipes mobiles : dans au moins 29 pays, les équipes mobiles sont opérationnelles;
- mise en oeuvre d'activités intensives en un court laps de temps.

104. L'évaluation de ces approches a été effectuée lors de la dernière réunion du Groupe consultatif mondial du PEV (1984) qui a déclaré ce qui suit : "Tout pays qui envisage une approche intensive devra au préalable procéder à un examen minutieux de sa propre situation et ensuite tenir compte de l'impact probable à long terme d'une telle stratégie et de l'aptitude du pays à mettre en oeuvre et à soutenir cette initiative."

105. Le progrès du PEV est surveillé grâce à une série d'indicateurs importants élaborés au niveau mondial et adaptés en fonction des besoins nationaux et régionaux. Parmi les vaccins utilisés pour le PEV, seul le BCG est produit par deux pays de la Région. En conséquence, la quasi-totalité des vaccins utilisés dans la Région vient de l'extérieur.

106. L'OMS et l'UNICEF, principaux fournisseurs des vaccins du PEV en Afrique, ont établi conjointement des critères pour la qualité des vaccins. Presque tous les vaccins actuellement utilisés en Afrique satisfont à ces critères.

107. De nombreuses campagnes de vaccination ont échoué en Afrique à cause de l'attention insuffisante que l'on accorde à la chaîne du froid. Les efforts déployés par l'OMS et l'UNICEF pour identifier, mettre à l'épreuve et évaluer le matériel, élaborer des cours de formation pour l'entretien et la réparation du matériel et établir des procédures systématiques pour son fonctionnement ont rendu possible la bonne marche de la chaîne du froid dans plusieurs pays d'Afrique.

108. L'OMS et les Etats Membres ont progressé de façon marquée dans le perfectionnement des compétences gestionnaires du personnel de santé. Les priorités actuelles en matière de formation concernent le personnel de niveau périphérique, la formation en cours d'emploi, l'éducation permanente, l'identification et la correction des problèmes de rendement. L'accent est maintenant mis sur l'intégration du PEV dans les programmes de formation des personnels de santé et sur la formation des agents de santé de village qui sont en contact avec les familles et participent directement aux activités au niveau communautaire.

109. La recherche opérationnelle sur les stratégies d'exécution de la vaccination, la surveillance épidémiologique des maladies cibles, les composantes de la chaîne du froid et les techniques de stérilisation, reçoivent une priorité élevée.

Efficiéce

110. La couverture vaccinale mesure l'efficiéce du système de prestations des vaccins recommandés aux populations cibles. Etant donné que la notification des vaccinations des moins d'un an n'est pas encore très courante, on n'a pas souvent recours aux estimations directes à ce stade.

Toutefois, on procède généralement à des enquêtes par sondage pour mesurer la couverture dans les zones desservies par le PEV. En 1983-1984, 30 pays ont mené 150 enquêtes dans ces zones. On notera que seuls neuf pays ont mené des enquêtes nationales, dont les résultats peuvent être considérés comme valables pour tout le territoire.

111. Cependant, le résultat de toutes ces activités en termes de couverture vaccinale est encore relativement maigre. En effet, en dépit du fait que selon les informations disponibles pour 1983, dix pays aient réalisé entre 45 et 87 % de couverture vaccinale du groupe cible, la moyenne pour la Région ne dépasse guère 20 %.

Efficacité

112. L'efficacité du programme en termes de réduction de la morbidité et de la mortalité ainsi que ses avantages sur le plan social ne peuvent être raisonnablement mesurés à ce stade, étant donné que la couverture vaccinale n'a pas encore atteint 75-80 %, niveau normalement requis pour interrompre la transmission des maladies cibles. Néanmoins, dans certains pays ou certaines zones où le programme a été mené de façon satisfaisante avec un bon système de surveillance, une tendance de réduction de la maladie commence à se manifester.

Impact

113. L'impact du programme sera déterminé par l'amélioration de la qualité de vie de la population de la Région. Un tel effet ne peut s'obtenir avec le seul PEV. En outre, la couverture moyenne telle qu'elle est estimée ne peut permettre, à ce stade, de montrer des améliorations notables de la situation sanitaire globale.

Recommandations

114. Le rapport du Directeur régional contient les recommandations suivantes :

- i) renforcer l'engagement politique au plus haut niveau et encourager la participation des communautés;
- ii) intégrer davantage le PEV dans les structures des SSP;

- iii) fixer les buts en termes de réduction de la morbidité et de la mortalité imputables aux maladies visées par le PEV;
- iv) renforcer la gestion des programmes nationaux, notamment en organisant des réunions des responsables de niveau périphérique, intermédiaire et national, et poursuivre la tenue des réunions des responsables nationaux du PEV au niveau sous-régional;
- v) revoir le système de surveillance épidémiologique, notamment en simplifiant le système de recueil des données et en assurer la rétroinformation;
- vi) planifier suffisamment à l'avance les besoins logistiques, bien sélectionner le matériel de la chaîne du froid et en assurer une bonne maintenance;
- vii) saisir toutes les occasions possibles pour immuniser les enfants,
- viii) introduire le PEV dans le programme de formation des personnels de santé de tous les niveaux;
- ix) utiliser au mieux les ressources disponibles et mobiliser les ressources budgétaires;
- x) poursuivre la recherche appliquée, aussi bien dans les domaines épidémiologiques que dans celui de la chaîne du froid;
- xi) procéder à des revues et évaluations périodiques du programme.

Discussion

115. Vingt-trois délégations ont fait des commentaires sur le rapport du Directeur régional. Le Comité régional reconnaît les progrès considérables, réalisés depuis 1974, date de la mise en oeuvre du PEV, et estime que si les progrès constatés au cours de ces dix dernières années continuent, on pourrait raisonnablement espérer atteindre l'objectif qui consiste à vacciner complètement au moins 75 % des enfants avant leur premier anniversaire d'ici à 1990.

116. Le Comité a apprécié la clarté du rapport et la quantité importante d'informations qu'il contenait. Des mises à jour seront remises au Directeur régional pour compléter le rapport. Un accent particulier est mis sur l'importance qu'il y a à disposer de données valables afin de pouvoir bien gérer le programme, et l'appui de l'OMS est sollicité pour renforcer les capacités nationales pour la collecte et l'utilisation des données, notamment au niveau périphérique.

117. De nombreux obstacles auxquels on se heurte dans la mise en oeuvre des programmes nationaux ont été relevés. Il convient que ces obstacles soient surmontés si l'on veut atteindre l'objectif de 1990. Parmi ces derniers, les problèmes liés à l'abandon en cours de vaccination, la formation, la supervision, l'adéquation des fournitures, le transport, les pièces détachées, l'entretien de la chaîne du froid ont été nommément cités. Là où les établissements fixes sont encore trop peu nombreux pour assurer un accès adéquat à la population, la stratégie avancée et l'utilisation des équipes mobiles pourraient être nécessaires. Un certain nombre de pays envisagent d'introduire des journées nationales de vaccination pour susciter un appui politique multisectoriel, accroître la participation des communautés, mobiliser les ressources financières et humaines qui permettront d'accroître rapidement la couverture vaccinale.

118. Le Comité a soulevé les questions relatives au renforcement des services de contrôle de la qualité des vaccins dans la Région, à la récolte et la diffusion des informations pertinentes, à l'utilisation des réfrigérateurs solaires, au choix du groupe d'âge de 0 à 1 an pour mesurer la couverture vaccinale et enfin au calendrier de vaccination révisé figurant dans le rapport.

119. Le problème concernant la nécessité de disposer de données adéquates n'est pas limité au PEV; il s'applique pratiquement à tous les programmes de santé. Le Directeur régional accordera une priorité élevée au renforcement des capacités nationales dans ce domaine. L'utilité d'une "Journée nationale de Vaccination" et de campagnes analogues pour accroître rapidement la couverture vaccinale a été mise en évidence; mais il importe de s'assurer que de tels efforts contribuent au renforcement de l'infrastructure sanitaire. Il est relativement aisé d'accroître la couverture vaccinale à brève échéance; mais à moins que cet accroissement ne soit maintenu, les résultats à long terme pourraient avoir des effets plus nuisibles qu'utiles.

120. Dans la Région, deux centres situés à Dakar et à Nairobi ont été renforcés de façon à offrir des services de contrôle de la qualité des vaccins. Les possibilités de renforcement des centres complémentaires sont à l'étude (Ethiopie, Ghana, Madagascar, Zimbabwe).

121. Un récent rapport sur les résultats préliminaires des essais de réfrigérateurs solaires sera bientôt mis à la disposition des Etats Membres. Ce rapport indique que dans quelques régions où l'on ne dispose pas de sources d'énergie de remplacement, le coût relativement élevé des réfrigérateurs solaires pouvait être justifié. Mais dans la plupart des cas, cette mesure n'offre pas encore une solution satisfaisante aux problèmes de la chaîne du froid. Parmi ces problèmes, citons : un coût initial relativement élevé, la nécessité de disposer de personnel bien formé pour installer l'équipement et le réparer en cas de panne, la nécessité d'assurer un nettoyage systématique des panneaux solaires, l'entretien des batteries et leur durée de vie relativement courte (environ deux ans) ainsi que leur coût élevé qui posent le problème de remplacement.

122. Le manque de pièces détachées en quantités suffisantes est un problème largement répandu. Les donateurs devraient être informés du fait que seulement le tiers environ du coût total d'un réfrigérateur au cours de sa durée de vie est constitué par l'achat initial et le transport sur le lieu d'utilisation. Les autres deux-tiers du coût sont constitués par le combustible, les pièces détachées et la maintenance. Au moment du don, les donateurs devraient fournir les pièces détachées nécessaires pour la durée de vie du produit.

123. Il est noté que l'Assemblée mondiale de la Santé a recommandé que le groupe d'âge de 0 à 1 an soit retenu pour évaluer la couverture vaccinale. Cette décision est opportune car c'est l'âge où la vaccination est la plus efficace. Dans la tranche d'âge supérieure, notamment dans les pays en développement, un pourcentage plus élevé d'enfants serait déjà immunisé contre ces maladies par les infections naturelles.

124. Pour ce qui est du calendrier des vaccinations recommandé dans le rapport, il a été noté qu'il présentait l'avantage d'offrir une gamme plus large de possibilités pour immuniser l'enfant et qu'il encourageait la vaccination des enfants dès leur plus jeune âge. Une dose de vaccin

antipoliomyélitique par voie orale à la naissance peut assurer l'immunité intestinale à 70 % et devrait être administrée à l'enfant dès son premier contact avec les services de santé. Elle pourrait être facilement administrée en même temps que la vaccination au BCG. Les pays qui ont mis en oeuvre des programmes de formation en cours d'emploi et qui assurent une bonne supervision, pourraient introduire ces changements dans le calendrier de façon progressive sans provoquer de bouleversements importants dans le programme en cours.

125. Le Comité a reconnu le besoin de poursuivre la recherche opérationnelle pour résoudre les problèmes d'abandon, de maintenance de la chaîne du froid, ainsi que d'autres problèmes à caractère épidémiologique liés au programme élargi de vaccination. Des études devront également être effectuées pour identifier les possibilités de vacciner les enfants contre la rougeole avant neuf mois.

126. Il a été noté l'intérêt d'échanger les expériences entre pays pour permettre aux responsables nationaux du PEV d'apprendre les uns des autres. Ces échanges pourraient être organisés dans le cadre de la CTPD, notamment en offrant aux responsables nationaux du PEV les possibilités de participer aux évaluations du programme dans les autres pays de la Région ainsi que par le biais des sessions sous-régionales.

127. Après les discussions, le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC35/R9.

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

128. Le Docteur A. B. Bella, Membre du Conseil exécutif, présente le document AFR/RC35/5 qui expose les actions prises en cours et les perspectives pour la mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par la Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé. Ce rapport est présenté, comme les années précédentes, sous une forme qui 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.

129. Les propositions pour la mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par la Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé sont présentées par grands programmes conformément à la liste ordonnée des programmes pour la période d'exécution du Septième Programme général de Travail (PGT.7).

WHA38.11 - Politique régionale en matière de budget programme

130. Le Directeur régional a inscrit à l'ordre du jour de la présente session du Comité un point relatif à l'examen du document sur la politique régionale en matière de budget programme. Il soutiendra pleinement les Etats Membres dans la préparation, l'exécution et l'évaluation des politiques en matière de budget programme.

WHA38.20 - Mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000

131. L'évaluation régionale de la stratégie de la santé pour tous a été préparée à partir des évaluations nationales; elle est soumise à la trente-cinquième session du Comité régional. Cette synthèse régionale constitue la contribution régionale au Septième rapport sur la situation sanitaire dans le monde. Elle décrit les développements importants constatés dans le secteur socio-économique affectant la santé des populations et, en particulier, montre que l'insécurité économique mondiale fait naître de nouvelles formes de dépendance.

132. Sur cette base, un rapport régional sera élaboré pour montrer les répercussions de la situation économique mondiale sur les efforts entrepris par les Etats Membres.

133. Le Directeur régional, en collaboration avec le Directeur général, a, dans le cadre de la restructuration du Bureau régional, créé dans la Division Coordination, Promotion et Information, des unités chargées respectivement : i) de la mobilisation des ressources, et ii) des aspects sanitaires de la gestion des catastrophes et des secours aux réfugiés. Les Etats Membres ont récemment été invités par le Directeur régional à actualiser les informations sur la situation sanitaire créée par la crise socio-économique.

134. Le Directeur régional a invité les Coordonnateurs/Représentants des Programmes de l'OMS à collaborer étroitement avec le PNUD, l'UNICEF, la FAO, la FIDA, la CEA, la Banque mondiale, les ONG et autres organisations pour la mise en oeuvre en commun des programmes et pour un échange d'expériences.

135. Les pays suivants ont déjà terminé les "Etudes sur l'utilisation des ressources (CRU)" : Botswana, Guinée-Bissau, Lesotho, Malawi, Sierra Leone et Zambie. En Guinée et au Togo, l'action est en cours.

136. Le Directeur général établira, en étroite collaboration avec les Etats Membres, un rapport de situation "Economie SPT/2000". Il collaborera avec le Directeur régional à la préparation du rapport sur les mesures propres à aider les pays à accroître leur capacité d'attirer et d'absorber "en quantités significatives des ressources sanitaires nouvelles, y compris la création d'un fonds fiduciaire spécial pour la santé à cette fin".

WHA38.23 - Coopération technique entre pays en développement
en faveur de l'objectif de la santé pour tous

137. Le Directeur régional continue d'appuyer les réunions de Groupes de Travail CTPD sous-régionaux qui ont pour mandat de :

- i) mettre au point, dans les trois Sous-Régions, le cadre de la coopération technique entre pays en développement;
- ii) déterminer les méthodes et mécanismes appropriés pour promouvoir et renforcer la CTPD;
- iii) échanger, partager et utiliser l'expérience et les ressources collectives pour améliorer l'autoresponsabilité nationale, sous-régionale et régionale;
- iv) soumettre au Comité permanent de la CTPD les recommandations visant à faciliter la coopération technique.

138. Le Directeur régional fera, les années paires, un rapport sur les progrès réalisés par le Bureau régional pour catalyser et soutenir la CTPD/CEPD dans la Région africaine.

WHA38.28 - Collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies -
Lutte de libération en Afrique australe : assistance aux Etats de
la ligne de front, au Lesotho et au Souaziland

139. L'OMS continuera à collaborer étroitement avec les autorités des Etats de la Ligne de Front, du Lesotho et du Souaziland, pour les aider à améliorer la situation sanitaire de leurs populations ainsi que celle des réfugiés en provenance d'Afrique du Sud et de Namibie.

140. L'OMS continuera de soutenir le Centre multinational de formation de Morogoro (République unie de Tanzanie).

141. En ce qui concerne la mise en oeuvre de la résolution WHA35.21, qui invite le Directeur général à accélérer la réalisation du plan d'action élaboré par la Conférence internationale sur l'Apartheid et la Santé, le Directeur régional a mis sur pied des activités destinées à répondre aux besoins en matière de formation et de bourses d'études.

Collaboration internationale

142. Le Siège de l'OMS et le Bureau régional de l'Afrique ont continué de collaborer étroitement dans les domaines d'intérêt commun avec les pays concernés, l'Organisation de l'Unité africaine (OUA), divers organismes et institutions du système des Nations Unies et d'autres institutions. De plus, l'OMS continuera à coopérer avec le FISE, le PNUD, la Croix-Rouge et d'autres organisations non gouvernementales pour assurer la protection de la santé des communautés de réfugiés.

WHA38.29 - Collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies :
Assistance sanitaire, médicale et sociale d'urgence aux pays touchés
par la sécheresse, la famine et d'autres catastrophes en Afrique

143. La communauté internationale et l'OMS ont répondu aux appels lancés par les pays touchés par la sécheresse en fournissant des vivres, médicaments, vaccins et personnels. Ainsi, depuis l'initiative du Secrétaire général des Nations Unies, l'OMS poursuit et renforce sa collaboration avec le Bureau des Opérations de Secours d'Urgence pour l'Afrique basé à New-York, l'UNDRO, la CEA, le HCR, le PAM, l'UNICEF, le PNUD et les ONG bénévoles.

144. L'OMS intensifiera sa collaboration avec le FISE, les autres organisations du système des Nations Unies, les gouvernements donateurs ainsi que les organismes de secours non gouvernementaux en sorte que les besoins immédiats soient satisfaits.

145. Pour renforcer la capacité des pays à faire face à des situations d'urgence, le Directeur régional, en collaboration avec le Directeur général, organisera un atelier régional sur la prévention et la gestion des désastres.

146. Le Directeur régional tiendra le Comité informé de la situation sanitaire qui prévaut dans ces pays et les mesures prises.

WHA38.31 - Collaboration avec les organisations non gouvernementales à l'application de la stratégie mondiale de la santé pour tous

147. Le Directeur régional poursuivra son effort pour renforcer la coopération avec les ONG nationales et régionales engagées dans la mise en oeuvre des stratégies régionale et nationales de la santé pour tous. Il envisagera la diffusion de l'information technique et des publications pertinentes de l'OMS et renforcera son appui technique aux activités associant l'OMS, les gouvernements et les ONG. Il continuera à encourager les Etats Membres à inclure, dans l'évaluation de leur programme de santé, les activités poursuivies par les ONG.

WHA38.27 - Collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies : les femmes, la santé et le développement

148. Le Directeur régional saisira toutes les occasions pour mieux faire connaître aux décideurs politiques les objectifs et le potentiel de ce projet comme point d'entrée des SSP. Il aidera à organiser des séminaires nationaux en langue locale dans les villages pour promouvoir l'adhésion totale des agents de santé aux activités du projet.

WHA38.18 - Collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies -
Questions générales : prévention de l'invalidité et réadaptation
des personnes handicapées

149. Depuis le lancement du Programme élargi de vaccination (PEV) dans la Région africaine en 1977, l'adoption de la vaccination en tant que composante essentielle des soins de santé primaires a progressé. Le Directeur général et le Directeur régional continueront de soutenir les efforts des gouvernements destinés à prévenir les affections invalidantes en accordant une priorité à la réalisation des objectifs du PEV et en améliorant les programmes d'hygiène de l'environnement, de médecine du travail ainsi que d'autres programmes de santé.

WHA38.22 - Maturité et grossesse : Promotion de la procréation responsable

150. Le Programme de Recherche en Reproduction humaine de la Région africaine a enregistré des progrès sensibles grâce au financement du Programme spécial de Recherche en Reproduction humaine (RRH) et de la Division de la Santé de la Famille du Siège.

151. Le Directeur régional poursuivra sa collaboration avec les Etats Membres pour développer des recherches collectives pragmatiques sur les facteurs biomédicaux et socio-culturels relatifs à la prévention de la grossesse chez les adolescentes. Il renforcera et élargira la coopération de l'OMS avec les autres agences internationales, les organismes non gouvernementaux en matière de SMI/PF. A cet effet, un groupe d'étude sur les "problèmes de santé en relation avec la population" se réunira en octobre 1985 et regroupera le FNUAP, l'UNICEF, le PNUD, la Banque mondiale, la Fondation Carnegie, l'IPPF, etc., et des institutions régionales comme l'Institut du Sahel, l'ENDA, etc.

WHA38.24 - Lutte antipaludique

152. Le Directeur régional invitera de nouveau les Etats Membres à intégrer la lutte antipaludique dans les systèmes de soins de santé primaires. Il collaborera avec tous les pays concernés pour l'analyse et l'évaluation de la situation du paludisme ainsi que l'efficacité, l'efficience et les perspectives de succès, du point de vue des objectifs à atteindre.

WHA38.30 - Lutte contre les maladies chroniques non transmissibles

153. L'OMS diffusera l'information sur ces maladies ainsi que sur les technologies disponibles pour les prévenir et lutter contre elles, à tous les Etats Membres. Elle renforcera sa collaboration avec les Etats Membres en vue de promouvoir la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles chroniques.

154. Le Comité régional adopte la résolution AFR/RC35/R8.

INCIDENCES REGIONALES DES ORDRES DU JOUR DE LA TRENTE-HUITIEME ASSEMBLEE
MONDIALE DE LA SANTE

155. Le rapport du Directeur régional est présenté par le Dr W. K. Koinange, membre du Conseil exécutif. Ces ordres du jour comportent des questions d'intérêt régional.

156. Les ordres du jour provisoires de la soixante-dix-septième session du Conseil exécutif (janvier 1986) et de la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé (mai 1986) comportent plusieurs points qui concernent le travail du Comité régional notamment :

- i) Rapports des Directeurs régionaux sur tous faits notables sur le plan régional, y compris des questions intéressant les Comités régionaux - Le Conseil exécutif doit, conformément aux paragraphes 4 (3) et 4 (4) du dispositif de la résolution WHA33.17, examiner la façon dont les Comités régionaux reflètent dans leurs travaux les politiques définies par l'Assemblée mondiale, et la manière dont le Secrétariat fournit son soutien aux Etats Membres tant à titre individuel que collectif.
- ii) Evaluation de l'expérience africaine d'utilisation des nationaux comme Coordonnateurs des Programmes de l'OMS.
- iii) Stratégie mondiale de la Santé pour tous d'ici l'an 2000 : Examen du premier rapport d'évaluation.
- iv) Examen de la préparation des politiques régionales en matière de budget programme.

- v) Promotion et développement de la recherche.
- vi) Programme élargi de Vaccination - Rapport de situation et d'évaluation.
- vii) Collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies - Lutte de libération en Afrique australe : assistance aux Etats Membres de première ligne, au Lesotho et au Souaziland.

157. Le Comité note que les ordres du jour des Organes directeurs sont reflétés dans l'ordre du jour provisoire de la trente-sixième session du Comité régional pour l'Afrique (Annexe 6).

158. Le Comité adopte l'ordre du jour provisoire de la trente-sixième session du Comité régional. La Décision de procédure 11 est adoptée.

METHODE DE TRAVAIL ET DUREE DE L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE

Présentation

159. Le Docteur G. L. Monekosso, Directeur régional, présente au Comité le rapport sur la "Méthode et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé" (document AFR/RC35/18 Rév.1). Ce document vise essentiellement à faciliter la tâche de la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, conformément à la résolution WHA36.16 qui concerne la méthode de travail et la durée de l'Assemblée. Ce document traite :

- i) de la nomination du Président de l'Assemblée mondiale de la Santé : l'attention du Comité est attirée sur le fait que la trente-septième session du Comité régional aura à désigner l'éventuel candidat à la présidence;
- ii) de la nomination au poste de Vice-Président de la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en mai 1986;
- iii) des Commissions principales de l'Assemblée;
- iv) des membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif;

- v) de la clôture de la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé;
- vi) de la réunion informelle du Comité régional.

Président de l'Assemblée mondiale de la Santé

160. Le Comité note qu'en 1988, la Région africaine aura à assurer à nouveau la présidence de la Quarante et Unième Assemblée mondiale de la Santé. C'est donc en 1987, au cours de sa trente-septième session, que le Comité régional aura à désigner l'éventuel candidat à la présidence de l'Assemblée. Le Comité, après des discussions fort intéressantes, demande au Directeur régional d'étudier ce problème et de lui proposer les critères devant lui faciliter le choix dudit candidat.

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

161. Conformément à la décision de la trente-deuxième session du Comité, le Président de la trente-cinquième session du Comité régional sera proposé au poste d'un des Vice-Présidents de la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en mai 1986. Les dispositifs du paragraphe 2 de la Décision de procédure 7 de la trente-quatrième session du Comité régional seront appliqués en cas d'indisponibilité du Président en exercice du Comité régional.

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

162. Le Comité prend note de ce que les mandats de l'Ethiopie et du Ghana expirent à la fin de la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé. Le Comité félicite ces pays pour leur contribution aux travaux du Conseil exécutif et désigne le Libéria et Madagascar comme nouveaux membres du Conseil exécutif.

163. Le Comité invite les membres habilités à désigner une personne devant siéger au Conseil exécutif à faire connaître leur disponibilité au plus tard un mois avant l'Assemblée mondiale de la Santé.

Clôture de la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé

164. Le Comité décide que le Représentant de la République du Cameroun prendra la parole au nom de la Région à la clôture de la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, et ce conformément à la Décision de procédure No 7 de la trente-quatrième session du Comité régional.

Réunion informelle du Comité régional

165. Le Comité est d'avis que ces réunions informelles sont importantes et tous les membres devront y assister. Cependant, les décisions prises au cours d'un Comité régional doivent être appliquées, la réunion informelle devant simplement permettre aux Représentants des Etats Membres de procéder aux ajustements nécessaires.

166. Le Comité adopte la Décision de procédure 12.

DISCUSSIONS TECHNIQUES DE LA TRENTE-NEUVIEME ASSEMBLEE MONDIALE
DE LA SANTE (1986) : "COOPERATION INTERSECTORIELLE ET PARTICIPATION
COMMUNAUTAIRE DANS LES STRATEGIES NATIONALES DE LA SANTE POUR TOUS
D'ICI L'AN 2000"

167. En 1984, le Conseil exécutif a choisi "La coopération intersectorielle et la participation communautaire dans les stratégies nationales de la santé pour tous d'ici l'an 2000" comme thème des discussions techniques qui auront lieu durant la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en 1986. Il est par la suite apparu que le sujet était trop vaste et un nouvel intitulé a été approuvé par le Conseil exécutif en mai 1985. Le nouveau thème sera : "Le rôle de la coopération intersectorielle dans les stratégies nationales de la santé pour tous". L'attention du Comité est attirée sur ce changement, survenu trop tard pour que le titre du document soit modifié.

168. Le document AFR/RC35/19 est un rapport du Directeur régional et non pas le document à examiner en 1986, lors des discussions techniques de la Trente-Neuvième Assemblée mondiale. Les recommandations du Comité seront incorporées au document final destiné aux discussions techniques de l'Assemblée.

169. Le document souligne le rôle important que peut jouer la coopération intersectorielle dans la réalisation des objectifs de la santé en rappelant que trois des composantes essentielles des soins de santé primaires (SSP), à savoir l'information et l'éducation pour la santé, un approvisionnement alimentaire suffisant ainsi que l'eau saine et l'assainissement, ne relèvent pas du tout du secteur de la santé. Il est essentiel que le secteur de la santé cherche à resserrer la coopération avec ces secteurs afin de promouvoir les SSP. Les principaux problèmes de la Région, qui sont essentiellement la diarrhée, la malnutrition, les infections parasitaires intestinales et d'autres infections, découlent de l'absence de ces trois composantes essentielles des SSP.

170. Le document suggère que les pays et l'OMS entreprennent des mesures dans les domaines suivants :

- i) recensement des politiques de développement dans des secteurs autres que celui de la santé qui sont déterminantes pour la mise en oeuvre des SSP dans les domaines de la nutrition, de l'eau et de l'assainissement, du logement, de l'information et de l'éducation pour la santé;
- ii) définition claire des priorités de l'action intersectorielle, tout d'abord dans l'optique de la promotion de la santé et du renforcement de la résistance à la maladie en général, et ensuite dans celle de la prévention de certaines maladies et aux moyens de les combattre;
- iii) examen critique de l'efficacité des mécanismes de coordination intersectorielle pour la santé qui ont déjà été mis en place, et suggestions quant aux moyens de les renforcer.

171. Il est recommandé d'entreprendre les activités préparatoires ci-après dans les pays :

- i) Les responsables du Ministère de la Santé devraient exposer l'esprit et l'objectif des discussions techniques à leurs collègues d'autres secteurs de façon que les personnes intéressées - c'est-à-dire les décideurs - soient sélectionnées pour faire partie des délégations qui participeront aux discussions techniques de l'Assemblée mondiale de la Santé en 1986.

- ii) Chaque pays devrait entreprendre des activités préparatoires, par exemple procéder à des examens dans des secteurs clés, organiser des études, des ateliers et des séminaires sur le sujet, dégager les principaux axes d'intervention soit sur le plan des grandes orientations, soit sur celui des mécanismes impliquant d'autres secteurs, soit au niveau de la mise en oeuvre où d'autres secteurs ont déjà eu un impact positif sur la santé et le bien-être de la population. Il convient de signaler qu'au moins un pays prévoit d'organiser un séminaire/atelier de ce type en novembre 1985, probablement avec l'appui de l'OMS, et que le Directeur régional se propose d'organiser avec quelques pays en décembre 1985 une consultation sur le sujet qui sera co-parrainée par la CEA et l'OUA dans l'esprit de la coopération intersectorielle.

172. Pour veiller à ce que les activités de suivi aient un caractère opérationnel plutôt que théorique et afin de donner un exemple concret de coopération intersectorielle, l'OMS s'est efforcée de trouver un parrainage pour les quatre groupes de travail envisagés avec les institutions pertinentes, par exemple, possibilité de co-parrainage par l'OMS et l'UNESCO du groupe de travail sur l'éducation, la culture et les modes de vie. La même chose vaut pour la FAO concernant le groupe de travail sur l'agriculture, l'alimentation et la nutrition ainsi que pour le PNUE concernant le groupe de travail sur l'environnement. On espère que ces institutions s'associeront à l'OMS pour appuyer toutes les étapes des activités préparatoires menant aux discussions techniques et qu'elles participeront également aux discussions techniques proprement dites et aux actions de suivi qui seront prises.

173. Le document se termine par cinq questions fondamentales qui ont pour objet de servir de liste de contrôle des activités au niveau national et de stimuler le débat. On jugera de l'impact des discussions en fonction des mesures qu'elles aideront à mettre sur pied dans les pays avec l'appui de l'OMS et d'autres institutions en vue d'accélérer l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

Discussion

174. Les délégués sont convenus que la coopération intersectorielle dans le domaine de la santé était très importante, mais qu'on ne lui accordait pas la place qu'elle méritait dans les plans de développement nationaux, ni dans le Plan d'Action de Lagos de l'OUA. Ceci est en soi le signe que la santé n'a pas encore obtenu le soutien politique qu'elle requiert. Il incombe donc au secteur santé d'agir pour obtenir l'appui politique et financier qui lui est dû.

175. Les délégués ont fait remarquer qu'afin d'obtenir la coopération d'autres secteurs, il serait bon que les incidences pour la santé soient indiquées dès le départ, lors de la planification des projets de développement. C'est aux planificateurs de la santé de donner les directives nécessaires concernant les activités de santé requises dans les autres secteurs. Ne pas tenir compte des incidences sur la santé des projets de développement tels que les projets d'irrigation agricole, c'est s'exposer à voir surgir des problèmes de santé. Des exemples ont été cités montrant que l'absence de la participation du secteur santé à la planification des projets industriels dès le début a fait que certains de ces projets n'ont pas été réalisés ou bien qu'ils ont dû être modifiés pour éviter des risques tels que la pollution de l'environnement.

176. Le Comité régional a indiqué qu'il était nécessaire de coordonner les ressources bilatérales et internationales afin d'éviter les doubles emplois. Il est également important d'utiliser au mieux les ressources disponibles afin que le secteur santé puisse en bénéficier au maximum.

177. Certains représentants ont estimé que l'on pourrait promouvoir la coopération intersectorielle en l'incluant dans la législation sanitaire des Etats Membres.

178. Le Directeur régional a informé le Comité que l'OUA a accepté que le Plan d'Action de Lagos contienne un chapitre santé substantiel et que le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique soit son agent d'exécution en matière de santé. L'OUA et la CEA sont convenues de co-parrainer avec l'OMS la réunion consultative qui se tiendra à Brazzaville en décembre 1985. Cette coopération entre l'OMS et les institutions de la même famille témoigne de son adhésion au principe de la coopération intersectorielle.

179. Le Comité régional a constaté avec satisfaction que le thème des discussions techniques de la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en 1986 avait été choisi en fonction de sa pertinence pour l'action entreprise par les Etats Membres dans le domaine des soins de santé primaires. L'élaboration de la question permettra donc aux pays de progresser vers l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000.

RAPPORT REGIONAL D'EVALUATION DE LA MISE EN OEUVRE DES STRATEGIES DE LA SANTE POUR TOUS EN L'AN 2000

Présentation

180. Le rapport du Sous-Comité du Programme, présenté par le Docteur D. G. Makuto, rend compte de l'analyse de l'évaluation de la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

181. Pour préparer cette évaluation, six ateliers sous-régionaux ont été organisés en juin et octobre 1984 pour des hauts fonctionnaires nationaux, les Coordonnateurs de l'OMS, les fonctionnaires régionaux, et certains membres du personnel de l'OMS dans les pays. De plus, neuf pays soigneusement sélectionnés ont présenté leurs expériences de l'utilisation de ce guide lors de la trente-quatrième session du Comité régional en septembre 1984.

182. A la date limite du 31 mars 1985, 39 des 44 Etats Membres avaient soumis leur contribution au Bureau régional, progrès notable par rapport aux 32 contributions reçues à une date analogue pour la préparation du précédent rapport.

Situation politique, sociale et économique affectant la santé des populations dans la Région africaine

183. Le développement sanitaire en Afrique est freiné par le climat général d'insécurité à l'échelle mondiale auquel s'ajoutent les problèmes politiques, économiques et sociaux propres à la Région : instabilité politique, catastrophes naturelles, apartheid, menaces nucléaires, etc.

184. Les caractéristiques africaines sur le plan démographique et social sont les suivantes :

- i) nombre élevé de pays à faible population (18 pays ont moins de deux millions d'habitants);
- ii) taux de croissance annuel d'environ 3 %;
- iii) 45 % de la population a moins de 15 ans;
- iv) taux d'urbanisation de 25 % en moyenne;
- v) société africaine rurale à 75 % avec une économie de subsistance nationale;
- vi) production alimentaire tendant à devenir insuffisante, et
- vii) taux d'alphabétisation des adultes allant de 10 à 80 %.

185. Par ailleurs, la coopération intersectorielle se heurte dans la Région à de nombreux obstacles, parmi lesquels la pénurie de personnel qualifié et la lourdeur de la bureaucratie.

Développement des systèmes de santé

186. Les développements majeurs relatifs aux politiques et stratégies sanitaires montrent un engagement de tous les pays de la Région pour l'objectif santé pour tous. Cependant, il est difficile d'analyser la façon dont cet engagement est traduit dans les faits. Les efforts demeurent limités et tributaires de contraintes matérielles, financières et humaines.

187. L'organisation des systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires fait ressortir que le concept des SSP a été universellement adopté. Les estimations de la couverture sanitaire pour les différents éléments des SSP sont difficiles à obtenir dans un grand nombre de pays, du fait de l'absence de données exploitables.

188. Tous les pays sont conscients de la nécessité de mettre en place un processus gestionnaire systématique et permanent pour le développement sanitaire, mais peu d'entre eux sont satisfaits du fonctionnement de leur processus gestionnaire.

189. Tous les pays reconnaissent la nécessité de développer le support législatif, notamment dans trois domaines : i) formation des agents de santé communautaire; ii) législation pharmaceutique; iii) réglementation de la médecine traditionnelle. Cinq pays seulement ont cependant entrepris de réviser leur législation sanitaire.

190. Tous les pays reconnaissent la nécessité d'associer les collectivités à la prise de décisions, mais il existe encore peu d'exemples de véritable délégation de responsabilités et de décentralisation des ressources.

191. Personnels de santé : ce chapitre met l'accent sur le rôle essentiel de la formation de l'ensemble des personnels de santé en SSP pour la mise en oeuvre des stratégies nationales de la SPT/2000. Tous les pays ont établi un plan pour le développement des personnels de santé (ou ont l'intention de le faire), mais ces plans se limitent souvent à une projection dans le temps des effectifs à former.

192. La mobilisation des ressources : elle demeure une des préoccupations essentielles des pays de la Région car les ressources actuelles pour les systèmes de santé sont limitées. Les valeurs nationales pour les indicateurs mondiaux Nos 3, 4 et 6 sont difficiles à fournir par les pays.

193. Recherche sur la santé : les Etats Membres devront faire un très gros effort pour mettre en place les mécanismes nationaux de recherche/développement prévus dans leur stratégie, en dépit de difficultés financières, de pénurie de personnel qualifié et de manque de motivation pour ce type d'activités.

194. Des comités de coordination intra- et intersectorielle ont été mis en place dans certains pays, mais leurs suggestions n'ont pas été suivies d'application.

195. La coopération interpays apparaît pour tous les pays comme un des mécanismes les plus importants pour atteindre l'autosuffisance régionale.

196. Coopération de l'OMS : tous les pays reconnaissent avoir demandé et obtenu le soutien de l'OMS pour la préparation, la mise en oeuvre et l'évaluation de leur stratégie nationale.

Situation sanitaire : structure et tendances

197. La morbidité est dominée par les maladies infectieuses et parasitaires, parmi lesquelles le paludisme, la rougeole et les infections intestinales. Le taux de mortalité infantile est supérieur à 200 pour mille. De même, pour l'espérance de vie à la naissance, 37 des 39 pays avancent des chiffres inférieurs à 60 ans. Cependant à l'heure actuelle, les Etats Membres ne s'estiment pas capables de mesurer objectivement les changements intervenus en termes de morbidité et de mortalité.

198. L'étude des comportements relatifs à la santé met en lumière : i) chez les jeunes une diminution de l'allaitement au sein, et ii) chez les adultes une augmentation de l'abus d'alcool et des drogues.

199. Le problème de l'environnement est dominé par l'industrialisation rapide de certains pays de la Région mais surtout par les catastrophes naturelles dont la sécheresse et la désertification.

200. Toutes les tendances dégagées précédemment ont des implications sur les politiques économiques et sociales. Il en ressort quatre axes principaux d'orientation des stratégies : i) population et développement; ii) urbanisation et immigration; iii) femme et développement; iv) morbidité et mortalité.

Evaluation des résultats

201. L'efficacité et l'impact sont difficiles à évaluer du fait de l'insuffisance d'information concernant les indicateurs de l'état sanitaire des populations et de la situation socio-économique. Les principaux succès signalés ont trait à la lutte contre les maladies transmissibles.

202. Les pays, dans l'ensemble, s'estiment "raisonnablement satisfaits" en ce qui concerne les principaux éléments de leur stratégie.

Perspectives d'avenir

203. Les lignes directrices qui se dégagent de l'évaluation permettent d'orienter les actions au niveau des pays : i) ajustement de la stratégie et formulation ou reformulation d'un plan d'action national; ii) développement du support informationnel; iii) planification du développement d'ensemble du personnel de santé; iv) amélioration des mécanismes de coordination intra- et intersectorielle, et vi) mobilisation et utilisation rationnelle des ressources.

204. Le point essentiel demeure la mobilisation et l'utilisation rationnelle des ressources. Il est nécessaire que les pays : i) déterminent rapidement l'ordre de grandeur du total estimatif des crédits requis pour la mise en oeuvre de leur stratégie nationale; ii) identifient les activités pouvant être subventionnées de l'extérieur; iii) établissent un plan directeur pour l'utilisation de toutes les ressources financières et matérielles, y compris l'utilisation des subventions et prêts extérieurs.

Discussion

205. Le Comité constate qu'il est difficile pour les pays de calculer les dépenses nationales de santé consacrées aux soins de santé primaires dans le sens de l'indicateur mondial No 4 qui devrait être affiné. Par ailleurs, il note les insuffisances de planification des personnels de santé qui ne doivent pas se limiter à une projection dans le temps des effectifs à former. Les pays devront tenir compte des besoins spécifiques de la population de sorte que les personnels puissent faire partie intégrante de l'infrastructure sanitaire. Le concours des autres ministères concernés tels ceux du travail et de l'éducation est nécessaire pour satisfaire les besoins spécifiques du système de santé afin que celui-ci dispose en temps et lieu opportun d'effectifs suffisants de chaque catégorie de personnel de santé qu'exigent les SSP.

206. Les membres du Comité sont convenus de l'importance de la coopération technique entre pays africains. Ils regrettent que les recommandations ne restent que des déclarations d'intention, sans matérialisation de la mise en commun des moyens de développement.

207. Les discussions qui ont suivi ont permis aux Etats Membres d'exposer les conclusions et leçons tirées de l'évaluation des stratégies dans leur pays. L'accent a été mis sur la formation du personnel de santé en gestion et l'affectation par l'OMS d'experts pour participer à toutes les actions tendant à mettre en oeuvre les stratégies nationales de la SPT/2000. De même, les mass média devront être mieux exploités pour une meilleure participation des communautés. Le budget consacré à la santé devrait être revu et mieux utilisé par un personnel compétent. Le Comité régional fait donc siennes les propositions du Sous-Comité du Programme.

Traduction des stratégies nationales en plans d'action concrets

208. Les Etats Membres devront recevoir l'appui de l'OMS, l'accent étant mis sur les aspects législatif, administratif et gestionnaire.

Amélioration de la coordination intersectorielle

209. Les pays devront trouver les moyens adéquats de communication, au niveau central, entre le secteur santé et autres secteurs intéressés afin de répondre aux structures opérationnelles et fonctionnelles existant au niveau périphérique. Les mesures suivantes pourraient s'avérer particulièrement efficaces : i) formation d'équipes multidisciplinaires chargées du développement; ii) décentralisation de la planification et de l'exécution du programme de santé et des programmes touchant à la santé; iii) coordination des actions entreprises par les organismes internationaux à l'appui des pays.

Détermination des besoins pour la mise en oeuvre des stratégies

210. La récession économique aggrave la pénurie des ressources dans le secteur de la santé. Les gouvernements devraient donc encourager la participation de tous les secteurs aux activités SSP et veiller à leur coordination. Ils devront déterminer, avec l'appui de l'OMS, les besoins en vue de la mise en oeuvre de leurs stratégies afin de mobiliser les ressources extérieures, financières et matérielles.

Renforcement des processus gestionnaires pour le développement sanitaire national

211. La formation au processus gestionnaire dans les pays devra être organisée sur une base permanente pour empêcher l'exode des cerveaux. Pour renforcer ce processus, il conviendra d'encourager le recours : i) aux experts nationaux, et ii) aux fonctionnaires de l'OMS, et d'améliorer la circulation de l'information aux différents niveaux du système de santé.

Affinement des 12 indicateurs mondiaux

212. Les Etats Membres devront reconsidérer et/ou affiner les indicateurs afin de répondre aux besoins des pays. De même, ils devront identifier des indicateurs plus appropriés à leurs conditions de pays en développement pour surveiller et évaluer la mise en oeuvre de leurs stratégies nationales.

213. Le Comité régional adopte la résolution AFR/RC35/R1.

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

214. Le rapport sur la participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique est présenté par le Dr (Mme) R. T. Tshabalala. La participation des membres du Sous-Comité du Programme à ces réunions a fait l'objet de la Décision de procédure 8 de la trentième session du Comité régional de l'Afrique en septembre 1980.

215. Au cours de sa réunion du 19 septembre 1984 tenue à Brazzaville (République populaire du Congo), le Sous-Comité du Programme a décidé de se faire représenter à trois réunions d'intérêt programmatique : i) septième session du Comité consultatif africain de la Recherche médicale (CCARM); ii) huitième réunion du Comité permanent de la Coopération technique entre Pays en Développement, et iii) cinquième réunion du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire.

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

216. Le Comité régional a examiné les conclusions et propositions relatives à la septième session qui s'est tenue à Antananarivo (République démocratique de Madagascar) du 15 au 19 avril 1985. Les membres du Comité ont noté avec satisfaction :

- i) la pertinence du programme régional de recherche;
- ii) l'appui du programme aux secteurs prioritaires;
- iii) l'appui du programme au développement de l'autoresponsabilité en matière de recherche.

217. Le Comité a noté que l'absence d'une politique nationale de recherche constitue l'obstacle majeur au développement de ce programme dans la Région et a estimé nécessaire de renforcer la capacité de recherche des nationaux par le biais de la formation.

Huitième réunion du Comité permanent de Coopération technique entre Pays en Développement (CTPD)

218. Le Comité a fait siennes les recommandations de la huitième réunion du Comité permanent de la Coopération technique entre Pays en Développement.

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

219. Les représentants des Etats Membres ont participé activement aux débats de la cinquième réunion du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire et approuvé les conclusions et propositions relatives aux thèmes suivants :

- i) rapport régional d'évaluation de la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous;
- ii) programme élargi de vaccination dans la Région africaine : évaluation à la mi-décennie;
- iii) nouvelle structure du Bureau régional et principes directeurs des centres de développement sanitaire.

220. Les délégués ont demandé au Directeur régional de continuer à faciliter la participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique.

221. Le Comité a adopté la résolution AFR/RC35/R2.

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

222. Le rapport de visite des responsables des Etats Membres dans d'autres pays de la Région est présenté par le Dr V. Mbarindi. En 1980, le Comité régional, lors de sa trentième session, a adopté par la Décision de procédure 9 le principe de visites de deux responsables de chaque pays d'une Sous-Région CTPD dans deux pays situés dans les autres Sous-Régions. Il a également adopté un plan quinquennal de visites (1980-1985). En 1983, le Comité a demandé au Directeur régional d'évaluer les résultats de la mise en oeuvre du plan 1980-1985 et notamment son impact dans le cadre de la CTPD. Le plan de visites 1980-1985 a été suivi avec la souplesse recommandée par le Comité régional. Au 17 août 1985, 42 visites sur les 45 prévues ont été effectuées, indiquant l'exécution du plan à 93 %.

223. L'évaluation a porté sur : i) l'adéquation du programme des visites; ii) l'efficience; iii) l'efficacité, et iv) l'impact :

- i) L'étude de l'adéquation montre que les difficultés de communication n'ont pas permis l'organisation rationnelle des visites. De plus, les rapports n'ont pas été présentés d'une façon homogène et la plupart d'entre eux n'ont pas été soumis dans les délais requis. Les représentants des Etats Membres n'étaient pas toujours choisis parmi les responsables au niveau de la prise de décision.
- ii) L'efficience montre clairement que le coût de la mise en oeuvre du programme de visites s'est élevé à environ US \$3700 par visiteur.
- iii) L'efficacité : 85 % des visiteurs ont estimé que les visites ont été profitables aux pays hôtes, ayant ainsi permis des échanges fructueux d'expériences.
- iv) L'impact : il s'est traduit par une modification de la conception de la mise en oeuvre des SSP dans les pays d'origine des visiteurs.

Discussion

224. Le Comité régional remarque que les conclusions de l'évaluation du programme ne sont pas tout à fait claires, notamment en matière d'efficacité. Ce programme de visites ne semble pas avoir eu l'efficacité attendue. Des effets des visites au niveau des pays n'ont pu être mis en évidence, bien que les participants aient indiqué leur intérêt et en aient certainement tiré bénéfice.

225. Les membres du Sous-Comité ont constaté le coût relativement important de chaque visite, compte tenu de la limitation des ressources du budget ordinaire. Ils considèrent qu'il s'agit de rendre plus efficient ce programme qu'ils considèrent par ailleurs comme valable.

Recommandations

226. Le Comité régional fait siennes les propositions du Sous-Comité du Programme tendant à assurer que ces visites :

- i) ne soient pas systématiques;
- ii) aient lieu à la demande expresse d'un pays pour des raisons spécifiques;
- iii) aient un objectif bien précis assorti des résultats escomptés;
- iv) soient suivies d'un rapport obligatoire qui constituera une contribution au développement sous-régional.

227. Le Comité régional est d'avis que chaque visite doit faire l'objet d'un protocole complet indiquant :

- i) la pertinence de la visite par rapport à l'objectif général du programme tel que défini dans la résolution AFR/RC29/R5;
- ii) le problème que la visite dans le pays concerné est susceptible de résoudre;

- iii) la formulation de l'objectif précis de la visite en termes de résultats escomptés;
- iv) le programme de visite dans le pays hôte;
- v) la durée prévue en fonction de l'objectif et du programme, accompagnée de l'estimation du coût et de la date de cette visite;
- vi) le plan du rapport de visite qui sera obligatoirement soumis au plus tard 15 jours après la visite; ce rapport devra être rédigé selon un canevas commun.

228. Le Comité estime que le pays hôte doit connaître préalablement le profil des visiteurs. Ils sont convaincus que ces visites contribueront à :

- i) développer une coopération plus intense entre les pays, renforçant ainsi la CTPD;
- ii) favoriser les contacts individuels, permettant ainsi l'échange d'informations et de rapprochement.

Les membres du Comité ont considéré que les visites permettront d'identifier les compétences nationales susceptibles de définir les problèmes de santé dans les pays et dans la Région.

229. Chaque visite devra faire l'objet d'un second rapport au moins six mois plus tard, indiquant l'impact dans le pays d'origine de la personne ayant effectué la visite.

230. Le Comité est d'avis que ces visites devront être mieux préparées et que les Etats Membres devront identifier les compétences nationales susceptibles de faire bénéficier le pays visité comme le pays visiteur de l'expérience vécue.

231. Le Comité recommande que les rapports des visiteurs soient détaillés et explicitent les problèmes rencontrés par le pays visité, les méthodes utilisées pour les résoudre et aussi les résultats obtenus.

232. Le Directeur régional, dans son intervention, affirme que ce problème sera étudié très sérieusement par le Secrétariat afin que ces visites répondent réellement à leurs objectifs et servent d'outils de mise en oeuvre des mécanismes de la CTPD. Des critères stricts seront élaborés pour le choix des visiteurs et des pays à visiter.

233. Le Directeur général adjoint suggère que les Chefs d'Etat soient sensibilisés sur l'importance pour les pays d'avoir dans la délégation qui les accompagne, lors des voyages officiels, des techniciens du Ministère de la Santé qui échangeront leurs expériences avec leurs homologues du pays visité.

234. Le Comité adopte la résolution AFR/RC35/R3.

COOPERATION TECHNIQUE ENTRE PAYS EN DEVELOPPEMENT (CTPD)

Présentation

235. Monsieur M. Mboumba présente le rapport du Sous-Comité du Programme sur la coopération technique entre pays en développement. La huitième réunion du Comité permanent de la Coopération technique entre Pays en Développement (CTPD) a eu lieu à Brazzaville du 17 au 21 juin 1985, conformément à la Décision de procédure 7 de la trente-troisième session du Comité, confirmée par la Décision de procédure 9 de la trente-quatrième session. Huit thèmes ont été examinés par les trois Groupes de Travail sous-régionaux CTPD.

Formation des travailleurs des soins de santé primaires, y compris les accoucheuses traditionnelles

236. Le Comité permanent de la CTPD a centré sa réflexion sur : i) la formation des formateurs; ii) la formation des coordonnateurs et chefs de projets de santé du secteur privé; iii) la formation des agents de santé communautaire, et iv) la formation des accoucheuses traditionnelles.

Hygiène dans les formations hospitalières

237. Les membres du Comité permanent de la CTPD ont procédé à l'analyse de la situation et fait ressortir les différents facteurs pouvant influencer l'hygiène en milieu hospitalier. Ils ont souligné l'importance des consultations intersectorielles pour la conception et le choix des sites des établissements hospitaliers. Le problème de la maintenance a particulièrement

retenu l'attention du Comité qui recommande l'utilisation d'un personnel permanent et compétent afin d'assurer la disponibilité de l'eau potable, de l'énergie et le bon fonctionnement du système d'évacuation des déchets, solides et liquides. Un accent particulier est mis sur : i) l'accueil des malades, des accompagnants et visiteurs; ii) le séjour, l'alimentation et les loisirs des hospitalisés; iii) les soins curatifs, et iv) le travail efficient et efficace des praticiens.

Financement de la santé et relations entre les organismes donateurs et les pays bénéficiaires

238. Avec l'adoption de la Décision EB.67(5) du Conseil exécutif et de la résolution WHA29.32 de l'Assemblée mondiale de la Santé, le Directeur général a été invité à collaborer avec les organisations du système des Nations Unies, les donateurs bilatéraux, les organisations non gouvernementales (ONG) et les banques de développement en vue de mobiliser davantage les ressources extérieures au bénéfice des services de soins de santé primaires des pays les moins avancés.

239. L'évaluation des ressources nécessaires à la SPT/2000 a fait ressortir le coût relativement élevé des SSP (US \$10/habitant/an) et l'impossibilité pour les pays en développement d'assurer le financement de la santé de leurs populations; or, dans le budget global de la santé, les crédits alloués aux SSP sont beaucoup moins élevés que ceux alloués aux autres services. Le financement d'un système national de santé doit être étudié, planifié et mis en oeuvre en fonction d'objectifs précis à atteindre à court, moyen et long termes. A cet effet, l'approche de l'OMS sur les études sur l'utilisation des ressources pour les SSP (CRU) est à considérer comme un modèle.

Evaluation de la mise en oeuvre des soins de santé primaires depuis Alma-Ata

240. Les progrès réalisés par le Lesotho en matière de soins de santé primaires sont examinés. L'accent est mis sur la nécessité de coordonner la coopération intersectorielle entre tous les services et ministères.

Coopération technique et lutte antipaludique

241. Le paludisme continue d'être un problème de santé important en Afrique; il est responsable d'un taux de mortalité d'environ 5 % parmi les nouveau-nés et les enfants de moins de cinq ans. Dans la plupart des pays de la Région africaine, l'action antipaludique pratiquée dans les zones rurales consiste à utiliser de façon rationnelle les médicaments antipaludiques pour réduire la mortalité et la morbidité imputables au paludisme. Récemment, des parasites du paludisme résistant à la chloroquine ont fait leur apparition et ils se propagent dans certaines zones de la Région. Parfois, ce phénomène a exigé une association de médicaments. Ce phénomène peut par conséquent être considéré comme une menace sérieuse à l'action antipaludique dans les pays d'Afrique. Toutefois, des assurances ont été données selon lesquelles la chloroquine est encore efficace dans de nombreuses zones et demeure le médicament d'élection pour le traitement. Le Comité est d'avis que l'action antipaludique devrait être développée dans le cadre des services de santé publique en général, et en tant que partie intégrante du système de soins de santé primaires, l'accent étant mis en particulier sur la collaboration multisectorielle et la participation des collectivités.

Bilan des progrès réalisés en matière de soins aux handicapés

242. La mise en oeuvre des résolutions des Organes directeurs relatives à l'Année internationale des Personnes handicapées (1981) et la Décennie des Nations Unies pour les Personnes handicapées (1983-1992) exige une collaboration multisectorielle et multidisciplinaire, faisant intervenir d'autres institutions du système des Nations Unies et les organisations non gouvernementales. La gestion des programmes de prévention de l'incapacité et des handicapés physiques se fonde sur des activités de soutien menées dans les domaines suivants : législation, inspection, éducation et recherche. Les mécanismes de coopération les plus efficaces et les moins coûteux, susceptibles d'être institués dans le cadre de la CTPD en vue de réadapter les handicapés, ont été analysés.

Situation du choléra en Afrique et méthode de lutte

243. L'analyse objective de la situation du choléra qui prévaut en Afrique amène à envisager de démystifier le choléra qui doit être considéré comme une maladie diarrhéique, tant par les autorités administratives que par les

populations. A cet effet, les mesures de lutte devront être intégrées à un programme de lutte contre les maladies diarrhéiques essentiellement axé sur l'utilisation de la réhydratation orale, sur l'amélioration de l'approvisionnement en eau potable et de l'assainissement et sur le renforcement de la surveillance épidémiologique.

Coopération intersectorielle et participation de la communauté pour mettre en oeuvre les stratégies de la santé pour tous en l'an 2000

244. La coopération intersectorielle a toujours existé en Afrique, mais revêtait un caractère d'improvisation, d'où son inefficacité. De toutes les composantes des SSP, seul le programme élargi de vaccination peut être exécuté uniquement grâce à la seule technologie sanitaire. Il n'en exige cependant pas moins la participation de la collectivité et l'appui que lui fourniront d'autres secteurs comme le transport, etc. Des efforts devront être déployés par les Etats Membres pour renforcer et rendre opérationnelles les liaisons entre la santé publique et l'action économique, les autres secteurs de l'économie concernés.

Discussion

245. L'examen de ce document a permis aux représentants des Etats Membres d'échanger leurs expériences sur chacun des points traités. Ce document reflète en effet les préoccupations des Etats Membres. Le Comité a trouvé que le nombre de sujets traités était trop élevé pour être examiné sérieusement avec des recommandations pertinentes. Il estime que la CTPD devrait se concrétiser dans les échanges de services et de personnes et a demandé au Directeur régional de trouver les voies et moyens d'y remédier, et de proposer lors d'un prochain Comité régional, une réforme des méthodes d'approche et des thèmes de discussions des Groupes de Travail sous-régionaux CTPD.

246. Le Comité note l'effort déployé dans la Région pour la formation intensive des agents des SSP. La sélection de ces agents a été faite par les communautés elles-mêmes et leur formation assurée par les professionnels de la santé. Cependant, on note les difficultés rencontrées auprès du personnel bénévole qui, de plus en plus, sollicite un salaire. Il est estimé que les communautés peuvent participer au financement des SSP en achetant les

- v) La maintenance devra être confiée à un personnel compétent et qui assure l'approvisionnement constant en eau potable et en courant électrique ainsi que le fonctionnement efficace des systèmes d'élimination des déchets solides et liquides.
- vi) Les réalisateurs de l'infrastructure sont invités à travailler en coopération avec les utilisateurs afin de mieux respecter toutes les règles de l'hygiène et de la sécurité en tenant compte de la répartition, de l'organisation et du fonctionnement des services médicaux, des services de gestion, de l'hôtellerie et des services généraux.
- vii) L'évacuation et le traitement des déchets doivent être assurés régulièrement; l'établissement devra être doté d'un incinérateur pour les déchets à caractère pathologique.
- viii) Les Etats Membres sont invités à sensibiliser et motiver les autorités sanitaires centrales, les responsables de la gestion administrative, économique et des services généraux ainsi que les chefs de service sur l'importance de l'hygiène hospitalière et leurs responsabilités pour assurer dans les meilleures conditions : a) l'accueil des malades, des accompagnants et visiteurs; b) le séjour, l'alimentation et les loisirs des hospitalisés; c) les soins curatifs, et d) le travail efficient des praticiens.
- ix) Les Etats Membres devront confier la supervision de la mise en oeuvre des mesures d'hygiène et de sécurité à un fonctionnaire ayant des compétences en hygiène, en épidémiologie et en génie sanitaire.
- x) Les centres de formation OMS de Sierra Leone, du Togo et de Zimbabwe devront être mis à profit pour former du personnel capable de réparer et d'entretenir le matériel médical.

- xi) Les Etats Membres, en collaboration étroite avec l'OMS, procéderont à des enquêtes exhaustives pour connaître l'ampleur du problème posé par les infections hospitalières.

Financement de la santé et relations entre les organismes donateurs et les pays bénéficiaires

- i) Les Etats Membres, en collaboration avec l'OMS, devront instituer des mécanismes pour évaluer l'impact de l'aide extérieure sur le développement sanitaire.
- ii) Les Etats Membres devront considérer l'aide comme une authentique coopération, libre d'implications idéologiques ou politiques.
- iii) Les Etats Membres devront identifier leurs besoins de santé nécessitant un financement extérieur pour bénéficier au maximum des fonds mis à leur disposition.
- iv) Les Etats Membres devront promouvoir ou renforcer la participation communautaire pour une meilleure utilisation des ressources destinées à la santé.
- v) Le financement d'un système national de santé doit être étudié, planifié et élaboré en fonction d'objectifs précis à atteindre à court, moyen et long termes. A cet effet, l'approche de l'OMS sur les études sur l'utilisation des ressources pour les SSP (CRU) est à considérer comme un modèle.
- vi) Les ressources extérieures bilatérales, ou émanant des institutions spécialisées du système des Nations Unies (OMS/PNUD/FISE/FNUAP) devront être également planifiées dans le sens d'un apport complémentaire aux ressources nationales. Elles devront être l'objet de projets et de plans d'opérations de la part des utilisateurs et obtenir l'agrément des pays qui prêtent leur coopération. A cet effet, le Bureau régional collaborera avec les Etats Membres pour mettre en place des mécanismes capables de rendre les pays aptes à absorber les fonds mis à leur disposition.

- vii) Les Etats Membres devront prendre davantage en considération le point de vue des professionnels de la santé dans la formulation et l'exécution du budget et obtenir une augmentation des crédits affectés à la santé.
- viii) Les Etats Membres devront instaurer un climat de respect mutuel entre pays bénéficiaires et organismes donateurs.
- ix) Les Etats Membres sont invités à favoriser la coopération sous-régionale et régionale avant de songer à la coopération Nord-Sud.
- x) Les Etats Membres devront soumettre au Bureau régional les informations nécessaires sur le flux des ressources extérieures mobilisées pour la mise en oeuvre de la stratégie SPT/2000.

Evaluation de la mise en oeuvre des soins de santé primaires depuis Alma-Ata

- i) Avec l'aide du Bureau régional, les Etats Membres devraient tout mettre en oeuvre pour instituer des systèmes d'information sanitaire.
- ii) L'évaluation doit faire partie intégrante de l'action pour les soins de santé primaires.
- iii) Le Bureau régional de l'OMS devrait encourager l'organisation d'ateliers/séminaires régionaux, sous-régionaux et nationaux sur la planification, la gestion, l'évaluation et les systèmes d'information sanitaire.
- iv) Les Etats Membres devraient tirer parti de l'expérience des différents pays de la Région en matière des SSP, notamment par un échange d'information, de documentation et de spécialistes.
- v) Les Etats Membres devront améliorer la qualité du personnel de formation en organisant périodiquement des sessions d'études et des cours d'actualisation des connaissances.

- vi) Les Etats Membres sont invités à procéder à l'évaluation et la redéfinition périodique des programmes des SSP.
- vii) Les Etats Membres devront encourager l'instauration d'une collaboration plus étroite dans le domaine de la production et de l'échange de matériels didactiques, plus que jamais nécessaires en raison des coûts d'importation de ces matériels.
- viii) Les gouvernements sont invités à mieux définir leur politique de soins de santé primaires et particulièrement son aspect multisectoriel et pluridisciplinaire.
- ix) Les Etats Membres devront prévoir des incitations pour l'agent de santé de village.

Coopération technique entre pays en développement et lutte antipaludique

Mesures à prendre au niveau des pays

Les Etats Membres sont priés de :

- i) mettre en oeuvre des programmes nationaux d'évaluation et de surveillance continue de l'effet des schémas thérapeutiques standard ainsi que de la sensibilité de Plasmodium falciparum aux antipaludiques.
- ii) formuler et appliquer des politiques et mesures visant à contrôler et à conserver l'efficacité des antipaludiques ainsi que des directives pour le traitement du paludisme en fonction du degré de sensibilité de P. falciparum aux antipaludiques;
- iii) revoir et réviser leurs stratégies de lutte contre le paludisme du point de vue de l'efficacité, de l'efficience et des possibilités d'atteindre et de préserver leurs objectifs eu égard à la situation épidémiologique et à la nécessité d'intégrer la lutte antipaludique dans les systèmes nationaux de santé primaire, l'accent étant mis sur l'aspect multisectoriel et la participation des communautés;

- iv) appliquer des mesures antivectorielles là où c'est possible;
- v) incorporer des cours appropriés aux programmes de formation de tous les personnels de santé.

Mesures à prendre au niveau des Sous-Régions,
l'accent étant mis sur la CTPD

Les Etats Membres sont priés instamment de :

- vi) échanger des informations sur tous les aspects des programmes nationaux de lutte contre le paludisme;
- vii) procéder à des échanges de spécialistes du paludisme et à des visites dans les pays;
- viii) encourager la formation de personnels originaires de pays dépourvus d'établissements de formation dans les pays qui en sont dotés;
- ix) collaborer et coopérer au contrôle de la qualité des médicaments antipaludiques;
- x) collaborer et coopérer à des activités coordonnées de lutte antipaludique notamment le long des frontières communes.

Mesures à prendre au niveau de la Région

L'OMS est priée de :

- xi) établir un réseau régional pour la formation;
- xii) diffuser des informations sur le paludisme;
- xiii) élaborer des directives, des manuels, etc., et encourager les Etats Membres à les utiliser;
- xiv) organiser des réunions d'échanges d'informations;

- xv) mobiliser des ressources et fournir un appui technique et financier aux Etats Membres, en collaboration avec les autres organismes internationaux, gouvernementaux et non gouvernementaux;
- xvi) promouvoir et appuyer la recherche visant à améliorer les méthodes actuelles de lutte et à mettre au point de nouvelles méthodes plus efficaces et adaptées aux différentes situations épidémiologiques, socio-économiques et écologiques;
- xvii) réviser la stratégie régionale de lutte contre le paludisme.

Bilan des progrès réalisés en matière de soins aux handicapés

- i) Les pays de la Sous-Région qui possèdent déjà des installations pour la formation de spécialistes de la réadaptation et des services pour personnes handicapées devraient les mettre à la disposition des pays de la Sous-Région où n'existent pas de telles installations.
- ii) Les Etats Membres devront faciliter des échanges d'informations sur les technologies appropriées (appareils orthopédiques, éducation pour la santé, manuels de formation, etc.) par l'entremise du Bureau régional.
- iii) Les Etats Membres devront favoriser la prévention et le traitement des maladies responsables d'invalidité grâce à la sensibilisation de la communauté à la difficile condition des personnes handicapées.
- iv) Les Etats Membres sont invités à encourager l'insertion des personnes handicapées dans la communauté, par exemple en apprenant aux handicapés à mener une vie normale et aux membres de leur famille à les aider, en incitant les enseignants et les responsables de la communauté à accepter les handicapés dans les écoles, à leur offrir des emplois et à les accueillir dans d'autres institutions.

- v) Les Etats Membres devront mettre un accent particulier sur la formation des personnels appelés à s'occuper de réadaptation : agents de la réadaptation, physiothérapeutes, ergothérapeutes, techniciens orthopédistes, personnels infirmiers et agents de santé communautaire.
- vi) Les Etats Membres devront encourager la promotion d'une approche multisectorielle par la mise en commun des actions de réadaptation des secteurs public et privé.
- vii) Les Etats Membres devront favoriser la prévention et le traitement des maladies responsables d'invalidité dans la communauté.
- viii) Les Etats Membres sont invités à accorder la priorité aux activités menées dans les régions où rien n'est encore fait en faveur des handicapés.
- ix) Les Etats Membres devront s'assurer que les handicapés qui ne peuvent se déplacer bénéficient d'un traitement de réadaptation.

Maladies diarrhéiques

- i) Les autorités sanitaires devraient s'attacher à démystifier le choléra qui doit être considéré comme une maladie diarrhéique, tant par les populations que par les autorités administratives. Les mesures prises pour le combattre doivent être intégrées à un programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques. Ce programme doit être axé sur l'utilisation de la réhydratation orale, sur l'amélioration de l'approvisionnement en eau potable et de l'assainissement et sur le renforcement de la surveillance épidémiologique.
- ii) Les Etats Membres sont invités à utiliser les mécanismes de la CTPD qui représentent un potentiel important dans la lutte contre les maladies diarrhéiques, y compris le choléra. Les pays doivent renforcer leur collaboration dans les domaines de l'échange d'informations épidémiologiques et techniques, en

particulier la notification des cas de choléra, la formation du personnel, la réalisation d'enquêtes fournissant des données épidémiologiques de base, la formulation de messages et la préparation de matériel d'éducation pour la santé ainsi que la production et la distribution de sels de réhydratation orale.

- iii) Les pays exigeant encore des certificats de vaccination anticholérique des voyageurs internationaux sont invités à renoncer au plus tôt à cette mesure, conformément à la résolution de la Vingt-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, retirant le certificat de vaccination contre le choléra, exigences stipulées dans le Règlement sanitaire international (Additif au Règlement en date de 1973, résolution WHA26.55).
- iv) L'OMS, en collaboration avec d'autres agences du système des Nations Unies, est invitée à constituer des stocks sous-régionaux de sels de réhydratation orale qui devraient être immédiatement disponibles en quantités suffisantes pour répondre aux besoins des pays en cas d'épidémie des maladies diarrhéiques, y compris le choléra. L'OMS est invitée à rassembler et à diffuser les expériences des différents pays en matière de programmes nationaux de lutte contre les maladies diarrhéiques.

Coopération intersectorielle et participation de la communauté pour mettre en oeuvre les stratégies de la santé pour tous en l'an 2000.

- i) Les Etats Membres devront s'efforcer de renforcer les mécanismes existants de coordination plutôt que de créer de nombreux comités.
- ii) Les Etats Membres devront favoriser l'action pluridisciplinaire et multisectorielle dans la conception, la réalisation, l'organisation et la mise en oeuvre d'une stratégie sanitaire nationale des SSP.
- iii) Cette stratégie doit consister en une action intégrée d'activités d'hygiène, de prévention, d'éducation pour la santé et des soins curatifs de base confiées à une équipe de santé polyvalente.

- iv) Le Ministère de la Santé responsable de la politique sanitaire doit travailler en coopération avec les autres départements ministériels, organismes nationaux et organisations non gouvernementales ainsi qu'avec les institutions spécialisées du système des Nations Unies concernées par les problèmes de santé pour l'amélioration et la mise en oeuvre des plans d'opérations de la stratégie.
- v) La stratégie, nécessitant l'adhésion et la participation active de la population, devra s'appuyer sur une éducation pour la santé intense et continue en tenant compte du style de vie et du contexte socio-économique et culturel de la communauté.
- vi) La participation active des femmes doit être stimulée compte tenu de leur rôle primordial dans la mise en oeuvre des SSP.
- vii) L'amélioration de la qualité du personnel de formation devra être encouragée par l'organisation de sessions d'études et de cours d'actualisation périodiques.
- viii) Les gouvernements sont invités à mettre en pratique la politique de soins de santé primaires qu'ils ont individuellement et collectivement adoptée.
- ix) Les Etats Membres devront instituer et/ou renforcer la coopération entre les différents services des ministères de la santé et mettre en place des systèmes d'information.

Sujets à inscrire pour 1988

250. Le Comité demande au Directeur régional d'harmoniser les sujets à étudier par les Groupes de Travail CTPD sous-régionaux avec les sujets des discussions techniques pour 1987, 1988, 1989.

Renouvellement du Comité permanent

251. Conformément au paragraphe 4 du dispositif de la résolution AFR/RC33/R7, le Comité a procédé au renouvellement de ses membres. L'Algérie remplace le Sénégal, l'Ethiopie remplace la Guinée équatoriale et la Tanzanie remplace le Lesotho. Les pays sortants ont été remplacés par tirage au sort sur une base sous-régionale.

252. Le Comité régional adopte les Décisions de procédure 6 et 8 et les résolutions AFR/RC35/R4, AFR/RC35/R5 et AFR/RC35/R6.

EVALUATION DE L'EXPERIENCE AFRICAINE D'UTILISATION DES NATIONAUX
COMME COORDONNATEURS DES PROGRAMMES OMS

253. Le Dr T. Tokon présente le rapport. L'évaluation préliminaire de l'expérience africaine d'utilisation des nationaux comme Coordonnateurs des Programmes de l'OMS a été présentée à la trente-quatrième session du Comité régional en septembre 1984. Le Comité régional a estimé que l'expérience avait été utile et qu'elle devait se poursuivre. Le Directeur général a rappelé au Comité régional que le but principal de l'expérience était la promotion de l'autosuffisance par la mobilisation rationnelle des ressources humaines nationales.

254. Le Comité régional, après étude approfondie, a : i) demandé la création d'un groupe de travail du Sous-Comité du Programme pour revoir l'accord relatif aux prestations de services spécifiques, et ii) prié le Directeur général de continuer l'évaluation de cette expérience.

Rapport du groupe de travail

255. Le groupe de travail s'est réuni en décembre 1984 et juin 1985; dans son rapport final, il a estimé que :

- i) la nature des services demandés doit correspondre à la définition qui se trouve dans le document DGO/83.1 : que le Coordonnateur soit national ou international;
- ii) la durée de l'accord ne doit pas être inférieure à deux ans;

- iii) la rémunération totale des Coordonnateurs nationaux payés à la fois par l'OMS et le gouvernement ne doit pas dépasser US \$3000 par mois en monnaie locale;
- iv) le statut d'un Coordonnateur national est celui d'un fonctionnaire de la fonction publique de son gouvernement;
- v) le profil d'un Coordonnateur national est celui d'un fonctionnaire du gouvernement ayant les mêmes qualifications qu'un Coordonnateur international et choisi par le Directeur régional parmi trois candidats présentés par le gouvernement.

256. Le Directeur général a fait des commentaires sur le rapport du groupe de travail; il a amendé le projet d'accord pour la prestation des services spécifiques; il a déclaré que :

- i) la durée de l'accord doit être conforme à la pratique ordinaire des Nations Unies et ne pas dépasser 12 mois;
- ii) les indemnités de fin de contrat ne seraient versées que si l'OMS annulait l'accord, auquel cas l'indemnité serait calculée d'après les dispositions du Règlement du Personnel de l'OMS.

Poursuite de l'évaluation

257. L'évaluation de l'expérience s'est poursuivie conformément au souhait du Comité régional. Elle s'est faite sous forme :

- i) d'une évaluation administrative par comparaison des Coordonnateurs nationaux et internationaux du point de vue de la régularité de leurs rapports techniques et financiers;
- ii) de l'élargissement du sondage concernant les Coordonnateurs à tous les Coordonnateurs nationaux, internationaux et à tous les personnels OMS du Bureau régional et de terrain, à l'occasion d'une réunion spéciale des Coordonnateurs/Représentants;

iii) d'envoi du rapport du groupe de travail aux Ministres pour commentaires;

iv) de consultations sur le sujet à l'occasion des visites officielles du Directeur régional aux Etats Membres.

258. L'évaluation administrative a indiqué que la régularité avec laquelle les rapports techniques et financiers sont envoyés tient au Coordonnateur même, qu'il soit national ou international. Dans les deux cas, ce sont toujours les mêmes Coordonnateurs qui sont en défaut, dans une proportion sensiblement égale.

259. L'analyse des questionnaires remplis par les Coordonnateurs et autres membres du personnel avant et durant la réunion spéciale des Coordonnateurs/ Représentants qui a eu lieu en mars 1985 a révélé ce qui suit :

- i) tous les Coordonnateurs sont confrontés aux mêmes problèmes, à savoir : insuffisance du personnel, retards dans la communication avec le Bureau régional, et délégation de pouvoirs insuffisante pour la gestion des ressources de l'OMS;
- ii) les Coordonnateurs internationaux sont plus âgés, ont plus d'expérience, une meilleure formation en santé publique et sont mieux préparés à gérer les programmes de l'OMS;
- iii) le personnel OMS du Bureau régional et de terrain estime qu'un retour aux Coordonnateurs internationaux renforcerait les Bureaux de l'OMS dans les pays.

260. L'évaluation montre clairement que l'expérience était nécessaire et qu'il y a eu des résultats positifs dans quelques pays. Cependant, cette expérience s'est heurtée aux difficultés suivantes :

- i) il semblerait qu'on ait perdu de vue l'objectif original qui était celui de promouvoir l'autoresponsabilité, étant donné que les NWC ne sont pas devenus partie intégrante des mécanismes nationaux de gestion sanitaire;

- ii) des problèmes de rémunération, de supervision du personnel de l'OMS, de double allégeance, d'où incapacité de fournir à l'OMS les informations essentielles, ont remis l'expérience en question;
- iii) les nouvelles directives du Conseil exécutif sur la politique budgétaire de l'OMS au niveau des pays mettent l'accent sur le rôle du Coordonnateur en tant que personne autorisée à décider de l'utilisation des ressources de l'OMS et à travailler avec les autres services du gouvernement et des organismes internationaux et penchent donc pour un Coordonnateur international plutôt que national;
- iv) quelques pays ont demandé qu'un membre du personnel international de haut rang appuie le Bureau du Coordonnateur national, ce qui confirme que le concept même du NWC est inadéquat, tout au moins pour le moment.

261. Conformément aux directives de la trente-quatrième session du Comité régional, il n'a été tenu compte que des éléments nouveaux dans l'évaluation de l'expérience pour tenter de se faire une opinion sur l'avenir de cette expérience, alors que les avis ne semblent pas unanimes. Il a été considéré :

- i) qu'il était difficile, dans le cas de Coordonnateurs nationaux, de fournir des informations épidémiologiques essentielles - choléra par exemple - au Bureau régional malgré sa demande pressante; s'il est plus facile pour le Directeur régional d'obtenir d'un Coordonnateur international des informations d'une telle importance pour la collectivité régionale tout entière, le ressortissant national est parfois contraint de garder le silence alors que le statut international est une garantie d'indépendance;

- ii) que le paragraphe 77 n'était pas suffisamment objectif, et devait être amendé comme suit : "Il ressort de ces avis que l'utilisation des nationaux comme Coordonnateurs des Programmes OMS se heurte aux obstacles inhérent à l'expérience, tels qu'ils étaient prévus dans l'étude organique du Conseil exécutif sur le 'Rôle de l'OMS au niveau des pays et, en particulier, le rôle des représentants de l'OMS'. En pratique, les nationaux se heurtent à des contraintes en raison desquelles il leur est difficile de gérer les ressources de l'OMS à la satisfaction tant de l'OMS que de leur pays. C'est pourquoi, il est proposé de mettre un terme à l'expérience, progressivement, dans les pays où elle a été menée sans pour autant compromettre les intérêts des membres du personnel ou du pays en question, c'est-à-dire à un moment opportun à la fois pour le pays et pour l'OMS."

Discussion

262. Le Directeur général adjoint a rappelé les circonstances de la mise en route de l'expérience. La Région africaine a été la seule à la tenter, les autres Régions s'étant toutes récusées. Il a rappelé également la foi, l'enthousiasme et le courage qui ont animé le Directeur général et le Directeur régional pour essayer de contourner les difficultés inhérentes à cette innovation. Il a enfin demandé au Comité d'examiner cette question en toute indépendance d'esprit et de reconnaître éventuellement une erreur si tel était le cas.

263. Les représentants qui sont intervenus ont indiqué les aspects positifs de l'expérience et les contraintes auxquelles elle se heurte. Parmi les aspects positifs, tous les intervenants ont noté : i) la promotion de l'autoresponsabilité nationale en matière de santé; ii) la meilleure intégration des Coordonnateurs nationaux dans l'administration sanitaire, et iii) la meilleure connaissance du pays, donc des problèmes et des solutions éventuelles pour les résoudre.

264. Certains pays ont comparé les services des Coordonnateurs nationaux avec ceux des internationaux précédemment utilisés. La comparaison, pour ces intervenants, serait en faveur des nationaux. En fait, les intervenants tendaient à ne pas généraliser à partir des conclusions de l'évaluation, mais plutôt à analyser des cas particuliers.

265. Les contraintes signalées tournent toutes autour du statut, c'est-à-dire la double tutelle, la double allégeance du Coordonnateur national.

266. Certains représentants ont pu se poser la question de savoir si, dès le début de cette expérience, il n'y avait pas une erreur fondamentale de procédure juridique de l'OMS puisque ce type de personnel n'existe pas dans le système des Nations Unies. En effet, les voies et moyens nécessaires au Coordonnateur pour mener à bien ses fonctions de gestionnaire des ressources allouées par l'OMS doivent être garantis par une certaine indépendance vis-à-vis du gouvernement, que les Coordonnateurs nationaux n'ont pas.

267. La seule façon de leur accorder cette garantie serait de leur fournir un statut d'international, ce qui n'est pas possible dans le cadre du statut de la Fonction publique internationale.

268. Le Directeur régional a indiqué que le Comité régional devait considérer les vues des trois parties prenantes dans l'expérience : i) celle des pays; ii) celle des Coordonnateurs nationaux, mais aussi, iii) celle de l'OMS. La plupart des intervenants n'ont cité que les aspects positifs de l'expérience; cependant, leurs vues dans certains cas peuvent ne pas correspondre à celles de l'ensemble des autorités nationales.

269. Certains Coordonnateurs eux-mêmes ne sont pas satisfaits de leur condition de travail; ils s'estiment trop étroitement dépendants de l'autorité nationale, à la merci des changements politiques.

270. Enfin, l'OMS, quant à elle, n'est pas satisfaite de l'expérience. Certains Coordonnateurs internationaux aussi ne sont pas à leur place, mais le Directeur régional, dans le cadre de la restructuration, pourra agir sur ceux-ci afin d'optimiser l'utilisation des ressources de l'OMS au niveau des pays. Le Coordonnateur étant le Représentant du Directeur régional dans le pays, il doit donc dépendre directement de lui sans possibilité de refus d'obéissance comme cela s'est produit.

271. Par ailleurs, une connaissance approfondie du pays ne constitue pas une expérience suffisante; il est nécessaire de connaître d'autres pays, et de pouvoir comparer. Dans l'esprit même de la CTPD, il est nécessaire de partager les expériences. Enfin, dans aucune autre Région, aucun pays en développement, même parmi les plus grands, n'a jugé utile de tenter cette expérience. Il est en effet difficile de faire gérer les ressources de l'OMS et mobiliser celles d'organisations extérieures au pays par un ressortissant national, car sa double allégeance peut le rendre suspect auprès des deux partenaires concernés.

Résumé

272. Les discussions font ressortir les principaux points suivants :

- i) le statut de Coordonnateur national ne peut être reconnu dans la Fonction publique internationale;
- ii) ce statut sera toujours source de litige, de difficultés car le problème juridique ne pourra être réglé;
- iii) l'OMS et en particulier la Région africaine ne peut ni ne doit se différencier des autres agences des Nations Unies en utilisant une catégorie de personnel dont le statut n'aurait pas d'existence dans la Fonction publique internationale;
- iv) les aspects positifs de l'expérience dans certains pays (mais négatifs dans d'autres) ne peuvent contrebalancer totalement les inconvénients liés au statut de Coordonnateur national, qui a entraîné des revendications de type syndical de ces Coordonnateurs;
- v) la communication entre le Directeur régional et son représentant dans le pays ne peut admettre aucune ambiguïté;
- vi) des aspects totalement négatifs n'ont pu être suggérés car susceptibles de nuire aux intérêts des personnes ou des pays;

- vii) les pays ont toujours la possibilité de demander au Directeur régional de déplacer le Coordonnateur international si celui-ci ne remplit pas son rôle, alors qu'il n'est pas toujours possible au Directeur régional de demander le remplacement d'un Coordonnateur national s'il ne remplit pas son rôle vis-à-vis de l'OMS;
- viii) le concept de la CTPD plaide en faveur de l'utilisation de ressortissants des pays de la Région africaine comme Coordonnateurs internationaux, avec possibilité pour les pays de placer un homologue national à leur côté;
- ix) les pays doivent faire entière confiance au Directeur régional pour renforcer, dans le cadre de la nouvelle structure de la Région africaine, la coopération de l'OMS avec les pays pour l'utilisation optimale des ressources de l'OMS; ils doivent fournir au Directeur régional les moyens de mettre en oeuvre ses idées forces au service des pays de la Région.

273. Le Comité régional adopte la résolution AFR/RC35/R7. Le Directeur régional remercie le Comité d'avoir adopté cette résolution à l'unanimité, réaffirmant ainsi la confiance qu'il lui a témoignée il y a un an, en l'élisant.

RAPPORT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES 1985 : RECHERCHE SUR LES SYSTEMES DE SANTE : INSTRUMENT DE PROMOTION ET DE DEVELOPPEMENT DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

274. Le Professeur D. N. Lantum, Président des discussions techniques, présente au Comité le document AFR/RC35/13 (Annexe 10) élaboré à partir des rapports des trois groupes de travail trilingue, anglophone et francophone. Le Comité avait élu comme Rapporteurs le Dr A. D. Kolawole (Nigéria), le Dr R. T. Tshabalala (Souaziland) et le Dr M. Saleh (Mauritanie). Les groupes de travail ont choisi comme Présidents les Drs Celestino Mendes Da Costa (Guinée Bissau), G. W. Lungu (Malawi) et le Professeur Doudou Ba (Sénégal). Les groupes réunis le 14 septembre 1985 ont étudié le document AFR/RC35/TD/1 préparé par le Professeur P. O. Chuke, Professeur de Médecine, Université du Nigéria, Enugu (Nigéria) et le Dr A. C. Nkandawire, Coordonnateur sous-régional, Recherche sur les secteurs de santé, Sous-Région III.

275. Les discussions des trois groupes de travail ont porté sur sept questions fondamentales auxquelles les délégués étaient censés répondre après avoir étudié le document de travail.

Nécessité de procéder à une recherche sur les systèmes de santé

276. La recherche sur les systèmes de santé est une recherche axée sur l'action qui, grâce aux méthodes scientifiques, aide à mieux comprendre et vise à fournir les informations qui :

- i) permettront d'aborder les problèmes de santé et de définir le rôle et l'influence des sciences de la santé;
- ii) contribueront à assurer une planification sanitaire plus rationnelle;
- iii) se traduiront par des soins de santé plus efficaces et plus efficaces qui, en même temps, tiendront compte des besoins culturels et affectifs des populations;
- iv) encourageront une plus grande autosuffisance individuelle, familiale et communautaire pour ce qui est des questions de santé en faisant participer activement les populations à l'étude de leurs propres problèmes.

Recherche sur les systèmes de santé : Lieux et institutions concernés

277. La recherche sur les systèmes de santé devrait être une activité multidisciplinaire conjointe des ministères de la santé, des facultés et départements universitaires, des institutions de recherche concernées ainsi que d'autres ministères et administration. Trois types de mécanismes ont été identifiés afin d'assurer une coordination efficace des activités de recherche :

- création au sein du ministère de la santé d'un service chargé de formuler une politique de recherche et d'identifier les besoins nécessaires pour cette recherche; le service demande le concours d'autres organismes auxquels il confie des recherches chaque fois que cela est nécessaire;

- création d'une commission indépendante ou semi-autonome ou d'un organisme similaire qui serait représenté auprès du ministère de la santé pour assurer la pertinence de tous les projets de recherche;
- insertion dans l'organigramme des services de santé d'un service ou comité national chargé de la recherche et/ou du développement.

278. Les principales activités retenues sont les suivantes :

- collecte d'informations pertinentes pour la recherche sur les services de santé;
- identification des secteurs prioritaires pour les recherches prévues;
- réception, tri et recommandation des propositions de recherche;
- préparation, tenue et mise à jour d'un inventaire des établissements de recherche, de leurs activités, de leur potentiel et de leur personnel;
- appui et conseils techniques aux chercheurs, plus particulièrement à ceux qui sont employés par le service de santé;
- supervision des formalités administratives concernant les ressources;
- respect des considérations d'ordre éthique ou relatives à la sécurité;

Mesures que les gouvernements nationaux doivent prendre pour rendre possible l'application des conclusions de la recherche pour l'instauration de la SPT/2000

279. Les principaux obstacles à l'utilisation des conclusions et des résultats de la recherche ont été identifiés comme suit :

- absence ou manque d'efficacité des mécanismes destinés à mettre l'information à la disposition de ceux qui en ont besoin;
- absence au sein du Ministère de la Santé de personnes capables d'interpréter correctement les conclusions et les résultats de la recherche.

Certaines des conditions préalables nécessaires pour que la recherche soit suivie de l'application des conclusions sont les suivantes :

- i) il faut dégager les besoins en matière de recherche et les classer par ordre de priorité en fonction de leur pertinence pour les politiques et les stratégies de développement sanitaire national;
- ii) il devrait y avoir des mécanismes efficaces pour l'examen et le financement de toutes les propositions de recherche;
- iii) il devrait y avoir des mécanismes de diffusion de l'information de façon que celle-ci soit mise à la disposition de ceux qui en ont besoin;
- iv) il devrait y avoir des mécanismes de suivi pour garantir l'utilisation de l'information et son application.

Médecine traditionnelle et recherche sur les systèmes de santé
dans les soins de santé primaires

280. La médecine traditionnelle a beaucoup à offrir pour développer les SSP et il y a lieu de mettre à profit sa potentialité pour compléter la médecine moderne. Il a été reconnu que les guérisseurs traditionnels convenablement choisis, formés et encadrés, pouvaient se voir confier des tâches précises en tant qu'agents de première ligne.

281. Les mesures suivantes ont été préconisées :

- i) recherche de mécanismes appropriés permettant d'intégrer les guérisseurs traditionnels dans les équipes de santé de façon à promouvoir leurs activités, notamment en milieu rural;
- ii) renforcement de la recherche multidisciplinaire sur la médecine traditionnelle, la formation du personnel, la documentation, la culture des espèces de plantes les plus utiles et leur utilisation immédiate comme point de départ d'une industrie pharmaceutique.

Mobilisation des composantes intersectorielles en vue de minimiser les problèmes de santé en Afrique

282. Les conditions suivantes doivent être remplies pour que la coopération intersectorielle ait lieu effectivement :

- i) volonté politique de susciter une coopération intersectorielle efficace;
- ii) décentralisation des programmes administratifs et des autres programmes de développement interdépendants;
- iii) prise de conscience par les collectivités de leur droit de participer aux questions qui ont une incidence sur leur développement socio-économique.

Principales contraintes auxquelles se heurte la recherche sur les systèmes de santé dans les soins de santé primaires

283. Les principales contraintes retenues sont les suivantes :

- i) inadéquation des ressources financières pour la recherche;
- ii) proposition de recherche sans intérêt pour les donateurs;
- iii) manque ou pénurie de personnel qualifié;
- iv) mauvaise perception de la recherche sur les services de santé.

Portée de la recherche sur les systèmes de santé pour les soins de santé primaires

284. La recherche sur les systèmes de santé se situe généralement dans une seule culture et dans un contexte particulier, de sorte que, même si les méthodes sont généralement utiles, les résultats sont peu transférables. La recherche sur les systèmes de santé contribue à :

- i) procurer l'information nécessaire à l'action;
- ii) dégager les secteurs problématiques où il faut faire de la recherche en santé;
- iii) classer le problème en fonction des secteurs prioritaires;
- iv) mettre en place une technologie de la santé appropriée;
- v) définir des solutions acceptables pour la population;
- vi) garantir que les objectifs sont atteints.

285. Le Comité régional exprime sa satisfaction sur le contenu des discussions techniques et remercie le professeur Lantum pour sa présentation.

DESIGNATION DU PRESIDENT ET DU PRESIDENT SUPPLEANT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES POUR 1986

286. Le Président de la trente-cinquième session propose au Comité de désigner le Dr Georges Oluwole Sofoluwe et M. Martial Mboumba, respectivement comme Président et Président suppléant des discussions techniques en 1986. Ces discussions auront pour thème : "Approche des soins de santé primaires pour la promotion et la protection de la santé des travailleurs de l'agriculture durant la Décennie du Développement industriel en Afrique."

287. Le Comité adopte la Décision de procédure 9.

CHOIX DU THEME DES DISCUSSIONS TECHNIQUES POUR 1987

288. Le Directeur régional a fait au Comité régional des suggestions pour accélérer la mise en oeuvre des soins de santé primaires en vue d'atteindre l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Ces suggestions consistent à élaborer, au niveau de chaque pays, un plan de travail déterminant de façon claire les activités et l'appui nécessaires aux niveaux opérationnel (périphérique), technique (intermédiaire) et stratégique (central) en faveur des soins de santé primaires. Dans le souci de concentrer les efforts du Comité régional sur les plus hautes priorités de la Région, le Directeur régional a proposé un plan triennal pour les discussions techniques à partir de 1987. Les thèmes suivants sont suggérés à cet effet et dans l'ordre :

- 1987 : Appui opérationnel en soins de santé primaires (niveau périphérique).
- 1988 : Appui technique aux soins de santé primaires (niveau intermédiaire).
- 1989 : appui stratégique aux soins de santé primaires (niveau central).

289. Le Directeur régional élaborera sur chaque sujet un cadre avec les éléments plus détaillés, dont pourront se servir les pays pour organiser l'appui nécessaire à chaque niveau de mise en oeuvre des SSP. Le Bureau régional et les équipes multidisciplinaires sous-régionales seront à la disposition de chaque pays pour l'appuyer dans ce travail. Les expériences accumulées feront l'objet d'un document qui servira de base aux discussions techniques.

290. Le Comité régional a jugé les propositions du Directeur régional conformes aux priorités telles que fixées par les Organes directeurs. Il a approuvé les propositions du Directeur régional et adopté la Décision de procédure 7.

DATES ET LIEUX DES TRENTE-SIXIEME ET TRENTE-SEPTIEME SESSIONS
DU COMITE REGIONAL

291. Monsieur L. Roy présente au Comité le document AFR/RC35/16 Rév.1. Il attire son attention sur la Décision de procédure 13, adoptée lors de la trente-quatrième session en septembre 1984, de tenir la trente-sixième session à Bamako, République du Mali en septembre 1986. Il fait part au Comité de la lettre en date du 20 juin 1985 reçue par le Directeur régional par laquelle le Ministre de la Santé de la République du Mali l'informait que le "Gouvernement du Mali ne faisait aucune objection quant à la tenue de sa trente-sixième session du Comité régional à Brazzaville en septembre 1986".

292. Le Comité décide de tenir sa trente-sixième session à Brazzaville en septembre 1986.

293. En tenant compte du fait que la trente-cinquième session du Comité s'est tenue à Lusaka, et que la trente-sixième session se tiendra à Brazzaville en 1986, le Comité décide de tenir sa trente-septième session à Bamako, en septembre 1987, sur l'aimable invitation du Gouvernement de la République du Mali.

Dates et lieux des sessions ultérieures du Comité régional

294. Aux termes de la résolution AFR/RC18/R10, il était d'usage que les Comités régionaux se tiennent, au moins une année sur trois, au Siège régional.

295. Considérant la nouvelle politique régionale en matière de budget programme, le Directeur régional attire l'attention des Etats Membres sur le coût élevé des Comités régionaux organisés hors du Bureau régional, plus particulièrement du fait de l'augmentation continue des prix des avions affrétés.

296. Par conséquent, le Comité régional décide de tenir ses sessions au moins une année sur deux au Bureau régional et adopte la résolution AFR/RC35/R10.

297. Lors de sa trente-quatrième session, le Comité a pris note des aimables invitations de la République du Niger et de la République du Burundi. Les dates seront fixées en conformité avec la résolution AFR/RC35/R10.

CONCLUSIONS

298. La trente-cinquième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique a été ouverte le 11 septembre 1985 au Centre Mulungushi de Lusaka (Zambie) par Son Excellence le Docteur Kenneth David Kaunda, Président de la République de Zambie. Les Membres du Corps diplomatique, les Représentants de 42 Etats Membres, de la Namibie, Membre associé, des Mouvements de Libération nationale reconnus par l'OUA et plusieurs organisations internationales, intergouvernementales et non gouvernementales ont assisté à la séance d'ouverture présidée par le Président Kaunda.

299. Le rapport du Directeur régional sur les activités de l'OMS dans la Région africaine (biennium 1983-1984) montre que la Région africaine présente une situation sanitaire parmi les moins bonnes du monde, avec des taux inacceptables de mortalité infantile : la mortalité maternelle se situe entre 1,6 et 11 ‰, c'est-à-dire qu'elle est 20 à 200 fois supérieure à celle enregistrée dans les pays industrialisés; la mortalité infantile (0-1 an) fluctue entre 93,7 ‰ et 135,2 ‰ avec une moyenne de 116,4 ‰, soit 1,8 et 7,2 fois supérieure à celle observée en Amérique latine et en Europe. La seule région du monde présentant des chiffres comparables est le Sud de l'Asie avec des taux de 3 à 10 ‰ et de 95,3 à 120,7 ‰ pour la mortalité maternelle et infantile, respectivement. Le choléra continue de sévir sous forme épidémique dans beaucoup de pays avec des taux de létalité inacceptables.

300. Le Directeur régional a procédé, conformément à la résolution WHA37.13, à la décentralisation du Bureau régional pour le rapprocher davantage des pays afin de rendre l'appui de l'Organisation plus opérationnel pour une utilisation optimale des ressources. Trois Bureaux sous-régionaux de développement sanitaire seront créés. Chaque bureau sera dirigé par un Directeur, fonctionnaire international de très haut niveau, assisté par des équipes pluridisciplinaires, aptes à répondre avec promptitude et efficacité aux sollicitudes des gouvernements dans le domaine des prestations sanitaires en faveur des communautés. Chaque bureau comportera des équipes d'appui stratégique, logistique et technique.

301. Au niveau des pays, le renforcement du Bureau du Coordonnateur dans les domaines administratif, financier et technique et en personnel permettra aux Etats Membres de mieux mettre en oeuvre leurs stratégies nationales. De même, les Coordonnateurs auront plus de responsabilités et seront mieux sélectionnés.

302. Les activités régionales de recherche ont été évaluées en 1983 et un programme à moyen terme 1984-1989 élaboré. Le Comité régional a noté les progrès accomplis dans le domaine de la recherche, en particulier sur les systèmes de santé. Des ateliers sur la méthodologie de la recherche ont été organisés dans les pays de la Région pour améliorer les programmes de santé au niveau des pays et renforcer le potentiel de recherche des pays eux-mêmes.

303. Un premier projet de politique en matière de budget programme a été proposé en suivant les directives mondiales, adaptées à la spécificité de la Région africaine selon les grands axes suivants : i) soutien aux stratégies; ii) renforcement des capacités nationales; iii) coopération technique entre pays en développement; iv) utilisation optimale des ressources.

304. Le Comité régional a examiné le rapport d'évaluation du Programme élargi de Vaccination (PEV) dans la Région africaine 1977-1985. La pertinence et l'importance du PEV sont devenues une évidence au regard de la dimension des problèmes à résoudre. De nombreuses campagnes de vaccination ont échoué en Afrique à cause de l'attention insuffisante que l'on accorde à la chaîne de froid. C'est pourquoi, des efforts ont été déployés par l'OMS et l'UNICEF dans ce domaine. La couverture vaccinale pour la Région est estimée à 20 % en moyenne. L'efficacité des programmes en terme de réduction de la morbidité et de la mortalité ne peut être raisonnablement mesurée à ce stade.

305. Les propositions du Directeur régional relatives aux modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par la Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé ont reçu l'accord du Comité régional. Un plan d'action sera élaboré.

306. Le Directeur régional a fait rapport sur l'évaluation de l'expérience africaine des nationaux comme Coordonnateurs des Programmes de l'OMS. Il ressort des discussions que : i) le statut du Coordonnateur national ne peut être reconnu dans la Fonction publique internationale; ii) ce statut sera toujours source de litige, de difficultés, car le problème juridique ne pourra être réglé; iii) l'OMS et en particulier la Région africaine ne peut ni ne doit se différencier des autres agences des Nations Unies en utilisant une catégorie de personnel dont le statut n'aurait pas d'existence dans la Fonction publique internationale; iv) les aspects positifs de l'expérience dans certains pays (mais négatifs dans d'autres) ne peuvent contrebalancer

totalelement les inconvenients lies au statut de Coordonnateur national, qui a entraîné des revendications de type syndical de ces Coordonnateurs; v) la communication entre le Directeur régional et son représentant dans le pays ne peut admettre aucune ambiguïté.

307. La participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique a facilité les travaux du Comité qui fait siennes toutes les recommandations contenues dans le rapport du Sous-Comité.

308. Le Comité régional a pris note du rapport des discussions techniques qui avaient pour thème : "Recherche sur les systèmes de santé : instrument de promotion et de développement des soins de santé primaires".

309. Dans le souci de concentrer ses efforts sur les plus hautes priorités de la Région, le Comité régional a retenu un plan triennal pour les discussions techniques à partir de 1987 portant sur les thèmes suivants :

- 1987 : Appui opérationnel en soins de santé primaire (niveau périphérique).
- 1988 : Appui technique aux soins de santé primaires (niveau intermédiaire).
- 1989 : Appui stratégique aux soins de santé primaires (niveau central).

310. Le Comité décide de tenir sa trente-sixième session à Brazzaville en septembre 1986 et sa trente-septième session à Bamako (Mali) en septembre 1987. Il décide, par ailleurs, que des sessions se tiendront dorénavant au moins une fois sur deux au Bureau régional.

CLOTURE DE LA SESSION

311. La séance de clôture a été présidée par Son Excellence M. Kebby S. K. Musokotwane, Premier Ministre, Membre du Comité Central, Membre du Parlement.

312. Dans son allocution, le Directeur régional, le Docteur G. L. Monekosso, dit sa gratitude au Premier Ministre d'avoir bien voulu réhausser de sa présence la cérémonie de clôture de la trente-cinquième session du Comité régional. Il le remercie, au nom des représentants des Etats, du Secrétariat du Comité régional et en son nom propre, des efforts déployés par le Gouvernement et le peuple zambien afin d'assurer le succès éclatant qu'a connu la trente-cinquième session du Comité régional.

313. Son Excellence Monsieur C. Mwananshiku, Ministre de la Santé de la Zambie, Président de la trente-cinquième session du Comité régional, remercie les représentants des Etats Membres de lui avoir apporté leur précieux concours dans l'exercice de ses fonctions de Président. Les délibérations ont été franches, positives et amicales. Il a apprécié le calme dont ne se sont à aucun moment départis les délégués ainsi que les membres du Secrétariat, même quand ils ont dû subir certaines contraintes. L'esprit d'unité et de coopération dont il a été fait montre, au cours de cette réunion, est des plus encourageants et devrait continuer à prévaloir au profit des populations de l'Afrique. Après tout, les frontières de nos pays sont artificielles. Elles ont été tracées par des colonialistes pour sauvegarder leurs intérêts politiques et financiers. "Je suis sûr, devait-il ajouter, qu'avec cet esprit d'entraide, le partage des ressources se fera de façon optimale et de nouveaux domaines de coopération seront explorés."

314. Et le Président de poursuivre : "Nous avons individuellement et collectivement examiné les stratégies qui s'imposent pour favoriser la mise en oeuvre des soins de santé primaires dans la Région. Cette évaluation nous a permis de mettre en lumière les progrès réalisés et grand nombre de faiblesses. En ma qualité de Président de cette session, j'aimerais vous voir redoubler de vigilance et espère que la prochaine évaluation constatera que la santé de nos populations s'est améliorée."

315. Le Comité a débattu avec une éloquente franchise et de manière exhaustive de la question des Coordonnateurs nationaux. Le Président remercie tous les délégués d'être arrivés à un consensus. Il n'ignore guère, combien sont lourdes les tâches d'un Directeur régional et constate avec plaisir qu'aucun appui n'a été ménagé à ce dernier pour lui permettre de remplir ses fonctions avec efficacité afin que collectivement les Etats Membres soient à même d'atteindre cet objectif de choix - la santé pour tous. Il croit cependant nécessaire de rappeler les propos qui préfacent le rapport biennal 1983-1984 du Directeur régional, à savoir que la crise socio-économique mondiale n'a fait que ralentir, d'une manière très inquiétante, la mise en oeuvre des stratégies nationales de la santé pour tous en l'an 2000 par le biais des soins de santé primaires.

316. Dans son allocution de clôture, Son Excellence M. Kebby S. K. Musokotwane, Premier Ministre, remercie au nom de son pays le Dr Mahler, Directeur général, le Dr Monekosso, Directeur régional, ainsi que les fonctionnaires de l'Organisation pour les efforts qu'ils ont déployés pour assurer le succès de cette conférence dont les délibérations ont été suivies avec grand intérêt. "J'ai appris que vos discussions ont été franches, amicales et constructives. La volonté dont ont fait montre les Ministres de la Santé de renforcer les stratégies visant à favoriser la mise en oeuvre efficace des soins de santé primaires, nous donne l'espoir de voir instauré l'objectif qui nous tient à coeur à savoir, la santé pour tous en l'an 2000. En ce qui nous concerne, nous étudierons très attentivement les résolutions de votre conférence afin d'améliorer l'état de santé de notre peuple."

317. Et le Premier Ministre de poursuivre : "Nous avons subi des revers, nous sommes en butte à des problèmes dont certains sont de notre propre fait. D'autres, toutefois, nous sont imposés, hélas, afin que le continent africain s'enlise dans la torpeur. Les Africains et les Africaines qui oeuvrent dans la politique, la santé, l'éducation, l'économie et dans tous les domaines, doivent à présent se dresser et lutter afin que notre continent soit comme tous les autres continents... J'espère que votre réunion a su ajouter des pierres solides et résistantes à l'édification de notre continent. Ceci sera mis à l'épreuve dans les années à venir quand nous mesurerons les progrès accomplis dans l'amélioration de l'état de santé en Afrique. Nous espérons pouvoir continuer à convaincre certains de nos collègues que des fonds doivent être consacrés à la santé et à l'éducation, moteurs du développement lesquels, par conséquent, ne doivent pas être négligés." Le Premier Ministre termine en souhaitant aux délégués un bon retour dans leurs pays respectifs.

ANNEXES

ANNEXE 1

ALLOCUTION DE M. D. S. KATOPOLA,
MINISTRE DE LA SANTE DE LA REPUBLIQUE DU MALAWI,
PREMIER VICE-PRESIDENT DE LA TRENTE-QUATRIEME SESSION

Excellence, Monsieur le Président de la République de Zambie,
Monsieur le Secrétaire général du Parti,
Membres du Comité central,
Honorables Ministres
Monsieur le Directeur régional,
Membres du Corps Diplomatique,
Honorables délégués,
Mesdames et Messieurs,

1. C'est pour moi un grand privilège, un honneur et un plaisir d'accueillir Son Excellence le Dr Kenneth David Kaunda, Président de la République de Zambie, à notre cérémonie d'ouverture et je le remercie de nous honorer de sa présence malgré ses lourdes tâches et ses nombreux engagements.

2. Permettez-moi, Monsieur le Président, au nom de tous les Honorables Ministres des pays frères et au nom de tous les délégués, de vous dire et, par votre intermédiaire, de dire au peuple zambien combien nous apprécions l'authentique hospitalité africaine dont nous avons bénéficié depuis notre arrivée dans cette belle capitale de la Zambie, Lusaka.

3. Nous sommes très heureux de voir les progrès qui ont été réalisés dans les domaines socio-économiques et sanitaires si l'on en juge par les activités de développement qui sont menées dans toute cette belle République.

4. Je puis assurer Votre Excellence que nous nous réjouissons tous à la perspective de séjourner dans votre beau pays au milieu de votre peuple si sympathique et si hospitalier; cette atmosphère facilitera sans aucun doute le difficile travail qui nous attend. Excellence, Monsieur le Directeur général, Monsieur le Directeur régional, Collègues, nous voici réunis une fois de plus à vingt ans d'intervalle, dans notre République soeur de Zambie. Lorsque le Comité régional s'est tenu ici en 1965, Lusaka et la Zambie avaient un autre visage pour la bonne raison que Lusaka était une petite ville où

Annexe 1

régnait encore une atmosphère post-coloniale et que la Zambie était un pays différent. Comme grand nombre de nos pays, la Zambie venait tout juste d'accéder à l'indépendance et s'efforçait de résoudre les problèmes que pose la transition du système colonial à une administration indépendante. L'Organisation mondiale de la Santé, notre Organisation, traversait, elle aussi, une période d'ajustement. Il lui fallait accueillir dans ses rangs des pays qui venaient d'échapper à l'emprise coloniale et qui étaient devenus des Etats souverains et indépendants. C'était l'époque des grands programmes d'éradication et de démonstration.

5. Aujourd'hui, nous nous retrouvons dans la ville de Lusaka qui est beaucoup plus grande et plus grouillante de vie, dans une Zambie sûre d'elle-même. Notre Organisation, l'OMS, est plus dynamique que jamais puisqu'elle vise un objectif plus clairement défini, à savoir la santé pour tous en l'an 2000, et qu'elle s'est engagée dans la mise en place de systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires.

6. Excellences, étant donné que c'est la première fois que je m'adresse au Comité régional en tant que Président, permettez-moi de saisir cette occasion pour présenter au Professeur G. L. Monekosso mes sincères félicitations et lui transmettre les meilleurs voeux de mon pays pour sa nomination à la haute fonction de Directeur régional. Heureusement pour moi, le Dr Monekosso occupe ce poste depuis près d'un an et je peux, sans crainte d'être contredit, fonder mes propos élogieux sur tout ce qu'il a accompli dans ce continent. Nous apprécions hautement sa manière de procéder avec sérieux, mais sans crispation ni formalisme. Au Bureau régional, il a su se rendre accessible et instaurer des rapports directs avec ses collaborateurs. Nous vous souhaitons, Monsieur le Directeur régional, beaucoup de succès dans la tâche difficile qui est la vôtre et qui consiste à coordonner les vastes et divers programmes de santé de notre continent. Nous vous apporterons le soutien que vous vous êtes déjà acquis par votre rigueur et votre enthousiasme.

7. Honorables délégués, Mesdames et Messieurs, les jours à venir exigeront que nous fassions preuve, comme à l'accoutumée, de maturité et de minutie en donnant à notre nouveau Directeur régional et à l'ensemble du Secrétariat des directives ne souffrant aucune ambiguïté et en prenant des décisions bien tranchées afin qu'ils puissent mieux nous servir. Un coup d'oeil sur l'ordre

Annexe 1

du jour nous montre que de nombreuses questions importantes doivent être traitées et, entre autres, qu'il nous faudra procéder à l'examen habituel des activités de l'OMS menées dans la Région africaine.

8. A ce point de l'ordre du jour, vous noterez que nous allons aborder un sujet tout à fait nouveau, à savoir la politique régionale en matière de budget programme.

9. Je suis, pour ma part, ravi de voir ce point figurer à notre ordre du jour. Beaucoup parmi vous, Honorables délégués, conviendront avec moi qu'une politique régionale en matière de budget programme aurait dû être adoptée il y a longtemps.

10. Cette politique du budget programme nous permettra de mieux faire porter notre programmation et notre budgétisation sur les véritables priorités sanitaires de notre Région. Si nous avons fait des progrès sensibles dans la mise en oeuvre des processus gestionnaires pour l'exécution du programme de l'OMS grâce à l'élaboration des programmes généraux de travail et des programmes à moyen terme, il manquait, au niveau régional, une politique en matière de budget programme pour nous permettre d'axer notre programmation et notre budgétisation sur les problèmes de santé prioritaires de notre Région.

11. Les programmes généraux de travail et leur traduction en programmes à moyen terme étaient trop vagues aussi longtemps que nous ne disposions pas d'une politique régionale en matière de budget programme. En outre, nous espérons que cette politique permettra aux Etats Membres et au Secrétariat de mieux assumer leurs responsabilités dans les efforts que nous déployons pour assurer une utilisation optimale des ressources.

12. Une autre question que j'aimerais mettre en évidence et qui a un caractère exceptionnel sur notre ordre du jour, c'est l'évaluation de l'expérience africaine relative à l'utilisation des nationaux comme Coordonnateurs des Programmes de l'OMS (document AFR/RC35/22). Bien que nous n'ayons pas d'expérience en la matière dans mon pays, nous avons cru comprendre qu'il y avait eu des difficultés pour appliquer cette formule apparemment séduisante.

Annexe 1

13. Je suis persuadé que nous examinerons cette question en gardant la tête froide et que nous donnerons au Directeur régional et au Directeur général une évaluation honnête de cette expérience. A mon sens, notre décision doit être fondée au premier chef sur la mise en place d'une organisation efficiente qui répond mieux à nos intérêts particuliers et à notre intérêt collectif.

14. Honorables délégués, Distingués invités, Mesdames et Messieurs, le dernier point de notre ordre du jour dont je tiens à vous entretenir c'est le point 8.1 : "Rapport régional d'évaluation de la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous en l'an 2000" (document AFR/RC35/12).

15. Ici encore, j'aimerais me référer à l'expérience de mon propre pays. La lecture de la synthèse régionale des rapports nationaux donne quelquefois l'impression que nous faisons encore des déclarations d'ordre général qui ne reposent pas sur l'expérience. Parfois cette synthèse ressemble plus à une analyse théorique qu'à une expérience pratique.

16. Au Malawi, notre rapport a été précédé par un examen en profondeur sur le terrain de notre programme de soins de santé primaires dans le pays. Nous avons l'intention d'effectuer cet examen tous les deux ans. En ce qui concerne ce dernier, nous avons constaté que les informations que nous avons tirées de l'examen des SSP nous ont été très utiles pour présenter notre rapport d'évaluation. Nous suggérons que le plus grand nombre possible de pays procèdent à des examens analogues de leur programme SSP. Après tout, ne sommes-nous pas tous convenus qu'il ne peut y avoir de santé pour tous en l'an 2000 sans les soins de santé primaires ?

17. J'arrêterai ici ces remarques en remerciant une fois de plus le Gouvernement zambien de s'être proposé pour accueillir la trente-cinquième session du Comité régional. Nous ne sommes pas sans ignorer le grand travail que la préparation d'une telle réunion exige. Nous sommes conscients du poids que l'organisation de cette session fait peser sur les ressources du pays. Au nom de toutes les délégations, je tiens à rendre hommage à la Zambie. L'hospitalité typiquement africaine qui nous a été prodiguée depuis notre arrivée fait que nous nous sentons comme chez nous. La présence de Son Excellence le Dr Kenneth D. Kaunda, Président de la Zambie, montre à l'évidence l'intérêt que le Gouvernement porte à cette réunion.

Annexe 1

18. Honorables délégués, Distingués invités, Mesdames et Messieurs, toutes les conditions sont réunies pour que nous exécutions notre lourde tâche en toute honnêteté et en toute franchise au cours de cette semaine. Je vous souhaite tout le succès possible dans vos travaux et j'ai le plaisir et le privilège de demander à Son Excellence, le Dr Kaunda, d'ouvrir la trente-cinquième session du Comité régional. Je vous remercie.

ANNEXE 2

ALLOCUTION DU DR G. L. MONEKOSSO, DIRECTEUR REGIONAL

Monsieur le Président,
Monsieur le Secrétaire général du Parti,
Monsieur le Premier Ministre,
Honorables Membres du Comité central,
Messieurs les Ministres,
Excellences,
Mesdames et Messieurs,

1. Permettez-moi tout d'abord de remercier le Président, le Gouvernement et la population de la République de Zambie d'avoir bien voulu inviter le Comité régional de l'Afrique à tenir sa trente-cinquième session dans la ville de Lusaka si accueillante et si pleine de charme où fleurissent les jacarandas et les bougainvilliers. Votre présence à cette réunion, Monsieur le Président, est plus qu'un rituel de circonstance; elle atteste de la volonté politique du Gouvernement et du peuple zambien ainsi que de son adhésion totale à la coopération avec l'OMS pour instaurer la santé pour tous d'ici l'an 2000. Nous nous souvenons avec reconnaissance que la Zambie a accueilli le Comité régional pour la première fois en 1965.

2. J'estime que c'est un privilège pour moi que la première session du Comité régional qui a suivi mon élection au poste de Directeur régional se tienne en Zambie, un des pays qui est aux avant-postes de la lutte que mènent nos populations pour la liberté et la justice sociale. Monsieur le Président, nous vous rendons hommage parce que vous partagez nos idéaux. Votre philosophie fondée sur l'humanisme a sensibilisé la conscience internationale aux droits de l'homme et à la justice sociale. Puisse le vent de la liberté souffler de ce pays vers les quatre coins de notre continent.

3. Vous me permettez de rendre hommage au Dr Comlan Alfred Auguste Quenum, qui s'est éteint à la veille de la trente-quatrième session du Comité régional le 15 août 1984. Il a assumé les fonctions de Directeur régional pendant 19 ans. C'était un grand fils de l'Afrique qui a lancé sur le continent le programme de la "Santé pour tous en l'an 2000", avec la compétence et une

Annexe 2

imagination créatrice. Nous ne pouvons lui rendre un plus grand hommage qu'en nous consacrant à atteindre les objectifs sanitaires qu'il a poursuivis avec tant d'ardeur. Je vous prierai de vous joindre à moi pour lui rendre un hommage solennel en observant une minute de silence en sa mémoire.

Monsieur le Président,

Excellences,

Distingués délégués

Mesdames, Messieurs,

4. Au cours des quelques mois que j'ai passés à mon poste, j'ai eu la chance de rencontrer certains d'entre vous dans vos pays respectifs ou au Bureau régional de l'Afrique. Nous avons examiné ensemble d'un oeil critique le tableau sanitaire de l'Afrique et nous avons discuté de nombreuses questions notamment de :

- a) la croissance démographique exponentielle de la Région africaine dont la population passera de 345 millions en 1980 entre 551 et 578 millions d'habitants d'ici l'an 2000 selon les projections actuelles;
- b) la production alimentaire qui est à la traîne eu égard à la croissance démographique;
- c) la lente mais apparemment inexorable progression du désert, et
- d) les prestations et la couverture sanitaires médiocres à la périphérie.

Nous continuerons ce dialogue avec tous les responsables de la santé en profitant de toutes les voies et de toutes les occasions qui nous seront offertes. Il nous faut accroître la contribution du secteur santé pour briser les chaînes du sous-développement dans la Région africaine. Mais la rhétorique ne peut remplacer l'action, ce qui m'amène au thème de cette allocution, à savoir : "Priorité à l'action".

Annexe 2

5. Le Septième Programme général de Travail de l'OMS (1984-1989) définit clairement toute la gamme des activités qui exigent une volonté politique, une organisation administrative et une capacité gestionnaire, la mobilisation et l'utilisation efficace des ressources, etc. Il s'agit d'un défi que nous devons relever pour traduire nos politiques, nos stratégies et nos plans d'action en programmes opérationnels réalistes.

6. En 1948, la Constitution a ainsi défini la santé : "La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité". Il est logique, par conséquent, qu'après trois décennies de tâtonnements, l'Assemblée mondiale de la Santé ait décidé en 1977 que le principal objectif social des Etats Membres et de l'Organisation mondiale de la santé serait de faire atteindre à tous les peuples du monde d'ici à l'an 2000 un niveau de santé qui leur permette de vivre une vie socialement et économiquement productive. A Alma-Ata, il a été convenu en 1978 que les soins de santé primaires étaient le moyen qui permettrait d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement empreint d'un véritable esprit de justice sociale. Bien que les pays de la Région africaine aient quelque peu progressé pendant ces deux dernières décennies au cours desquelles la communauté internationale s'est efforcée de chercher des moyens efficaces pour améliorer l'état de santé des populations du monde, un examen des progrès réalisés par l'OMS en 1982 suggère qu'une action plus rapide et des progrès plus soutenus sont indispensables si nous voulons surmonter les obstacles à l'instauration de la santé pour tous en l'an 2000 par le biais des soins de santé primaires.

7. Les indicateurs sanitaires et socio-économiques connexes qui ont été publiés montrent que de nombreux pays africains se trouvent dans la position peu enviable d'être parmi les moins développés du monde. Permettez-moi de récapituler ces indicateurs :

- mortalité infantile 160/1000 contre 19/1000 dans les pays industrialisés;
- espérance de vie : 45 ans au lieu de 72 ans;

Annexe 2

- taux d'alphabétisation des adultes : 28 au lieu de 98 %;
- approvisionnement en eau potable : 31 au lieu de 100 %;
- produit national brut (PNB) par tête : US \$170 au lieu de US \$6230 par tête;
- dépenses consacrées à la santé publique : US \$1,7 par tête par an contre US \$244 dans les pays industrialisés.

Il s'agit là de disparités qui font frémir. Tout ceci veut dire qu'en ce qui concerne la mise en oeuvre des soins de santé primaires, ce qu'il faut ce ne sont pas des mots mais des actes. Il nous faut capitaliser sur les gains de ces dernières décennies, non pas en suivant le "train-train" habituel mais en accélérant notre développement sanitaire et socio-économique. Mobilisons-nous et rassemblons nos forces pour le dernier assaut vers l'an 2000. Votre Organisation mondiale de la Santé a un rôle de chef de file à jouer parmi les organismes internationaux pour catalyser le développement sanitaire et nulle part son action n'est plus cruciale que dans la Région africaine.

8. Pour réussir, il nous faut nous organiser en équipes de relais. Chacun d'entre nous doit aller aussi rapidement que possible, et jusqu'à la limite de ses forces, et passer le relais aussitôt qu'il commence à "perdre son souffle". Nous ne pouvons nous permettre de perdre du temps. Une action soutenue va de soi si nous voulons instaurer la santé pour tous en Afrique et c'est pour cette raison que votre humble serviteur réitère ici son adhésion totale à ce concept.

9. Lorsque le Dr Mahler, Directeur général de l'OMS, a proclamé la santé pour tous d'ici l'an 2000 à Yaoundé en 1975, il nous restait vingt-cinq ans. Aujourd'hui, nous avons moins de 15 ans devant nous pour atteindre le fatidique an 2000. Il convient que nous gardions présent à l'esprit que nos trois objectifs à moyen terme, qui ont été fixés en 1980, doivent être atteints d'ici 1990 :

- a) il nous faut vacciner tous les enfants de moins d'un an contre les six maladies incluses dans le programme élargi de vaccination et mettre en place des mécanismes qui permettront la mise en oeuvre continue de ce programme (résolution WHA31.54);

Annexe 2

- b) assurer l'approvisionnement en eau potable et la salubrité de l'environnement à toutes les communautés et mettre en place au cours de la décennie des années 80 des mécanismes pour entretenir et agrandir l'infrastructure nécessaire aux soins de santé (résolution WHA30.33);
- c) promouvoir et assurer l'approvisionnement alimentaire adéquat des populations de la Région africaine, en particulier de celles des secteurs les plus vulnérables (résolution WHA28.42).

L'échéance pour atteindre ces six objectifs est dans moins de cinq ans. Nous devons mettre l'accent sur l'action parce que, de toute évidence, nous sommes en retard dans notre course contre la montre vers les objectifs de 1990. La crise africaine actuelle est un rappel éloquent sinon dramatique de cette réalité. Souvenons-nous que bien que le plus grand ami de la vérité soit le temps, il faut que ce temps soit consacré à l'action.

10. Le Plan d'Action de Lagos adopté en avril 1980 par la deuxième session extraordinaire de la Conférence des Chefs d'Etats et de Gouvernement de l'Organisation de l'Unité africaine (OUA) donne les grandes lignes des programmes d'action nécessaires pour parvenir à l'autosuffisance nationale et collective pour assurer le développement économique et social de l'Afrique d'ici l'an 2000. Il faut voir les soins de santé primaires comme partie intégrante de la stratégie opérationnelle du plan d'action de Lagos. Nous devons nous rappeler que le coût estimatif supplémentaire de la couverture sanitaire d'ici l'an 2000 par habitant et par an est susceptible d'être de l'ordre de US \$16,20 si l'on adopte l'approche classique (à 100 % mono-sectorielle) au lieu de US \$6,20 si l'on adopte l'approche des SSP (100 % participative, multisectorielle et multidisciplinaire).

11. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique est tout prêt à jouer un rôle de catalyseur dans la mise en oeuvre de ce plan. En Afrique, comme du reste partout ailleurs, la "santé" est un sujet sur lequel les groupes, les communautés, les institutions et les pays peuvent habituellement tomber d'accord. Les liens familiaux et l'esprit communautaire qui caractérisent notre culture se manifestent avec plus d'intensité encore lorsqu'il s'agit de problèmes de santé et de bien-être. La façon dont on financera les soins de santé dépend des choix socio-politiques. Mais tout le monde est

Annexe 2

habituellement d'accord sur la nécessité de promouvoir la santé en tant que partie intégrante du développement socio-économique. La santé est un trait d'union entre les peuples. L'action sanitaire peut par conséquent être un mécanisme important pour promouvoir l'Unité africaine. Alors tous ensemble allons de l'avant - Pamodzi !

12. L'Organisation mondiale de la Santé qui s'efforce de promouvoir la mise en oeuvre de la santé pour tous les Africains se voit offrir une occasion historique sans précédent. La façon dont le Bureau régional est organisé et la façon dont son personnel et les personnels sur le terrain mènent leurs activités sont décisives pour instaurer la santé pour tous en Afrique et, par conséquent, pour atteindre les objectifs politiques, sociaux et économiques. D'où la nécessité de réorganiser le Bureau régional en tenant compte de ses fonctions qui ont une importance capitale.

13. Dans la Région africaine, l'OMS doit travailler de concert avec plusieurs organisations, institutions, services et personnes si elle veut réussir dans sa mission. Le Bureau régional et sa direction doivent être clairement considérés par les Etats Membres comme leurs partenaires les plus intimes du développement sanitaire. Nous sommes en train de décentraliser le Bureau régional de l'OMS en mettant l'accent sur l'action et en distribuant au maximum les ressources dans les pays, particulièrement au niveau des collectivités. La stratégie des soins de santé primaires exige une action conjointe au sein des communautés, des districts, des provinces ainsi qu'au niveau de la coordination nationale. Au niveau régional, l'OMS va renforcer ses liens avec les organisations régionales, politiques et économiques (telles que l'OUA, la BAD et la CEA), ainsi qu'avec les groupements économiques sous-régionaux. Cette action se situe au-delà du simple échange d'informations ou de la "liaison"; elle doit comporter une action conjointe en ce qui concerne un certain nombre de secteurs de programme et ce dans l'intérêt des Etats Membres. Elle doit surtout mobiliser les ressources en faveur de la santé et promouvoir la productivité économique en veillant à ce que le personnel soit en bonne santé.

14. Le Bureau régional va également maximiser sa collaboration avec les autres institutions du système des Nations Unies en Afrique. La relation étroite avec l'UNICEF doit être tangible au niveau opérationnel dans les pays. L'OMS et l'UNICEF doivent être considérés comme des partenaires à part

Annexe 2

entière dans la mise en oeuvre des soins de santé primaires. Il faut qu'il y ait une programmation conjointe avec les autres institutions des Nations Unies pour ce qui est des principaux aspects des soins de santé essentiels tels que l'alimentation et la nutrition (avec la FAO), les médicaments essentiels (avec l'UNIDO), la salubrité de l'environnement (avec le PNUE), l'éducation pour la santé et l'information du public (avec l'UNESCO), la planification familiale (avec le FNUAP), etc. La "pénurie de ressources" en Afrique est si grande que le système des Nations Unies doit apporter la preuve qu'il est capable, sous la houlette du PNUD, de prendre les mesures appropriées qui s'imposent pour atteindre l'objectif de la santé pour tous, l'OMS jouant le rôle d'agent d'exécution.

15. L'OMS doit également travailler en liaison étroite avec les organismes bilatéraux et fondations importants (en tenant compte des relations privilégiées des Etats Membres avec ces institutions) et maintenir le contact avec eux. Comme ces institutions disposent habituellement de ressources financières beaucoup plus importantes que l'OMS, la possibilité d'une mise en oeuvre tripartite des programmes (bénéficiaire/donateur/OMS) devrait être explorée, si bien que l'OMS pourrait assister ces organismes à atteindre certains de leurs objectifs apparentés à la santé. La Banque mondiale devrait pouvoir aider les pays de notre Région à restaurer, à mettre en place ou à agrandir leurs infrastructures de soins de santé primaires en leur consentant des taux de prêt favorables.

16. Finalement, la collaboration avec le Siège de l'OMS à Genève et les autres Régions du monde sera intensifiée et ce dans l'optique de l'important objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Nous espérons lancer un programme de développement sanitaire interrégional important qui devrait contribuer de façon décisive à la résolution des problèmes de santé qui se posent encore en Afrique.

17. Permettez-moi d'abuser de votre patience en soulevant avec vous, les responsables de la santé, des questions qui ont déjà été soumises au Comité régional en 1980 et qui sont la pierre angulaire de notre stratégie de développement sanitaire régional. Ces questions ont plus que jamais leur raison d'être.

Annexe 2

- a) Comment peut-on favoriser la réorientation des systèmes de santé pour mettre en oeuvre les politiques, stratégies et plans d'action ?
- b) Quels types de réformes administratives sont nécessaires pour que le système de santé soit opérationnel, efficient et efficace ?
- c) Quelles sont les principales réformes à encourager pour développer les ressources humaines nécessaires à la mise en oeuvre des stratégies nationales ?
- d) Comment la recherche peut-elle être réorientée pour résoudre les problèmes de santé prioritaires des communautés africaines ?
- e) Comment peut-on stimuler la participation des communautés ?
- f) Quels sont les mécanismes qui doivent être mis en place pour l'évaluation ?

Les approches et réponses à ces questions varieront d'un pays à l'autre en fonction des différents environnements socio-politiques, économiques et culturels. Le personnel de l'OMS/AFRO va discuter avec vous un programme d'activités qu'il a récemment élaboré et qui peut être adapté en fonction des situations locales diverses. Ces activités seront menées avec l'appui des Bureaux sous-régionaux de développement sanitaire et sont destinées à répondre aux exigences des trois dernières années (1986-1989) du Septième Programme général de Travail de l'OMS (1984-1989).

18. Cette session du Comité régional va passer en revue un rapport sur l'"évaluation de la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous". Ce rapport nous permettra de dresser l'inventaire de nos activités de soins primaires. En nous fondant sur les indices appropriés, nous mesurerons nos succès et nos échecs. Nous déterminerons l'efficacité en fonction du coût, et

Annexe 2

nous évaluerons nos options technologiques au niveau communautaire. Nous devons également nous efforcer de déterminer l'impact de ces activités sur les soins de santé dispensés aux populations. Lorsque nous en aurons fini avec ce travail, la nécessité de poursuivre une action plus rapide apparaîtra d'elle-même. Allons ensemble de l'avant, gouvernements, populations et OMS pour planifier, mettre en oeuvre et évaluer notre stratégie des soins de santé primaires.

Monsieur le Président,
Honorables représentants,
Mesdames et Messieurs,

19. C'est dans cet esprit de solidarité que nous suivrons la voie qui nous a été tracée pour atteindre la santé pour tous d'ici l'an 2000. En tant que responsables et décideurs africains, il nous incombe et c'est notre culture qui l'exige, de transmettre à nos enfants et aux générations futures un héritage digne de ce nom. Nous nous trouvons aujourd'hui en équilibre instable au seuil de l'histoire. Disons que nous vivons une époque au cours de laquelle de bons choix ont été faits, à savoir : action efficace et réalisations concrètes, excellence sur le plan technique, détermination politique de réussir et tenir les engagements que nous avons pris solennellement à Alma-Ata. Il n'y a pas de choix plus pertinent et plus approprié que les soins de santé primaires pour promouvoir l'accès de nos populations à des vies socialement satisfaisantes et économiquement productives. D'autres pays l'on fait. Nous pouvons et nous devons également le faire avec la volonté politique nécessaire, un travail soutenu, une organisation et une gestion efficace. J'espère que ceux qui ont relevé le défi de la santé pour tous en l'an 2000 n'épargneront aucun effort pour assurer la réussite de la révolution sanitaire africaine. En ce qui me concerne, il me tarde d'apporter ma modeste contribution et de servir au mieux de ma compétence les responsables et les populations d'Afrique. En travaillant ensemble au mieux de nos aptitudes "La santé de tous les Africains d'ici l'an 2000" deviendra une réalité.

ANNEXE 3

ALLOCUTION D'OUVERTURE PRONONCEE PAR
SON EXCELLENCE LE DR K. D. KAUNDA,
PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE DE ZAMBIE

Camarade Président,

Camarades responsables du Parti et du Gouvernement,

Monsieur le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé,

Honorables délégués,

Mesdames et Messieurs,

1. Au nom du United National Independence Party, du Gouvernement, du peuple zambien, et en mon nom personnel, j'ai le plaisir, en invoquant le Tout-Puissant, Créateur de l'humanité, de déclarer ouverte cette trente-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

2. Je suis ravi que la Zambie se voit offrir cette occasion exceptionnelle d'accueillir une fois de plus cette importante conférence de l'Organisation mondiale de la Santé qu'est le Comité régional de l'Afrique. Vous vous souviendrez que la Zambie a eu le privilège d'accueillir la vingtième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique en 1965. A cette époque, il y avait à peine un an que notre pays était libre et indépendant. La tenue de cette conférence à Lusaka attestait de la confiance que nous témoignait cette Organisation, dont le rôle est vital pour la communauté internationale.

3. C'est par conséquent avec le plus vif plaisir que le peuple de la Zambie, son Parti et son Gouvernement souhaitent la bienvenue au Directeur général de l'OMS et à ses collaborateurs, à tous les délégués et aux observateurs présents à cette trente-cinquième session à Lusaka. Je souhaite que vous vous sentiez chez vous, parmi vos frères et soeurs de Zambie. Si vous constatez des insuffisances sur le plan matériel, veuillez les accepter comme telles. Soyez assurés que nous sommes de tout coeur avec vous.

Annexe 3

4. Lorsque vous avez tenu votre dernière session ici à Lusaka il y a 20 ans, notre jeune Parlement était en session et votre conférence y avait fait l'objet d'un débat animé. Le Ministre de la Santé d'alors s'était vu reprocher par ses collègues parlementaires la présence à votre réunion de la délégation de la Rhodésie et de la puissance coloniale qu'était le Portugal. Ce débat parlementaire s'était répercuté sur votre réunion, où il avait quasiment paralysé les discussions. Fort heureusement, aujourd'hui, nous comptons parmi nous non seulement le Zimbabwe mais aussi le Botswana, le Lesotho, le Souaziland, le Mozambique et l'Angola - autant d'Etats libres, souverains et indépendants en Afrique australe. Même si la lutte pour la liberté fait rage en Namibie et en Afrique du Sud, pays de l'apartheid, la liberté a gagné du terrain en Afrique australe.

5. Je fais état de cet incident pour illustrer les nombreuses qualités de l'Organisation mondiale de la Santé qui rendent cet organisme international cher au peuple zambien et à toute l'Afrique australe. L'OMS n'est ni impuissante ni indifférente lorsqu'il s'agit de la liberté de l'homme. Libérer les peuples de l'oppression est juste et bon. Il doit en être ainsi. La domination d'un être par un autre est tout autant une maladie que la domination de l'organisme par un virus. L'oppression tout comme la variole est une maladie humaine. Il faut la soigner pour restaurer l'intégrité de la personne. Dans une bonne partie de l'Afrique australe, l'oppression et la variole politique ont été éradiquées. Je suis convaincu que la politique des peuples ne saurait être dissociée de la santé des peuples. La santé, c'est aussi la politique et la politique, c'est aussi la santé dans toute situation. C'est pour cette raison que la Zambie a constaté avec un vif intérêt l'éveil de la conscience politique de l'OMS et son appréhension des forces qui influencent et façonnent le développement d'ensemble de la Région africaine.

6. Depuis la Conférence de Lusaka, l'Organisation mondiale de la Santé a, par le biais du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé, accordé l'attention voulue aux problèmes des populations opprimées du monde. Pour ce qui est de notre Sous-Région de l'Afrique

Annexe 3

australe, nous sommes conscients des efforts inlassables que le Directeur général et le Directeur régional déploient pour appuyer les mouvements de libération. La Zambie pour sa part a, en de nombreuses occasions, mis à la disposition des mouvements de libération des services de conférences, des possibilités de formation, des installations sanitaires et autres services, soit seule, soit en collaboration avec l'Organisation mondiale de la Santé.

7. Notre adhésion à la lutte que mène l'Afrique australe reste totale, et nous continuerons jusqu'à ce que soient instaurées la liberté politique et l'égalité des chances. Par conséquent, tout en rendant hommage à l'OMS, je dois solliciter un appui plus important en faveur des mouvements de libération et en faveur des pays de notre Région, qui se sacrifient afin d'aider nos frères et soeurs à se libérer de la domination, du racisme et de l'apartheid.

8. Honorables délégués, Mesdames et Messieurs, au cours de ces vingt dernières années, notre Organisation s'est agrandie et a élargi la gamme de ses activités. L'action de l'OMS est maintenant bien connue de l'homme de la rue, en ville comme dans les villages. Les scientifiques, professionnels, administrateurs et techniciens africains assument des responsabilités croissantes à différents niveaux de l'Organisation. Il s'agit là d'une tendance dont nous nous félicitons.

9. J'ai noté en lisant l'ordre du jour provisoire que vos discussions lors de cette session porteraient sur le programme élargi de vaccination, sur les moyens de mettre en oeuvre les résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif, sur l'évaluation de la mise en oeuvre des stratégies d'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000 et sur l'évaluation de l'utilisation des nationaux comme Coordonnateurs des Programmes de l'OMS. Tous ces thèmes revêtent un intérêt particulier pour notre Région et leur discussion à cette session nous aidera à regrouper les efforts de la Région pour atteindre les objectifs souhaités.

Annexe 3

10. En ce qui concerne l'utilisation des nationaux comme Coordonnateurs des Programmes de l'OMS, nous estimons en Zambie que l'expérience est des plus opportune. Nous avons été heureux de participer pleinement au travail et à l'administration de l'OMS dans le pays en la personne d'un national qui connaît bien nos aspirations. Cette formule a conquis notre peuple et nous attendons avec impatience le jour où nous trouverons parmi les experts qui oeuvrent dans le pays d'éminents scientifiques et professionnels de chez nous.

11. J'aimerais à présent, Camarade Président, parler des ressources consenties aux pays de notre Région par l'OMS. Sur cette question, je ferai écho aux sentiments exprimés par notre Directeur général, le Dr Mahler, concernant l'utilisation optimale des ressources de l'OMS, notamment dans le pays. En ce qui concerne la Zambie, l'appui de l'OMS demeure relativement modeste par rapport aux efforts que nous déployons et au soutien que nous recevons de pays amis. Toutefois, les apports de l'Organisation, chaque fois qu'ils sont utilisés stratégiquement, ont un impact de taille sur nos programmes de santé.

12. En effet, l'OMS est une des organisations dont le concours nous a aidé à nous maintenir à flot. Ce soutien nous est d'autant plus important aujourd'hui que nous traversons une période économique difficile.

13. En 1965, le Comité régional de l'Afrique avait résolu d'intensifier la lutte contre la variole et les Etats Membres avaient été invités à réaliser des programmes d'éradication. Grâce à l'aide de l'OMS et à une vive détermination nationale, le peuple zambien a poursuivi vigoureusement le programme d'éradication et, en 1978, la Zambie a été certifiée exempte de variole. Nous avons eu la joie de participer, en 1980, à la cérémonie solennelle proclamant l'éradication de la variole partout dans le monde. La victoire de l'OMS contre cette maladie mortelle a rendu l'Organisation plus apte à s'attaquer aux problèmes de santé importants de notre continent et du monde.

Annexe 3

14. J'aimerais à présent vous faire part des progrès réalisés par la Zambie dans le domaine de la santé depuis notre dernière réunion à Lusaka. En 1965, il y avait 306 centres de santé et 48 hôpitaux. Aujourd'hui, il y a 730 centres de santé et 81 hôpitaux, ce qui représente une augmentation de 155 % et 69 % respectivement. Nous n'avions à l'époque que deux médecins autochtones, aujourd'hui il y en a près de 300. Nous n'avions qu'un tout petit nombre d'infirmières et de sages-femmes, à présent nous en avons plus de 7000. Les programmes de formation divers que nous avons mis sur pied nous ont permis de zambianiser 98 % des services infirmiers, 99,9 % de ceux de la salubrité de l'environnement, 70 % des postes techniques et 30 % des postes médicaux du secteur public.

15. En ce qui concerne les allocations financières, les crédits accordés par le Gouvernement au secteur santé représentaient en 1965 moins de (1 %) de l'ensemble du budget, alors qu'en 1984, ils représentaient 7,5 % et on les estime à 7,7 % pour 1985. En termes absolus, les pourcentages dont je parle représentent K.11 millions en 1965 et K.141 millions en 1985, c'est-à-dire 13 fois plus.

16. La suppression de la rémunération à l'acte dans les hôpitaux et maisons de santé a mis gratuitement et sans distinction de classe les services de santé à la disposition du peuple zambien. Cette politique a été dictée par notre conviction profonde que la santé est un droit fondamental de l'homme. Par conséquent, nul citoyen zambien ne doit être privé de services de santé parce qu'il n'a pas les moyens d'être malade.

17. Pour ce qui est de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, nos progrès ont été plutôt lents. Nous sommes arrivés à approvisionner en eau saine 70 % de la population urbaine et 48 % de la population rurale. De même, 56 % des habitants des zones urbaines et 48 % des habitants des zones rurales disposent de services d'assainissement. Nous espérons de tout coeur que la Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement accélérera le rythme du développement dans ce domaine.

Annexe 3

18. D'autres progrès importants ont eu un impact positif sur l'état de santé de notre peuple : le taux d'alphabétisation qui est à présent de 65 %, une plus grande espérance de vie à la naissance, qui était en 1965 de 45 ans pour les femmes et de 41,7 ans pour les hommes et qui est aujourd'hui de 50 ans pour les femmes et de 46,7 pour les hommes. Le taux de mortalité infantile est tombé de 140 pour 1000 naissances vivantes en 1965, à 105 pour mille de nos jours.

19. L'un des principes d'une démocratie fondée sur la participation est de donner le pouvoir au peuple. Ceci veut dire que dans le secteur santé, l'individu et la collectivité tout entière participent activement à la formulation et à la mise en oeuvre des plans de développement sanitaire. Le Ministère de la Santé s'emploie actuellement à étudier, coordonner et établir un programme de santé pour le Quatrième Plan de Développement national qui, nous l'espérons, contribuera à assurer d'ici l'an 2000 des services de santé aux populations, conformément à l'engagement pris par l'OMS.

20. Camarade Président, Camarades, j'aimerais maintenant vous faire part des problèmes auxquels notre pays est confronté du fait de la migration rurale vers les villes qui a atteint des proportions alarmantes, et évoquer certaines des mesures correctrices que nous avons prises.

21. Le pourcentage de la population urbaine dans notre pays est à présent estimé à 46 %. Des villageois sont partis vers les villes dans l'espoir de trouver des emplois dans l'industrie. Toutefois, la conjoncture défavorable a fait échec à la croissance maximale des industries et s'est traduite par chômage et sous-emploi. La majorité des chômeurs cherche refuge auprès de parents qui ont un emploi, augmentant ainsi la taille de la cellule familiale et la dépendance vis-à-vis du salarié urbain. D'où une mauvaise nutrition dans certains cas, notamment parmi les enfants et les femmes en âge de procréer.

22. Pour pallier cette tendance, le Parti et le Gouvernement ont décidé de lancer des programmes visant à rendre les conditions de vie dans les zones rurales plus attrayantes. Une des mesures qui a été adoptée consiste à offrir aux entreprises agricoles et aux petits fermiers des incitations intéressantes afin que l'industrie agricole soit plus diversifiée et que le flux rural vers les villes s'atténue.

Annexe 3

23. Je suis toutefois particulièrement conscient du fait qu'il nous reste un long chemin à parcourir avant de pouvoir pleinement satisfaire les aspirations de notre peuple. C'est dans cet esprit que le Parti et le Gouvernement ont sérieusement examiné le concept de soins de santé primaires, voyant là une approche qui contribuerait à renforcer notre forme de démocratie grâce à la participation de la collectivité à l'action de santé.

24. C'est à cette fin que, lors de la dernière conférence générale de notre Parti, nous avons esquissé pour le pays les grandes lignes de la prochaine décennie du développement 1985-1995. Pour ce qui est des soins de santé primaires, nous insistons sur leur développement rapide de façon à éviter que l'état de santé de notre peuple ne se détériore par rapport à ce qu'il est actuellement. Dans ce cadre, nous attendons de tous les conseils de district qu'ils redoublent d'efforts pour promouvoir les soins de santé primaires. Mais le succès de l'action des services de prestations sanitaires ne saurait dépendre uniquement du Ministère de la Santé. Selon nous, des activités communautaires telles que l'installation et la bonne utilisation de latrines peuvent radicalement transformer la vie des gens à la base. Nous sommes résolus à agir pour que chaque foyer dispose d'installations appropriées, adéquates et bien entretenues pour l'élimination des excréta et des ordures. Il faudra également veiller à ce que les enfants reçoivent les vaccinations nécessaires en temps opportun.

25. Le Parti et le Gouvernement se sont engagés à assurer le succès des organisations du système des Nations Unies et, en particulier, de celles qui, par leurs résolutions, cherchent à répondre aux besoins de santé qui s'appliquent à notre pays. A cet égard, nous avons noté que l'une des résolutions adoptées en mai de cette année à Genève par l'Assemblée mondiale de la Santé demandait que les budgets nationaux de la santé soient maintenus à un niveau compatible avec l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

26. Ici, en Zambie, c'est en 1979, après des consultations et des discussions au niveau national, que nous avons adopté l'approche fondée sur les soins de santé primaires. En 1980, étaient mises en place les infrastructures nécessaires à sa mise en oeuvre, et des équipes gestionnaires étaient

Annexe 3

désignées dans les districts et les provinces. Dès le début, on a ressenti la nécessité de renforcer le processus de gestion et, pour ce faire, les travailleurs sanitaires ont reçu la formation requise.

27. La mise en oeuvre des soins de santé primaires dans notre pays a répondu à notre souhait de redresser le déséquilibre du budget de la santé, qui favorisait jusqu'alors les grands hôpitaux dotés d'une technologie de pointe. Ces hôpitaux, situés dans des centres urbains, assurent surtout des soins curatifs.

28. Cette nouvelle organisation des soins de santé primaires est fondée sur la structure du Parti et du Gouvernement de notre pays, dont la plus petite unité est le comité de section. La section est l'unité fondamentale de participation communautaire. Les communautés ont désigné des personnes qui ont appris à prêter une aide pour repérer les problèmes sanitaires et autres et définir les interventions requises. A la fin de 1984, 2340 agents de santé communautaire avaient été formés et étaient encadrés par le personnel des centres de santé.

29. Dans les districts, le médecin-responsable est chargé avec l'équipe de gestion de district, de la mise en place, de l'organisation et de la gestion des soins de santé primaires à ce niveau. Dans les provinces, le médecin-responsable est chargé avec l'équipe de gestion de province, de la mise en oeuvre des soins de santé primaires à ce niveau. Au niveau central, le directeur adjoint des services médicaux et des soins de santé primaires est responsable de l'implantation, de la mise en oeuvre et de l'évaluation des soins de santé primaires dans l'ensemble du pays.

30. Un secrétariat pour les soins de santé primaires, dirigé par un spécialiste, a été créé en vue de faciliter la coordination des activités dans ce domaine. L'OMS et le FISE nous ont aidés à faire une évaluation afin de déterminer l'ampleur des activités de mise en oeuvre et les obstacles rencontrés.

31. Dans l'esprit de notre idéologie humaniste, nous n'oublions pas que l'homme n'est pas seulement la cause mais aussi le moteur essentiel du développement et qu'il y a une interaction intrinsèque entre santé et développement d'une façon générale. C'est pour cette raison que le Parti et le Gouvernement accordent la priorité à la santé.

Annexe 3

32. L'Organisation mondiale de la Santé est un partenaire de premier plan dans l'action sociale entreprise par les peuples du monde. Ici, sur le continent africain, l'OMS doit continuer à forger l'unité d'action des peuples d'Afrique dans le cadre de l'Organisation de l'Unité africaine et à insuffler l'élan voulu aux Etats Membres pour qu'ils redoublent d'efforts en vue de l'objectif fixé - la santé pour tous.

33. Je voudrais une fois encore souhaiter la bienvenue à chacun d'entre vous et particulièrement à la délégation algérienne, qui a rejoint le Comité régional de l'Afrique maintenant que l'Algérie a quitté la Région européenne. J'espère sincèrement que vos débats seront des plus fructueux et qu'ils aideront à répondre aux aspirations sanitaires des peuples de l'Afrique.

34. Dieu vous bénisse !

ANNEXE 4

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

La santé pour tous en point de mire

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

Des cibles pour la santé

1. Un haut responsable de la santé d'un pays d'Europe du Nord a récemment déclaré : "Pour nous, ce qu'il y a de plus nouveau et de plus exaltant dans l'idée de la santé pour tous d'ici l'an 2000 est qu'il est possible de se fixer des cibles en matière de santé." Cette idée même de se fixer des cibles ne nous a-t-elle pas trop paru comme allant de soi du fait que nous étions si profondément impliqués dans le mouvement de la santé pour tous ? Elle constitue le fondement même de notre nouvelle politique de santé, mais ne l'avons-nous pas perdue de vue dans la pratique ?

2. Je vais être plus explicite. Certes, nous avons défini notre objectif général et établi des indicateurs pour vérifier que nous progressons bien comme prévu. Nous nous sommes aussi fixé deux cibles précises - approvisionnement de tous en eau potable et vaccination de tous les enfants du monde contre les grandes maladies infectieuses d'ici à 1990 - et nous savons parfaitement que ces cibles ne peuvent avoir un sens que si chaque Etat Membre, sans exception, les fait siennes. Par contre, des cibles nationales ont-elles été définies pour l'instrument qui fera que toutes les autres cibles seront atteintes ou non, je veux dire pour des services de soins de santé primaires correctement intégrés au système de santé ? Je ne le pense pas. Je sais bien qu'il y a de bonnes raisons à cela, mais je crois qu'il y a de toutes aussi bonnes raisons pour commencer à faire maintenant ce qui n'a pas été fait jusqu'à présent.

Annexe 4

3. Quelles autres options s'offrent aux peuples et aux pays d'Afrique ? D'après votre évaluation de vos stratégies de la santé pour tous, je n'en vois malheureusement pas. Avec beaucoup de courage et de franchise, vous avez exposé votre situation : incertitudes politiques, économiques, sociales et culturelles, auxquelles s'ajoutent les catastrophes naturelles et l'inertie. Votre taux de mortalité infantile est supérieur à 100 pour 1000 naissances vivantes dans la plupart des pays et supérieur à 200 dans certains; votre espérance de vie à la naissance est inférieure à 50 dans presque tous les pays. Et comme vos ressources économiques sont limitées, il est inévitable que vos ressources sanitaires le soient aussi.

Programmes nationaux d'action pour les soins de santé primaires

4. Dans ces conditions, la stratégie de la santé pour tous par le biais des soins de santé primaires est l'unique lueur d'espoir. Aussi, la seule chose à faire est-elle de développer les soins de santé primaires et de les rendre progressivement accessibles à tous. A Alma-Ata, l'unanimité s'était faite pour reconnaître que les soins de santé primaires sont la clé de la santé pour tous. Mais chemin faisant, le message semble avoir quelque peu perdu de sa force. Je crois donc le moment venu de faire de nouveau vigoureusement campagne en faveur de programmes nationaux d'action pour les soins de santé primaires. Vous pouvez vous fixer des cibles à cet effet et vous pouvez redoubler d'efforts pour les atteindre. Quand nous regardons le chemin parcouru, nous avons, je crois, tout lieu d'être satisfaits des réformes accomplies dans la politique de santé au niveau des administrations centrales. Il nous faut maintenant nous concentrer sur l'application de cette politique là où elle a pleinement son sens, c'est-à-dire près de la population, dans les collectivités et les subdivisions territoriales. Dans la plupart des pays, ces subdivisions sont suffisamment petites pour pouvoir être gérées sans l'intervention d'un trop lourd appareil bureaucratique, mais en même temps suffisamment grandes pour ne pas être excessivement nombreuses et éviter ainsi l'éparpillement des compétences.

5. Que faire face à ces ressources sanitaires limitées ? J'ai bien peur qu'il ne faille regarder en face le problème du financement de la santé pour tous si nous voulons voir se réaliser nos rêves et tenir nos promesses. Il importe d'abord de préciser ce qui est dépensé et où va l'argent - indications qui font trop souvent défaut dans la plupart des pays, non seulement dans

Annexe 4

cette Région mais partout dans le monde. Il convient ensuite de focaliser plus étroitement les ressources disponibles, dont une utilisation plus rigoureuse et plus énergique pourrait changer beaucoup de choses dans la plupart des pays. La santé pour tous n'exige pas nécessairement que l'on dépense davantage, bien que je n'ignore pas que chez la plupart d'entre vous, les dépenses de santé sont beaucoup trop limitées, nettement en deçà du minimum requis. Quoi qu'il en soit, beaucoup pourrait déjà être fait si les ressources existantes étaient mises à profit au maximum pour atteindre les cibles bien définies de demain et non pour financer les vagues prestations d'hier.

6. Vous ne devez pas non plus oublier que vous jouissez de la sympathie du monde entier, comme en témoigne l'aide récemment fournie à ceux d'entre vous qui ont été frappés par la sécheresse et la famine. Vous-mêmes et nous tous devons veiller à faire fructifier ce capital de sympathie de telle sorte qu'il favorise le développement de vos peuples sans les inciter à dépendre de la charité d'autrui. C'est pourquoi, il me semble si important, comme je l'ai souligné lors de la dernière Assemblée de la Santé, que nous retrouvions la foi dans le développement humain. A cet égard, les propos d'un ministre de la planification récemment venu à Genève pour une consultation m'ont vivement impressionné et ont renforcé ma foi en la valeur de notre stratégie de santé pour le développement. Il a dit : "Pour nous, la stratégie de la santé pour tous par le biais des soins de santé primaires ne concerne pas seulement la santé; il s'agit d'un modèle nouveau et passionnant pour le développement humain."

7. Votre Organisation sera en mesure de coopérer efficacement avec vous dans les situations de crise aiguës et face à la crise permanente que traverse l'Afrique si elle connaît précisément vos problèmes. Par contre, si vous les cachez ou les minimisez pour une raison quelconque, les conjectures que pourra faire l'OMS ne serviront à rien. Aussi, je vous le demande, lorsque vous exposez vos problèmes de santé à votre Organisation, que vous vous adressiez à votre Coordonnateur des Programmes OMS, à votre Directeur régional, à votre humble serviteur lorsque je vous rends visite ou à tout autre agent de l'OMS, n'hésitez pas, je vous en prie, à manifester le même courage et la même franchise que lorsque vous avez évalué vos stratégies de la santé pour tous.

Annexe 4

C'est seulement ainsi que votre Organisation pourra se poser en matière de santé comme votre partenaire privilégié, ainsi que vous le lui avez demandé il y a quelques années. Et c'est seulement si elle se comporte avec vous en partenaire privilégié que l'Organisation pourra s'assurer que vous recevez l'aide nécessaire, non seulement sur ses propres ressources, somme toute limitées, mais aussi sur celles d'autres organisations des Nations Unies et d'organismes bilatéraux de développement.

8. Votre détermination pourrait inciter vos administrations centrales à axer leurs efforts sur les soins de santé primaires. A cette fin, chacun d'entre vous pourrait intégrer dans son programme d'action celles des composantes des soins de santé primaires qui revêtent pour lui la plus haute priorité. Vous pourriez commencer par vous fixer pour quelques-unes de ces composantes des cibles précises et réalisables, passant ensuite progressivement aux autres composantes jusqu'à ce que toutes soient couvertes. En renforçant votre infrastructure, vous lui permettez d'assurer de plus nombreux programmes et, inversement, l'exécution soutenue de programmes de plus en plus nombreux fortifiera votre infrastructure. C'est exactement ainsi que nous approfondissons notre expérience des travaux de recherche et de développement nécessaires pour mettre en place des systèmes de santé. Vous pourrez mettre cette expérience à profit dans vos pays respectifs et, par là même, apporter votre contribution à la masse commune des connaissances. Nous connaissons suffisamment bien le substrat social des soins de santé primaires et nous avons une bonne expérience des processus gestionnaires indispensables à leur mise en place et à leur exploitation. Ajoutez à cela que nous possédons la technologie appropriée ou pourrions l'acquérir par des travaux intensifs de recherche et de développement et rien ne s'oppose à ce que chaque pays, sans exception, entreprenne un programme d'action en soins de santé primaires assorti de cibles bien définies se rapportant à son infrastructure et à son contenu.

9. Pour quels programmes serait-il possible de définir des cibles dans le cadre des soins de santé primaires ? J'ai déjà mentionné l'approvisionnement en eau, auquel se rattache l'assainissement, et j'ai aussi évoqué la vaccination. Existe-t-il dans ces domaines des technologies appropriées ? Au risque de me répéter, je me permets de vous rappeler que, pour être

Annexe 4

appropriée, une technologie doit avoir une double rationalité : scientifique certes, mais aussi sociale en ce sens qu'elle doit être acceptable pour ceux qui en bénéficient comme pour ceux qui s'en servent. Elle doit de plus être économiquement valable, c'est-à-dire à la mesure des moyens financiers de la collectivité et du pays. Partout où il y en a, l'eau peut être exploitée pour l'usage domestique et la consommation selon des technologies appropriées. L'expérience a montré que même l'approvisionnement rural en eau pouvait intéresser les organismes bancaires dans la mesure où la collectivité elle-même peut rembourser des prêts sur une période raisonnable, en partie, grâce aux gains économiques que lui apporte la présence d'eau. A mon humble avis, le meilleur moyen de donner envie aux populations de participer financièrement au développement sanitaire est de les inciter à atteindre des cibles tangibles qui les concernent directement, de les intéresser à leur propre santé et à celle de leurs enfants de telle sorte qu'elles acceptent de bon gré d'aider même à résoudre certains des problèmes financiers en cause.

10. Nous disposons certainement de la technologie et du savoir-faire gestionnaire nécessaires pour des programmes de vaccination. Il en va de même de la lutte contre les maladies diarrhéiques qu'il est donc possible de se fixer également pour cibles. Le problème de l'amélioration de la santé maternelle et infantile n'est pas le manque de connaissances mais le fait que ces connaissances ne sont pas suffisamment appliquées et c'est donc ce dernier point qu'il faut prendre pour cible. La nutrition n'a rien de particulièrement mystérieux et elle aussi peut constituer une cible. En même temps, de nombreuses activités de recherche et de développement restent à entreprendre dans les domaines social, économique et culturel pour que les populations aient à leur disposition, et consomment effectivement, les aliments dont elles ont besoin. Nous avons également démystifié le problème des médicaments et nous possédons désormais suffisamment de connaissances pour lancer et administrer des programmes de médicaments essentiels et garantir ainsi aux collectivités le traitement des maladies courantes. En d'autres termes, les prestations médicales et l'usage des médicaments qui en découle peuvent aussi constituer des cibles.

Annexe 4

11. Vous pouvez également viser à la décentralisation. Chacune de vos administrations centrales pourrait veiller à ce que, dans chaque district, les autorités responsables suivent de près l'application des stratégies nationales de santé au niveau de la collectivité, déterminent des actions prioritaires pouvant être entreprises par le biais des soins de santé primaires, les prennent pour cibles et s'attachent à les atteindre les unes après les autres, forment les personnels de santé nécessaires à ces actions prioritaires et s'assurent que les services de santé tendent vers les mêmes cibles.

12. Vos gouvernements pourraient aussi s'assurer que chaque district fasse de son mieux pour relancer les éléments défailants des systèmes existants de santé et axer les ressources disponibles sur les cibles choisies en priorité. A cet égard, le moins que vous puissiez faire, mais certainement pas le moins important dans de nombreux pays, serait de restaurer vos établissements de santé. Je pense en particulier aux centres de santé et aux hôpitaux de district que vous devrez rendre fonctionnellement et physiquement capables de soutenir les soins de santé primaires. Pour cela, ils devront au moins inspirer confiance, par leur aspect et l'accueil que l'on y trouve, comme centres de santé; il ne faudrait en tout cas pas que, délabrés et mal gérés, ils donnent l'impression d'être plutôt des centres de maladie. De toute évidence, ce type de réhabilitation se prête particulièrement bien à des actions ciblées.

13. Il va sans dire que la réhabilitation des établissements passe par celle des personnels de santé. Ce sont eux en effet qui donnent vie aux murs et en font quelque chose d'utile et non l'inverse. Il faut donc leur fournir les motivations sociales qui leur donneront envie de s'occuper d'autrui et leur offrir des encouragements - distinctions honorifiques, incitations financières ou encore structures pédagogiques adéquates - pour qu'ils acceptent de travailler dans des centres de santé et des hôpitaux de district souvent implantés bien loin de leur domicile. Tout cela coûte cher, et c'est pourquoi la réhabilitation financière des centres de santé et des hôpitaux de district est aussi importante que leur réhabilitation physique, gestionnaire et humaine. Dans ce contexte, j'aimerais vous rappeler une fois de plus qu'un engagement plus profond des populations en faveur de leur propre développement sanitaire permettrait de mobiliser de nombreuses ressources inexploitées.

Annexe 4Décisions par les pouvoirs publics et les populations

14. Vous noterez que quand je parle de décisions à prendre, je vise non pas l'OMS, mais les administrations au niveau central, ou à celui des districts et des collectivités. En effet, il ne revient pas à l'OMS, ni d'ailleurs à tout autre organisme extérieur, de décider pour le compte des populations ou des gouvernements. C'est à ces derniers qu'incombent les décisions. L'OMS peut certes les aider en leur fournissant les informations et en développant les compétences requises pour la prise de décisions rationnelles et je pense que votre Organisation est maintenant très bien placée pour cela. Elle peut coopérer avec vous pour appliquer ces informations et utiliser ces compétences mais elle ne peut décider à votre place de ce que seront vos priorités : ce serait faire des Nations Unies un instrument de néocolonialisme. Mais, une fois que les Etats Membres de l'OMS ont pris des décisions collectives, comme vous l'avez fait en adoptant l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000 et en fixant des méthodes pour y parvenir, vous avez l'obligation morale sur le plan individuel comme sur le plan collectif de mettre vos ressources au service de cet objectif en priorité. Le moins que vous puissiez attendre de votre Organisation est qu'elle utilise ses ressources pour vous aider dans cette entreprise.

15. Je suis convaincu que c'est justement cela que nous nous efforçons de faire au mieux aux niveaux mondial et régional. Votre Organisation est pleinement consciente de ses responsabilités dans la Région et ne se fait pas d'illusions sur les difficultés qui l'attendent. Sous l'autorité de mon confrère et ami le Dr Monekosso, votre nouveau Directeur régional, nous avons entrepris une réorganisation profonde des structures de l'OMS dans la Région. Le but de cette réorganisation est de mettre les ressources de l'OMS aussi près de vous que possible afin que vous en tiriez le meilleur parti. En effet, je n'ignore malheureusement pas que le soutien direct de votre Organisation dans les pays laisse beaucoup à désirer. C'est donc là-dessus qu'il nous faut maintenant faire porter nos efforts. L'inertie évoquée dans l'évaluation de vos stratégies doit disparaître et céder la place à un esprit de participation dynamique. Mieux que cela, à un esprit nouveau d'optimisme réaliste inspiré par la conviction que nous atteindrons notre cible.

Annexe 4

16. Nous pouvons nous poser en exemple pour tous les autres secteurs et nous pouvons préparer la voie au développement par notre détermination à réussir. Dans ce contexte, n'ayez pas peur de faire appel à des non-Africains s'ils peuvent vous être utiles. Vous avez maintenant acquis suffisamment de maturité pour faire échec à toute forme de néocolonialisme qui n'oserait pas dire son nom. Je dis cela comme si j'étais l'un de vos frères africains car, affectivement, je me sens comme tel. Je ne peux que répéter ce que je vous ai dit l'année passée - sûrement après plus de 20 ans de décolonisation progressive, nous nous sommes suffisamment libérés des traumatismes historiques pour travailler ensemble avec d'autres en tant que partenaires égaux et tirer le meilleur parti de leurs expériences. Et n'oubliez pas, votre Organisation se tient à vos côtés pour veiller à ce que vous ne soyez pas trahis. Nous pouvons réussir si nous axons toutes nos ressources sur les cibles que nous nous serons fixées - vos ressources nationales, les ressources de l'OMS, celles des organisations non gouvernementales, celles des partenaires extérieurs.

Politique régionale en matière de budget programme

17. C'est précisément ce qui inspire la nouvelle politique régionale en matière de budget programme, laquelle vise à affecter les ressources à des cibles relevant de la santé pour tous. J'espère avoir pu faire passer ce message dans les directives que je vous ai fait parvenir par l'intermédiaire de votre Directeur régional. Dans ces directives, j'insistais sur la nécessité de faire des ressources collectives de l'Organisation un catalyseur destiné à mobiliser vos propres ressources ainsi que celles d'organisations non gouvernementales et de tous vos partenaires extérieurs au service de vos stratégies de la santé pour tous. Si la stratégie collective a pu donner naissance à des stratégies nationales, il est certain que les ressources disponibles pour la première devraient engendrer les ressources nécessaires pour les secondes. Si l'objectif des programmes collectifs est de renforcer les programmes nationaux, à l'évidence, les ressources des programmes collectifs doivent également renforcer celles des programmes nationaux. Et s'il existe des principes, adoptés d'un commun accord, pour l'exécution, par le biais des soins de santé primaires, de programmes fondés sur une technologie appropriée, les ressources collectives disponibles pour le développement des infrastructures devraient évidemment être mises au service d'infrastructures nationales fondées sur les soins de santé primaires. Des programmes d'action en soins de santé primaires permettent précisément de focaliser ces ressources là où elles sont le plus nécessaires.

Annexe 4Animateurs du mouvement de la santé pour tous

18. Mesdames et Messieurs les représentants, le lancement des programmes d'action en soins de santé primaires que je viens d'esquisser exige des qualités d'animateur et de la détermination. Je ne sais pas en revanche laquelle de ces qualités est la plus importante. L'aptitude à animer peut susciter une détermination générale mais, inversement, cette dernière peut engender des animateurs. Une chose est sûre cependant : cette aptitude à diriger fait cruellement défaut partout, y compris dans le secteur de la santé. Dans cette aptitude, je range la justesse de jugement, la fermeté de décision et la vigueur de l'action. J'ai mis en premier la justesse de jugement car, autrement, l'impulsion communiquée par l'animateur peut être dangereuse et conduire dans la mauvaise direction. J'ai la conviction que nous avons fourni au monde tous les éléments nécessaires pour prendre des décisions sages en matière de développement sanitaire. De ce point de vue, l'OMS occupe une position unique parmi les organisations internationales. Cela seul devrait suffire à nous inciter à la fermeté dans la décision mais aussi dans la volonté d'appliquer résolument les décisions prises, quels que soient les obstacles rencontrés.

19. Quels sont au juste les éléments que je viens d'évoquer ? L'un d'eux est le concept de la santé pour tous et le défi qu'il représente sur le plan éthique. Un autre consiste dans les politiques et stratégies adoptées pour y parvenir. Viennent ensuite le contrat social passé, en matière de santé, entre les gouvernements, les peuples et l'OMS, puis une orientation claire et nette, à savoir la mise en place d'infrastructures fondées sur les soins de santé primaires pour l'exécution de programmes faisant appel à des technologies appropriées. Enfin, il faut citer le processus gestionnaire, avec ses mécanismes inhérents de planification financière, qui fournit le cadre dans lequel peuvent être fondus ces éléments en un tout cohérent au niveau national, mais susceptible de modalités diverses selon les pays.

20. Tout cela fait de l'OMS le chef de file de l'action de santé au niveau mondial. De même, si vous appliquez tous ces éléments, vous pourrez tous devenir dans votre propre pays des chefs de file incontestés de l'action de santé, capables d'inspirer d'autres par votre exemple. J'espère que vous

Annexe 4

saurez faire pression sur votre Organisation, l'OMS, pour qu'elle vous aide à développer vos qualités d'animateurs en vue d'instaurer la santé pour tous. J'espère aussi que vous saurez exiger qu'une partie des ressources de l'OMS dans votre pays soit utilisée à cette fin. J'espère enfin que vous encouragerez, en votre qualité de membres du Comité régional, les pays de la Région à consacrer une partie de leurs ressources au développement des capacités d'animation en faveur de la santé pour tous et que vous veillerez à ce que des ressources régionales soient également mises au service de cette action. Soyez persuadés que, de mon côté, j'investirai dans cette initiative une part des ressources disponibles au niveau mondial.

21. Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les représentants, soyez dans vos pays les guides qui montrent la voie à suivre pour parvenir à une meilleure santé. Pour cela, il vous suffira de vous fixer pour cible la santé pour tous d'ici l'an 2000.

ANNEXE 5

ORDRE DU JOUR

1. Ouverture de la trente-cinquième session (document AFR/RC35/1)
2. Adoption de l'ordre du jour provisoire (document AFR/RC35/11 Rev.1)
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/RC35/3 et AFR/RC35/3 Add.1)
 - 6.2 Développement et coordination de la recherche biomédicale et sur les systèmes de santé (document AFR/RC35/4)
 - 6.3 Politique régionale en matière de budget programme (document AFR/RC35/20)
 - 6.4 Programme élargi de vaccination : Evaluation à la mi-décennie (document AFR/RC35/21)
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/RC35/5)
 - 7.2 Incidences régionales des ordres du jour de la soixante-dix-septième session du Conseil exécutif et de la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC35/6)
 - 7.3 Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC35/18)
 - 7.4 Discussions techniques à la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé (1986) : "Coopération intersectorielle et participation communautaire dans les stratégies nationales de la Santé pour tous" (document AFR/RC35/19)

Annexe 5

8. Examen du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC35/7)
 - 8.1 Rapport régional d'évaluation de la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous en l'an 2000 (document AFR/RC35/12)
 - 8.2 Rapport sur la participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique (document AFR/RC35/8)
 - 8.3 Evaluation des visites des responsables des Etats Membres dans d'autres pays de la Région (document AFR/RC35/9)
 - 8.4 Rapport du Comité permanent sur la Coopération technique entre Pays en Développement (document AFR/RC35/10)
 - 8.5 Evaluation de l'expérience africaine d'utilisation des nationaux comme Coordonnateurs des Programmes OMS (document AFR/RC35/22)
9. Discussions techniques
 - 9.1 Présentation du rapport des discussions techniques : "Recherche sur les systèmes de santé : instrument de promotion et de développement des soins de santé primaires" (document AFR/RC35/13)
 - 9.2 Désignation du Président et du Président suppléant des discussions techniques pour 1986 (document AFR/RC35/14)
 - 9.3 Choix du sujet des discussions techniques pour 1987 (document AFR/RC35/15)
10. Dates et lieux des trente-sixième et trente-septième sessions du Comité régional pour 1986 et 1987 (document AFR/RC35/16)
11. Adoption du rapport du Comité régional (document AFR/RC35/17)
12. Clôture de la trente-cinquième session.

ANNEXE 6

ORDRE DU JOUR PROVISOIRE DE LA TRENTE-SIXIEME SESSION
DU COMITE REGIONAL

(établi le 11 juillet 1985)

1. Ouverture de la trente-sixième session (document AFR/RC36/1)
2. Adoption de l'ordre du jour provisoire (document AFR/RC36/11)
3. Constitution du Sous-Comité des Désignations (résolution AFR/RC23/R1)
4. Election du Président, des Vice-présidents et des Rapporteurs
5. Désignation du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs (résolution AFR/RC25/R17)
6. Activités de l'OMS dans la Région africaine
 - 6.1 Rapport succinct du Directeur régional (document AFR/RC36/3)
 - 6.2 Projet de Budget Programme 1988-1989 (document AFR/RC36/2)
 - 6.3 Politique régionale en matière de budget programme (document AFR/RC36/4)
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/RC36/5)
 - 7.2 Incidences régionales des ordres du jour de la soixante-dix-neuvième session du Conseil exécutif et de la Quarantième Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC36/6)
 - 7.3 Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC36/7)
 - 7.4 Discussions techniques à la Quarantième Assemblée mondiale de la Santé (1987) - (document AFR/RC36/8)

Annexe 6

8. Examen du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC36/9)
 - 8.1 Huitième Programme général de Travail pour une période déterminée 1980-1995 (document AFR/RC36/10)
 - 8.2 Rapport sur la participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique (document AFR/RC36/12)
 - 8.3 Rapport de visite des responsables des Etats Membres dans d'autres pays de la Région (document AFR/RC36/13)
 - 8.4 Rapport du Comité permanent sur la coopération technique entre pays en développement (document AFR/RC36/14)
9. Discussions techniques
 - 9.1 Présentation du rapport des discussions techniques : "Approche des soins de santé primaires pour la promotion et la protection de la santé des travailleurs de l'agriculture durant la Décennie du Développement industriel en Afrique" (document AFR/RC36/15)
 - 9.2 Désignation du Président et du Président suppléant des discussions techniques pour 1987 (document AFR/RC36/16)
 - 9.3 Choix du sujet des discussions techniques pour 1988 (document AFR/RC36/17)
10. Dates et lieux des trente-septième et trente-huitième sessions du Comité régional pour 1987 et 1988 (document AFR/RC36/18)
11. Adoption du rapport du Comité régional (document AFR/RC36/19)
12. Clôture de la trente-sixième session.

ANNEX/ANNEXE/ANEXO 7

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

Dr Benadoula Ammar
Ministère de la Santé publique
Chef de délégation

Professeur Mammeri Driss
Ministère de la Santé publique

ANGOLA

Dr Luis Gomes Sambo
Vice Ministro da Saúde
Chefe da delegação

Dr Julio Fernando Leite da Costa
Chefe do Departamento de Higiene e Epidemiologia

Sr Pedro Adão Cahalo
Delegado Provincial de Saúde - Cunene

Sra. Ermelinda Rosário do Nascimento Costa Neto
Chefe do Sector de Cooperação - Ministério da Saúde

Sra. Filomena de Fatima Santana de Sousa
Técnica do Departamento dos Organismos Internacionais

BENIN
BENIM

M. André Atchadé
Ministre de la Santé publique
Chef de délégation

Dr Lucien Sogansa
Directeur des Etudes et de la Planification

BOTSWANA
BOTSUANA

Hon. P. K. Balopi
Minister of Health
Head of Delegation

Dr J. S. Moeti
Deputy Permanent Secretary/Director of Health Services

Dr E. T. Maganu
Assistant Director Health Services

BURKINA FASO

Dr Ambroise Tientore
Chef du Service Entomologie (Surveillance épidémiologique et Vaccinations)

BURUNDI

Dr Paul Mpitabakana
Médecin Inspecteur général de la Santé publique chargé de la
Coordination du Bureau de l'Inspection et de la Planification
Ministère de la Santé publique
Chef de délégation

Dr Cassien Ndikumana
Médecin Directeur général de la Santé publique
Ministère de la Santé publique

M. Anaclet Baza
Pharmacien Inspecteur

Annex/Annexe/Anexo 7

CAMEROON
CAMEROUN
CAMARÕES

Madame Isabelle Bassong
Secrétaire d'Etat à la Santé publique
Chef de délégation

Dr P. C. Mafiamba
Conseiller technique
Ministère de la Santé publique

Dr G. Kesseng Maben
Directeur de la Médecine préventive et de l'Hygiène publique
Ministère de la Santé publique

CAPE VERDE
CAP-VERT
CABO VERDE

Dr João de Deus Lisboa Ramos
Secretário Geral
Ministério da Saude e dos Assuntos Sociais

CENTRAL AFRICAN REPUBLIC
REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
REPÚBLICA CENTRAFRICANA

M. G. D. Moussa-Labe
Secrétaire général
Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales
Chef de délégation

Dr Victor Mbarindi
Directeur général de la Santé publique
Ministère de la Santé publique

Annex/Annexe/Anexo 7

CHAD
TCHAD
CHADE

M. Haroun Gody
Secrétaire d'Etat à la Santé publique
Chef de délégation

Dr M. Mahouri Yankalbe Paboung
Directeur général de la Santé publique

COMOROS
COMORES

Dr M. Velo Marcel
Adjoint technique à la Direction générale de la Santé

CONGO

Prof. C. Bouramoué
Ministre de la Santé publique
Chef de délégation

Dr Alphonse Gando
Directeur général de la Santé publique

Dr E. Mbaloula
Attaché au Cabinet du Chef de l'Etat

Mlle C. Samba-Dehlot
Chef de Service des projets SSP

EQUATORIAL GUINEA
GUINEE EQUATORIALE
GUINE EQUATORIAL

M. Benjamin Mba Ecuá Mico
Ministro de Sanidad
Chef de délégation

Annex/Annexe/Anexo 7

ETHIOPIA
ETHIOPIE
ETIÓPIA

Dr T. Tokon
Head, Health Services
Ministry of Health
Head of Delegation

Mr Bona Hora
Head, EPI and General Prophylaxis Division
Ministry of Health

Mr Tena Fikru
Head of Manpower Development Planning
Ministry of Health

GABON
GABÃO

Dr Louis Adandé Menest
Inspecteur général de la Santé publique
Ministère de la Santé publique et de la Population

M. Martial Mboumba
Directeur général de la Santé publique
Ministère de la Santé publique et de la Population

GHANA
GANA

Dr (Mrs) Mary S. Grant
Deputy Secretary
Ministry of Health
Head of delegation

Dr Joseph Dawson Otoo
Director of Medical Services
Ministry of Health

Annex/Annexe/Anexo 7GUINEA
GUINEE
GUINÉ

Professeur Mamadou Kaba Bah
Ministre de la Santé publique et de la Population
Chef de délégation

Dr Mohamed Sylla
Directeur du CHU de Donka
Ministère de la Santé et de la Population

GUINEA-BISSAU
GUINEE-BISSAU
GUINÉ-BISSAU

Sr. Alexandre Nunes Correia
Ministro da Saúde
Chefe da delegação

Dr Celestino Maria Mendes da Costa
Director Regional da Saúde da Fata

Dr Domingos Fernandes Gomes
Director Clínico do Hospital Nacional de Bissau

Dr José Carlos Gonçalves
Director da Maternidade do "Hospital Nacional Simão Mendes

IVORY COAST
COTE D'IVOIRE
COSTA DO MARFIM

Dr A. B. Bella
Directeur des Relations régionales et internationales
Chef de délégation

Professeur K. G. Guessennnd
Directeur de la Santé publique et de la Population

Dr Ibrahim Kone
Directeur de l'Institut d'Hygiène

Annex/Annexe/Anexo 7KENYA
QUENIA

Hon. P. C. J. O. Nyakiamo
Minister for Health
Head of Delegation

His Excellency Mr A. Machayo
High Commissioner of the Republic of Kenya to Zambia
P. O. Box 50298
Lusaka
Zambia

Mr S. Shitemi
Permanent Secretary
Ministry of Health

Dr W. Koinange
Director of Medical Services

Dr J. Otete
Senior Deputy Director of Medical Services

Miss Mary N. Kamau
Nursing Officer in charge Wakuru

Miss Emma Murai
Kenya High Commission
P. O. Box 50298
Lusaka
Zambia

LESOTHO
LESOTO

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

Dr (Mrs) A. P. Maruping
Director of Health Services
Ministry of Health

Mrs A. M. Ntholi
Senior Administrative Secretary
Ministry of Health

Annex/Annexe/Anexo 7

LIBERIA

Hon. Martha K. Belleh
Minister of Health
Head of delegation

Dr Andrew Cole
Country Medical Director

Dr A. Hanson
Director, Liberian Institute for Biomedical Research

MADAGASCAR

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

M. Paul André Tsilanizara
Conseiller technique
Ministère de la Santé

MALAWI
MALAWI

Hon. D. S. Katopola
Minister of Health
Head of delegation

Mr A. N. C. Chadzala
Deputy Secretary
Ministry of Health

Dr G. W. Lungu
Deputy Chief Medical Officer
Ministry of Health

Miss L. Kadzamira
Chief Nursing Officer
Ministry of Health

Annex/Annexe/Anexo 7

MALI

Professeur Mamadou Dembele
Ministre de la Santé et des Affaires sociales
Chef de délégation

Dr Gaoussou Traore
Directeur national de la Santé publique
Ministère de la Santé publique

M. Mamadou Konate
Directeur national des Affaires sociales

Dr Cisse Boubacar
Chef de la Division Biologie clinique INRSP

MAURITANIA
MAURITANIE
MAURITÂNIA

M. Hamdi Diop
Ministre de la Santé et des Affaires sociales
Chef de délégation

Dr Mohamed Saleh
Directeur adjoint de la Santé
Ministère de la Santé et des Affaires sociales

MAURITIUS
MAURICE
ILHA MAURÍCIA

Mr D. Ramyeed
Permanent Secretary
Ministry of Health
Head of delegation

Annex/Annexe/Anexo 7MOZAMBIQUE
MOÇAMBIQUE

Dr Pascoal Mucumbi
Ministro da Saúde
Chefe de delegação

Sr Ernesto Vasquez de Lisboa
Chief of the Department of Administration
and Management of Personnel

Sr Alberto Siteo
Director Provincial de Saúde - Tete

Sr Jorge Fernando Manuel Tomo
Coordinator of the Department of International Cooperation

NIGER

Dr Magagi Daga
Secrétaire général du Ministère de la Santé et des Affaires sociales

NIGERIA

Dr E. A. Smith
Director of Public Health Services
Head of Delegation

Dr A. D. Kolawole
Chief Coordinator - Primary Health Care

Mr B. I. Olinmah
Principal Secretary (State and External Relations)
Federal Ministry of Health

Annex/Annexe/Anexo 7RWANDA
RUANDA

Dr François Muganza
Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales
Chef de délégation

Dr Jean Baptiste Kanyamupira
Directeur général de la Santé publique

Dr Martin Ngabonziza
Directeur de la Région sanitaire de Kibuye

SAO TOME AND PRINCIPE
SAO TOME ET PRINCIPE
SÃO TOME E PRÍNCIPE

Dr Frederico J. H. Sequeira
Ministro da Saúde e Desporto
Chefe da delegação

Dr A. Soares Marques de Lima
Director de Assistência Médica

SENEGAL

M. Mamadou Guèye Lo
Conseiller technique
Ministère de la Santé publique

Professeur Doudou Ba
Directeur de la Recherche, de la Planification et de la Formation

M. C. Fall
Député-Maire, Assemblée nationale

Annex/Annexe/Anexo 7SEYCHELLES
ILHAS SEYCHELLES

Dr Conrad Shamlaye
Epidemiologist
Ministry of Health
Head of delegation

Mrs Patricia D. Revera
Senior Assistant Secretary
Ministry of Health

SIERRA LEONE
SERRA LEOA

Hon. A. B. Kamara
Minister of Health
Head of Delegation

Mr D. Q. B. Kamara
Permanent Secretary
Ministry of Health

Dr (Mrs) Moira M. Brown
Deputy Chief Medical Officer

SWAZILAND
SOUAZILAND
SUAZILÂNDIA

Mr H. B. Malaza
Acting Principal Secretary
Ministry of Health
Head of Delegation

Dr (Mrs) R. T. Tshabalala
Deputy Director of Health Services
Ministry of Health

Annex/Annexe/Anexo 7

TOGO

Professeur Aïssah Agbetra
Ministre de la Santé publique,
des Affaires sociales et de la Condition féminine
Chef de délégation

Dr Bakéllé T. Barandao
Directeur général adjoint de la Santé publique

Dr Essosolem Batchassi
Médecin-Chef de la Subdivision sanitaire de Kozah

UGANDA
OUGANDA

Dr S. Etyono
Director of Medical Services
Head of delegation

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

Dr J. H. Kyabaggu
Assistant Director of Medical Services
Ministry of Health

Mr M. A. Nyeko
Economist/Health
Ministry of Planning and Economic Development
P. O. Box 7086
Kampala

UNITED REPUBLIC OF TANZANIA
REPUBLIQUE UNIE DE TANZANIE
TANZANIA

Hon. M. M. Abdullah
Minister of Health
Head of delegation

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

Mr S. S. Said
Ministry of Health Coordinator - Pemba

Annex/Annexe/Anexo 7

ZAIRE

S. E. M. Atenda Mongebe Omwango
Ambassadeur de la République du Zaire à Lusaka
Chef de délégation

Dr Kapata Luvivila
Directeur des Soins de Santé primaires

M. Mwamba Mulunda Munonga
Conseiller principal au Département de la Santé publique

M. Masheda Belesi
Conseiller à l'Ambassade du Zaire à Lusaka

ZAMBIA
ZAMBIE

Hon. C. M. Mwananshiku, MP
Minister of Health
Head of delegation

Hon. P. Chanshi, MP
Minister of State
Deputy Head of delegation

Mr E. H. Himunyangwa
Permanent Secretary

Dr E. K. Njelesani
Director of Medical Services

Dr S. L. Nyaywa
Assistant Director of Medical Services (PHC)

Dr G. K. Bolla
Assistant Director of Medical Services (A)

Dr H. B. Himonga
Senior Epidemiologist

Dr P. M. A. Chikusu
Director of Pharmaceutical Services

Mrs H. K. Matanda
Chief Nursing Officer

Annex/Annexe/Anexo 7

Dr K. Mukelabai
Dean, School of Medicine
University of Zambia

Dr M. Mukunyandela
Director, Tropical Diseases Research Centre

Dr R. S. Patel
Primary Health Care Specialist

Dr D. I. Inambao
Malariologist/Epidemiologist

Mr M. Musambo
Health Planner

Dr G. M. Kabwe
Provincial Medical Officer

Dr J. Mbomena
Provincial Medical Officer

Miss J. E. Daka
Registrar, General Nursing Council of Zambia

Dr S. S. Mundia
Chairman, Medical Council of Zambia

Mr P. C. Mphande
Principal, Chainama College of Health Sciences

Dr L. Chiwele
Executive Director
University Teaching Hospital

Dr V. R. Chelemu
Director, Flying Doctor Service

Dr G. M. Mhango
Acting Director, Pneumoconiosis Medical and Research Bureau

Brig. Gen. J. Manuele
Director General of Medical Services
Defence Force

Dr J. Cairns
Chairman, Churches Medical Association of Zambia

Dr D. J. Buchanan
Medical Services Adviser, ZCCM

Annex/Annexe/Anexo 7

ZIMBABWE
ZIMBABUE

Dr S. T. Sekeramayi
Minister of Health
Head of Delegation

Dr D. G. Makuto
Deputy Secretary for Health

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

NAMIBIA
NAMIBIE

Dr (Mrs) N. Mthoko
SWAPO
P. O. Box 30577
Lusaka
Zambia

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

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

Dr Peter L. Mfelang
Secretary for Health
P. O. Box 31791
Lusaka
Zambia

Annex/Annexe/Anexo 7

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

Mrs Patricia Moeti
Coordinator of Education and Health
PAC External Headquarters
P. O. Box 2412
Dar es Salaam
United Republic of Tanzania

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

International Labour Organization
Organisation internationale du Travail
Organização Internacional do Trabalho

Dr A. Bakri
Deputy Director
ILO
P. O. Box 32181
Lusaka
Zambia

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
FAO Regional Food Policy and Nutrition Officer
P. O. Box 1628
Accra
Ghana

Annex/Annexe/Anexo 7

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

Mr D. Dragic
UNDP Resident Representative
P. O. Box 31966
Lusaka
Zambia

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

Mr H. N. Siulanda
Programme Officer (PHC)
UNICEF
P.O. Box 33610
Lusaka
Zambia

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

Mr A. B. M. Saied
UNHCR Representative
P. O. Box 32542
Lusaka
Zambia

Miss A. Wurie
Social Services Officer
UNHCR
P. O. Box 32542
Lusaka
Zambia

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

Mr G. Bekele
Senior Industrial Development Field Adviser
c/o UNDP
P. O. Box 31966
Lusaka
Zambia

Annex/Annexe/Anexo 7

UN Economic Commission for Africa
Commission économique pour l'Afrique
Comissão Económica para a Africa

Mr J. Babileh
Director
ECA
P. O. Box 30647
Lusaka
Zambia

Mr K. N. Kinsondiza
ECA
P. O. Box 30647
Lusaka
Zambia

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

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

Dr Amin H. Salama
Director, OAU Health Bureau
P. O. Box 3243
Addis Ababa
Ethiopia

Organization for Coordination in the Control of
Endemic Disease 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 D. Kouka-Bemba
Secrétaire général
OCEAC
B. P. 288
Yaoundé
Cameroun

Annex/Annexe/Anexo 7

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)

Professeur K. K. E. Nathaniels
Secrétaire général
CAMES
B.P. 134
Ouagadougou
Burkina Faso

Commonwealth Regional Health Secretariat
Secrétariat sanitaire régional du Commonwealth
Secretariado Regional do Commonwealth para a Saúde

Mrs Rosalie M. Kakande
P. O. Box 1009
Arusha
Tanzania

6. REPRESENTATIVES OF NONGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS
REPRESENTANTS DES ORGANISATIONS NON-GOUVERNEMENTALES
REPRESENTANTES DE ORGANIZAÇÕES NÃO-GOVERNAMENTAIS

International Planned Parenthood Federation (IPPF)
Fédération internationale pour la Planification familiale
Federação Internacional para o Planeamento Familiar (FIPF)

Dr Nimrod A. Mandara
Programme Officer (Medical)
IPPF Field Office
P. O. Box 30234
Nairobi
Kenya

International Committee of Catholic Nurses and Medico-social Assistants
Comité international catholique des Infirmières et Assistantes médico-sociales
Comité Internacional das Enfermeiras e Assistentes Médico-Sociais Católicas

Mrs M. L. Siwale
P. O. Box 31820
Lusaka
Zambía

Annex/Annexe/Anexo 7

World Federation for Mental Health
Fédération mondiale pour la Santé mentale
Federação Mundial de Saúde Mental

Mr I. K. Mwendapole
P. O. Box 50209
Lusaka
Zambia

World Psychiatric Association (WPA)
Association mondiale de Psychiatrie
Associação Mundial de Psiquiatria

Dr (Mrs) B. C. A. Johnson
Medical Director, Chief Consultant i/c
Psychiatric Hospital, Yaba
P. O. Box 726
Lagos
Nigeria

7. OBSERVERS
OBSERVATEURS
OBSERVADORES

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

Mr C. M. Pintaud
Deputy Member of the Board of Management of Sandoz Limited
Leimenstrasse 6
4051 Basle
Switzerland

Pan-African Institute for Development
Institut panafricain de Développement
Instituto Pan-Africano para o Desenvolvimento

Mr A. L. Hagan
Pan-African Institute for Development
P. O. Box 80448
Kabwe
Zambia

Annex/Annexe/Anexo 7

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

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

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

Mrs M. I. Kyenkya
IBFAN Regional Representative
P. O. Box 34308
Nairobi
Kenya

Mrs Juliet Manda
Breastfeeding Association of Zambia
c/o Pamodzi Hotel Clinic
P. O. Box 35450
Lusaka
Zambia

Mrs A. P. Phiri
P. O. Box 35450
Lusaka
Zambia

Pan-African News Agency
Agence panafricaine de l'Information
Agência Pan-Africana de Informação

Mr D. K. Afreh
Consultant/Regional Representative
Pan-African News Agency
B.P. 4056
Dakar
Sénégal

International Office of Epizootics
Bureau international d'Epizooties
Agência Internacional de Epizootias

Dr G. C. N. Zyambo
Director of Veterinary Services
P. O. Box 50060
Lusaka
Zambia

Annex/Annexe/Anexo 7

West African Health Community (WAHC)
Communauté sanitaire d'Afrique occidentale
Comunidade Sanitária da África Ocidental

Dr H. K. Menokpor
Deputy Executive Director
West African Health Community
P.M.B. 2023
Yaba
Lagos
Nigeria

ANNEXE 8

LISTE DES DOCUMENTS

- AFR/RC35/1 - Ouverture de la trente-cinquième session du Comité régional
- AFR/RC35/3 et - Rapport biennal du Directeur régional
- AFR/RC35/3 Add.1 - Nouvelles structures du Bureau régional : Organigrammes
- AFR/RC35/4 - Développement et coordination de la recherche biomédicale et sur les systèmes de santé
- AFR/RC35/5 - Rapport du Directeur régional sur les modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif
- AFR/RC35/6 - Incidences régionales des ordres du jour de la soixante-dix-septième session du Conseil exécutif et de la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé
- AFR/RC35/7 - Examen du rapport du Sous-Comité du Programme
- AFR/RC35/8 - Rapport sur la participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique
- AFR/RC35/9 - Evaluation des visites des responsables des Etats Membres dans d'autres pays de la Région
- AFR/RC35/10 - Rapport du Comité permanent sur la Coopération technique entre Pays en Développement
- AFR/RC35/11 Rév.1 - Ordre du jour
- AFR/RC35/12 - Rapport régional d'évaluation de la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous en l'an 2000
- AFR/RC35/13 - Rapport des discussions techniques : "Recherche sur les systèmes de santé : instrument de promotion et de développement des soins de santé primaires"
- AFR/RC35/14 - Désignation du Président et du Président suppléant des discussions techniques pour 1986
- AFR/RC35/15 - Choix du sujet des discussions techniques pour 1987
- AFR/RC35/15 Add.1 - Choix du sujet des discussions techniques pour 1987 : "Suggestions pour accélérer la mise en oeuvre des SSP afin d'atteindre l'objectif social de la santé pour tous dans la Région africaine de l'OMS"
- AFR/RC35/16 Rév.1 et Corrigendum - Dates et lieux des trente-sixième et trente-septième sessions du Comité régional pour 1986 et 1987
- AFR/RC35/17 - Rapport du Comité régional

Annexe 8

- AFR/RC35/18 Rév.1 - Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé
- AFR/RC35/19 - Discussions techniques à la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé (1986) : "Coopération intersectorielle et participation communautaire dans les stratégies nationales de la Santé pour tous"
- AFR/RC35/20 - Politique régionale en matière de budget programme
- AFR/RC35/21 - Programme élargi de vaccination : Evaluation à la mi-décennie
- AFR/RC35/22 et Corrigendum - Evaluation de l'expérience africaine d'utilisation des nationaux comme Coordonnateurs des Programmes OMS
- AFR/RC35/23 - Programme provisoire de travail du Sous-Comité du Programme
- AFR/RC35/24 - Distribution par pays des fonctions exercées au cours des Comités régionaux précédents
- AFR/RC35/25 - Liste des participants
- AFR/RC35/TD/1 - Discussions techniques : "Recherche sur les systèmes de santé : instrument de promotion et de développement des soins de santé primaires"
- AFR/RC35/TD/2 - Présentation du document des discussions techniques
- AFR/RC35/Conf.Doc/1 - Allocution de M. D. S. Katopola, Ministre de la Santé de la République du Malawi à la cérémonie d'ouverture
- AFR/RC35/Conf.Doc/2 - Allocution d'ouverture du Dr G. L. Monekosso, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique
- AFR/RC35/Conf.Doc/3 - Allocution d'ouverture prononcée par Son Excellence le Président de la République de la Zambie, le Dr K. D. Kaunda
- AFR/RC35/Conf.Doc/4 - Allocution prononcée par le Dr H. Mahler, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé
- AFR/RC35/WP/01 - Sous-Comité des Désignations
- AFR/RC35/SSC/1 - Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
- AFR/RC35/SSC/2 & 3 - Rapports du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs.

(AFR/RC35/7)

ANNEXE 9

RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME

INTRODUCTION

1. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni à Lusaka les 9 et 10 septembre 1985 sous la présidence du Dr T. Tokon (Ethiopie) élu lors de la réunion du Sous-Comité du Programme du 19 septembre 1984 à Brazzaville. La liste des participants figure en Appendice 1.

2. Dans son allocution d'ouverture, le Président, après avoir souhaité la bienvenue aux participants, a félicité le Docteur G. L. Monekosso pour sa nomination en qualité de Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique. Il l'a assuré de la détermination des Etats Membres à collaborer étroitement avec lui afin de mettre en oeuvre d'une manière conséquente les stratégies nationales et régionale de la SPT/2000. Il a remercié le Gouvernement de la Zambie pour l'accueil chaleureux dont les délégués et le Secrétariat ont bénéficié. Il a ensuite mis l'accent sur l'importance du travail du Sous-Comité du fait des documents soumis à son examen.

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

RAPPORT REGIONAL D'EVALUATION DE LA MISE EN OEUVRE DES STRATEGIES
DE LA SANTE POUR TOUS D'ICI L'AN 2000Présentation

4. Le Docteur J. C. Alary présente le document AFR/RC35/12 : "Evaluation de la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000".

5. En 1982, la Trente-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé a approuvé le plan d'action pour la mise en oeuvre de la stratégie de la SPT/2000. La même année, ce plan a été adopté par la trente-deuxième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.¹

¹ Résolution AFR/RC32/R7.

Annexe 9

6. Conformément à ce plan d'action, le premier rapport de situation sur la surveillance de la mise en oeuvre de la stratégie régionale SPT/2000 a été examiné lors de la trente-troisième session du Comité régional en septembre 1983.

7. L'expérience de cette première phase a servi à l'élaboration d'un canevas et format communs pour la préparation du rapport d'évaluation. Ce canevas a été étudié en détail en février 1984, lors de la huitième Réunion régionale pour le Programme (RPM.8) par les Coordonnateurs/Représentants de l'OMS afin de les préparer à apporter le soutien requis aux autorités nationales lors de l'évaluation de leurs stratégies nationales.

8. Dans le cadre de cette préparation, six ateliers sous-régionaux ont été organisés en juin et octobre 1984 pour de hauts fonctionnaires nationaux, les Coordonnateurs de l'OMS, les fonctionnaires régionaux, et certains membres du personnel de l'OMS dans les pays. A cet effet, les neuf pays soigneusement sélectionnés ont présenté leurs expériences de l'utilisation de ce guide lors de la trente-quatrième session du Comité régional en septembre 1984.

9. A la date limite du 31 mars 1985, 39 des 43 Etats membres avaient soumis leur contribution au Bureau régional, progrès notable par rapport aux 32 contributions reçues à une date analogue pour la préparation du précédent rapport.

10. Le rapport d'évaluation suit la structure adoptée pour l'ensemble des Régions afin de faciliter la synthèse mondiale qui sera effectuée par le Siège.

Situation politique, sociale et économique affectant la santé des populations dans la Région africaine

11. Le développement sanitaire en Afrique est freiné par le climat général d'insécurité à l'échelle mondiale auquel s'ajoutent les problèmes politiques, économiques et sociaux propres à la Région : instabilité politique, catastrophe naturelle, apartheid, menaces nucléaires, etc.

Annexe 9Tendances démographiques

12. La Région africaine est caractérisée par : i) un nombre élevé de pays à faible population (huit pays seulement comptent plus de 10 millions d'habitants, tandis que 18 en ont moins de 2 millions); ii) un taux annuel de croissance démographique d'environ 3 %; iii) une pyramide des âges avec 45 % de la population ayant moins de 15 ans, et iv) un taux d'urbanisation de 26 % en moyenne.

Tendances économiques et sociales

13. La société africaine est rurale à 75 % avec une économie de subsistance nationale. La production alimentaire tend à devenir insuffisante et la solidarité internationale ne peut résoudre le problème à long terme.

14. Les tendances sociales montrent que les taux d'alphabétisation des adultes varient d'un pays à l'autre, allant de 10 à 80 % et que la situation alimentaire et nutritionnelle de la Région reste très préoccupante, malgré le renforcement des activités conjointes des institutions du système des Nations Unies.

15. La coopération intersectorielle se heurte dans la Région à de nombreux obstacles, parmi lesquels la pénurie de personnel qualifié et la lourdeur de la bureaucratie.

Développement des systèmes de santé

16. Les développements majeurs relatifs aux politiques et stratégies sanitaires montrent un engagement de tous les pays de la Région pour l'objectif santé pour tous. Cependant, il est difficile d'analyser la façon dont cet engagement s'est traduit dans les faits. Des changements en faveur des groupes les plus démunis sont notés mais, dans l'ensemble, ces efforts demeurent limités et tributaires de contraintes matérielles, financières et humaines.

Annexe 9

17. L'organisation des systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires fait ressortir que le concept des SSP a été universellement adopté. Les estimations de la couverture sanitaire pour les différents éléments des SSP sont difficiles à obtenir dans un grand nombre de pays, du fait de l'absence de données exploitables.

18. Tous les pays sont conscients de la nécessité de mettre en place un processus gestionnaire systématique et permanent pour le développement sanitaire, mais peu d'entre eux sont satisfaits du fonctionnement de leur processus gestionnaire.

19. Tous les pays reconnaissent la nécessité de développer le support législatif, notamment dans les domaines suivants : i) formation des agents de santé communautaire; ii) législation pharmaceutique; iii) réglementation de la médecine traditionnelle. Cinq pays seulement ont cependant entrepris de réviser leur législation sanitaire.

20. Participation de la communauté : tous les pays reconnaissent la nécessité d'associer les collectivités à la prise de décisions. Il existe encore peu d'exemples de véritable délégation de responsabilités et de décentralisation des ressources mais tous les pays ont pris (ou vont prendre) des mesures pour une action communautaire en faveur de la santé.

21. Personnel de santé : ce chapitre met l'accent sur le rôle essentiel de la formation de l'ensemble des personnels de santé en SSP pour la mise en oeuvre des stratégies nationales de la SPT/2000. Tous les pays ont établi un plan pour le développement des personnels de santé (ou ont l'intention de le faire) mais ces plans se limitent souvent à une projection dans le temps des effectifs à former.

22. La mobilisation des ressources demeure une des préoccupations essentielles des pays de la Région car les ressources actuelles pour les systèmes de santé sont limitées. Les valeurs nationales pour les indicateurs mondiaux Nos 3, 4 et 6 sont difficiles à fournir par les pays.

Annexe 9

23. Le développement des prestations sanitaires ne donne pas une indication quantitative de l'efficacité de la mise en oeuvre des stratégies, bien que les pays fassent état, à des degrés divers, des résultats obtenus.

24. Recherche sur la santé : les Etats Membres devront faire un très gros effort pour mettre en place les mécanismes nationaux de recherche et de développement prévus dans leur stratégie, en dépit de difficultés financières, de pénurie de personnel qualifié et de manque de motivation et d'indication pour ce type d'activités.

25. Coordination à l'intérieur du secteur santé et avec les autres secteurs : des comités de coordination intra- et intersectoriels ont été mis en place dans certains pays, mais leurs suggestions n'ont pas été suivies d'application.

26. La coopération interpays apparaît pour tous les pays comme un des mécanismes les plus importants pour atteindre l'autosuffisance régionale mais les difficultés économiques ainsi que l'insécurité gênent la CTPD.

27. La coopération de l'OMS a été appréciée lors de la mise en oeuvre de l'évaluation des stratégies nationales. Tous les pays reconnaissent avoir demandé et obtenu le soutien de l'OMS pour la préparation, la mise en oeuvre et l'évaluation de leur stratégie nationale.

Situation sanitaire : structure et tendances

28. La morbidité est dominée par les maladies infectieuses et parasitaires, parmi lesquelles le paludisme, la rougeole et les infections intestinales.

29. Plus de 60 % des décès affectent les jeunes de moins de 15 ans contre 3 % dans les pays industrialisés; le taux de mortalité infantile est supérieur à 200 pour mille. De même, pour l'espérance de vie à la naissance, 37 des 39 pays avancent des chiffres inférieurs à 60 ans.

30. A l'heure actuelle, les Etats Membres ne s'estiment pas capables de mesurer objectivement les changements intervenus en termes de morbidité et de mortalité.

Annexe 9

31. L'étude des comportements relatifs à la santé met en lumière une diminution de l'allaitement au sein et une augmentation de l'abus d'alcool et des drogues.

32. Le problème de l'environnement est dominé par l'industrialisation rapide de certains pays de la Région mais surtout par les catastrophes naturelles dont la sécheresse, la désertification, etc.

33. Toutes les tendances dégagées précédemment ont des implications sur les politiques économiques et sociales. Il en ressort quatre axes principaux d'orientation des stratégies : i) population et développement; ii) urbanisation et immigration; iii) femme et développement; iv) morbidité et mortalité.

Evaluation des résultats

34. L'efficacité et l'impact sont difficiles à évaluer du fait de l'insuffisance d'information concernant les indicateurs de l'état sanitaire des populations et de la situation socio-économique. Les principaux succès signalés ont trait à la lutte contre les maladies transmissibles.

35. Appréciation des résultats obtenus : les pays, dans l'ensemble, s'estiment "raisonnablement satisfaits en ce qui concerne les principaux éléments de leur stratégie".

Perspectives d'avenir

36. Les lignes directrices qui se dégagent de l'évaluation permettent d'orienter les actions au niveau des pays : i) ajustement de la stratégie et formulation ou reformulation d'un plan d'action national; ii) développement du support informationnel; iii) planification du développement d'ensemble du personnel de santé; iv) amélioration des mécanismes de participation communautaire; v) mise en oeuvre efficace des mécanismes de coordination intra- et intersectorielle, et vi) mobilisation et utilisation rationnelle des ressources.

Annexe 9

37. Le point essentiel demeure la mobilisation et l'utilisation rationnelle des ressources. Il est nécessaire que les pays : i) déterminent rapidement l'ordre de grandeur du total estimatif des crédits requis pour la mise en oeuvre de leur stratégie nationale; ii) identifient les activités pouvant être subventionnées de l'extérieur; iii) établissent un plan directeur pour l'utilisation de toutes les ressources financières et matérielles, y compris l'utilisation des subventions et prêts extérieurs.

Discussion

38. Les membres du Sous-Comité ont marqué leur accord avec le document dans son ensemble.

39. Le Sous-Comité constate qu'il est difficile pour les pays de calculer les dépenses nationales de santé consacrées aux soins de santé primaires dans le sens de l'indicateur mondial No 4 qui devrait être affiné.

40. Le Sous-Comité a noté les insuffisances de planification des personnels de santé qui ne doit pas se limiter à une projection dans le temps des effectifs à former. Les pays devront tenir compte des besoins spécifiques de la population de sorte que les personnels puissent faire partie intégrante de l'infrastructure sanitaire. Le concours des autres ministères concernés, tels ceux du travail et de l'éducation, est nécessaire pour satisfaire les besoins spécifiques du système de santé afin que celui-ci dispose en temps et lieu opportun, d'effectifs suffisants de chaque catégorie de personnel de santé qu'exigent les SSP.

41. Les membres du Sous-Comité sont convenus de l'importance de la coopération technique entre pays africains. Ils regrettent que les recommandations ne restent que des déclarations d'intention, sans matérialisation de la mise en commun des moyens de développement.

42. En ce qui concerne le chapitre mortalité et natalité, les membres du Sous-Comité regrettent que les diarrhées soient incluses dans les infections intestinales du fait de leur importance dans la pathologie de la Région.

Annexe 9

43. Le Sous-Comité fait siennes les cinq propositions du CCADS :

Traduction des stratégies nationales en plans d'action concrets

43.1 Les Etats Membres devront recevoir l'appui de l'OMS, l'accent étant mis sur les aspects législatif, administratif et gestionnaire.

Amélioration de la coordination intersectorielle

43.2 Les pays devront trouver les moyens adéquats de communication, au niveau central, entre le secteur santé et autres secteurs intéressés afin de répondre aux structures opérationnelles et fonctionnelles existant au niveau périphérique. Les mesures suivantes pourraient s'avérer particulièrement efficaces : i) formation d'équipes multidisciplinaires chargées du développement; ii) décentralisation de la planification et de l'exécution du programme de santé et des programmes touchant à la santé; iii) coordination des actions entreprises par les organismes internationaux à l'appui des pays.

Détermination des besoins pour la mise en oeuvre des stratégies

43.3 La récession économique aggrave la pénurie des ressources dans le secteur de la santé. Les gouvernements devraient donc encourager la participation de tous les secteurs aux activités SSP et veiller à leur coordination. Ils devront déterminer, avec l'appui de l'OMS, les besoins en vue de la mise en oeuvre de leurs stratégies afin de mobiliser les ressources extérieures, financières et matérielles.

Renforcement des processus gestionnaires pour le développement sanitaire national

43.4 La formation au processus gestionnaire dans les pays devra être organisée sur une base permanente pour empêcher l'exode des cerveaux. Pour renforcer ce processus, il conviendra d'encourager le recours : i) aux experts nationaux, et ii) aux fonctionnaires de l'OMS, et d'améliorer la circulation de l'information aux différents niveaux du système de santé.

Annexe 9Affinement des 12 indicateurs mondiaux

43.5 Les Etats Membres devront reconsidérer et/ou affiner les indicateurs afin de répondre aux besoins des pays. De même, il devront identifier des indicateurs plus appropriés à leurs conditions de pays en développement pour surveiller et évaluer la mise en oeuvre de leurs stratégies nationales.

44. Le Sous-Comité du Programme propose au Comité régional l'adoption d'un projet de résolution.

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

45. Le rapport sur la participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique (document AFR/RC35/8) est présenté par le Dr S. Diop. La participation des membres du Sous-Comité du Programme à ces réunions a fait l'objet de la Décision de procédure 8 de la trentième session du Comité régional de l'Afrique en septembre 1980.

46. Au cours de sa réunion du 19 septembre 1984, tenue à Brazzaville (République populaire du Congo), le Sous-Comité du Programme a décidé de se faire représenter à trois réunions d'intérêt programmatique : i) septième session du Comité consultatif africain de la Recherche médicale (CCARM); ii) huitième réunion du Comité permanent de la Coopération technique entre Pays en Développement (CTPD), et iii) cinquième réunion du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS).

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

47. Le Sous-Comité du Programme a examiné les conclusions et propositions relatives à la septième session qui s'est tenue à Antananarivo (République démocratique de Madagascar) du 15 au 19 avril 1985.

Annexe 9

48. Les membres du Sous-Comité ont noté avec satisfaction :

- i) la pertinence du programme régional de recherche;
- ii) l'appui du programme aux secteurs prioritaires;
- iii) l'appui du programme au développement de l'autoresponsabilité en matière de recherche.

49. Les membres du Sous-Comité ont aussi noté que l'absence d'une politique nationale de recherche constitue l'obstacle majeur au développement de ce programme dans la Région et ont estimé qu'il était nécessaire de renforcer la capacité de recherche des nationaux par le biais de la formation.

Huitième réunion du Comité permanent de Coopération technique entre Pays en Développement (CTPD)

50. Les membres du Sous-Comité du Programme ont fait leurs recommandations de la huitième réunion du Comité permanent de la Coopération technique entre Pays en Développement qui figurent dans le document AFR/RC35/R10.

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

51. Les membres du Sous-Comité du Programme ont participé activement aux débats de la cinquième réunion du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire et approuvé les conclusions et propositions relatives aux thèmes suivants :

- i) rapport régional d'évaluation de la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous;
- ii) programme élargi de vaccination dans la Région africaine;
- iii) nouvelle structure du Bureau régional et principes directeurs des centres de développement sanitaire.

52. Le Sous-Comité propose au Comité régional à l'adoption d'un projet de résolution.

Annexe 9

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

53. Le Dr S. Diop présente le document AFR/RC35/9.
54. En 1980, le Comité régional, lors de sa trentième session, a adopté par la Décision de procédure 9 le principe de visites de deux responsables de chaque pays d'une Sous-Région CTPD dans deux pays situés dans les autres Sous-Régions. Il a également adopté un plan quinquennal de visites (1980-1985).
55. En 1983, le Comité a demandé au Directeur régional d'évaluer les résultats de la mise en oeuvre du plan 1980-1985 et notamment son impact dans le cadre de la CTPD.
56. Le plan de visites 1980-1985 a été suivi avec la souplesse recommandée par le Comité régional. Au 17 août 1985, 42 visites sur les 45 prévues ont été effectuées, indiquant l'exécution du plan à 93 %.
57. L'évaluation a porté sur : i) l'adéquation du programme des visites; ii) l'efficience; iii) l'efficacité; iv) l'impact.
58. L'étude de l'adéquation montre que les difficultés de communication n'ont pas permis l'organisation rationnelle des visites. De plus, les rapports n'ont pas été présentés d'une façon homogène et la plupart d'entre eux n'ont pas été soumis dans les délais requis. Les représentants des Etats Membres n'étaient pas toujours choisis parmi les responsables au niveau de la prise de décision.

Annexe 9

59. L'efficience montre clairement que le coût de la mise en oeuvre du programme de visites s'est élevé à environ US \$3700 par visiteur.

60. Efficacité : 85 % des visiteurs ont estimé que les visites ont été profitables aux pays hôtes, ayant ainsi permis des échanges fructueux d'expériences.

61. Impact : il s'est traduit par une modification de la conception de la mise en oeuvre des SSP dans les pays d'origine des visiteurs.

Discussion

62. Le Sous-Comité remarque que les conclusions de l'évaluation du programme ne sont pas tout à fait claires, notamment en matière d'efficacité. Ce programme de visites ne semble pas avoir eu l'efficacité attendue; des effets des visites au niveau des pays n'ont pu être mis en évidence, bien que les participants aient indiqué leur intérêt et en aient certainement tiré bénéfice.

63. Les membres du Sous-Comité ont constaté le coût relativement important de chaque visite, compte tenu de la limitation des ressources du budget ordinaire. Ils considèrent qu'il s'agit de rendre plus efficient ce programme qu'ils considèrent par ailleurs comme valable.

64. Pour ce faire, le Sous-Comité propose que ces visites :

- i) ne soient pas systématiques;
- ii) aient lieu à la demande expresse d'un pays pour des raisons spécifiques;
- iii) aient un objectif bien précis assorti des résultats escomptés;
- iv) soient suivies d'un rapport obligatoire qui constituera une contribution au développement sous-régional.

Annexe 9

65. Le Sous-Comité suggère au Comité régional que chaque visite fasse l'objet d'un protocole complet indiquant :

- i) la pertinence de la visite par rapport à l'objectif général du programme tel que défini dans la résolution AFR/RC29/R5;
- ii) le problème que la visite dans le pays concerné est susceptible de résoudre;
- iii) la formulation de l'objectif précis de la visite en termes de résultats escomptés;
- iv) le programme de visite dans le pays hôte;
- v) la durée en fonction de l'objectif et du programme accompagnée de l'estimation du coût et la date de cette visite;
- vi) le plan du rapport de visite qui sera obligatoirement soumis au plus tard 15 jours après la visite.

66. Chaque visite devra faire l'objet d'un second rapport au moins six mois plus tard, indiquant l'impact dans le pays d'origine de la personne ayant effectué la visite.

67. Le Sous-Comité propose au Comité régional l'adoption d'un projet de résolution.

Annexe 9

COOPERATION TECHNIQUE ENTRE PAYS EN DEVELOPPEMENT (CTPD)

68. Le rapport du Comité permanent de la Coopération technique entre Pays en Développement (document AFR/RC35/10) est présenté par le Dr S. Diop.

69. La huitième réunion du Comité permanent de la Coopération technique entre Pays en Développement (CTPD) a eu lieu à Brazzaville du 17 au 21 juin 1985. Conformément à la Décision de procédure 7 de la trente-troisième session du Comité, confirmée par la Décision de procédure 9 de la trente-quatrième session, huit thèmes ont été examinés par les trois Groupes de Travail sous-régionaux CTPD.

Formation des travailleurs des soins de santé primaires
y compris les accoucheuses traditionnelles

70. Le Comité permanent de la CTPD a centré sa réflexion sur : i) la formation des formateurs; ii) la formation des coordonnateurs et chefs de projets de santé du secteur privé; iii) la formation des agents de santé communautaire, et iv) la formation des accoucheuses traditionnelles.

Hygiène dans les formations hospitalières

71. Les membres du Comité permanent de la CTPD ont procédé à l'analyse de la situation et fait ressortir les différents facteurs pouvant influencer l'hygiène en milieu hospitalier. Ils ont souligné l'importance des consultations intersectorielles pour la conception et le choix des sites des établissements hospitaliers. Le problème de la maintenance a particulièrement retenu l'attention du Comité qui recommande l'utilisation d'un personnel permanent et compétent afin d'assurer la disponibilité de l'eau potable, de l'énergie et le bon fonctionnement du système d'évacuation des déchets solides et liquides. Un accent particulier est mis sur : i) l'accueil des malades, des accompagnants et visiteurs; ii) le séjour, l'alimentation et les loisirs des hospitalisés; iii) les soins curatifs, et iv) le travail efficient et efficace des praticiens.

Annexe 9Financement de la santé et relations entre les organismes donateurs et les pays bénéficiaires

72. Avec l'adoption de la Décision EB.67(5) du Conseil exécutif et de la résolution WHA29.32 de l'Assemblée mondiale de la Santé, le Directeur général a été invité à collaborer avec les organisations du système des Nations Unies, les donateurs bilatéraux, les organisations non gouvernementales (ONG), les banques de développement en vue de mobiliser davantage les ressources extérieures au bénéfice des services de soins de santé primaires des pays les moins avancés (PMA).

73. L'évaluation des ressources nécessaires à la SPT/2000 a fait ressortir le coût relativement élevé des SSP (US \$10/habitant/an) et l'impossibilité pour les pays en développement d'assurer le financement de la santé de leurs populations; or, dans le budget global de la santé, les crédits alloués aux SSP sont beaucoup moins élevés que ceux alloués à la médecine hospitalière.

74. Le Comité a axé ses recommandations sur l'impact de l'aide extérieure sur le développement, aide qui devra être libre d'implications idéologiques ou politiques. Le Comité est d'avis que le financement d'un système national de santé doit être étudié, planifié et mis en oeuvre en fonction d'objectifs précis à atteindre à court, moyen et long termes. A cet effet, il pense que l'approche de l'OMS sur les études sur l'utilisation des ressources pour les SSP (CRU) est à considérer comme un modèle.

Evaluation de la mise en oeuvre des soins de santé primaires depuis Alma-Ata

75. Les membres du Comité ont noté les progrès réalisés par le Lesotho en matière de soins de santé primaires et échangé leurs expériences. Ils ont mis l'accent sur la nécessité de coordonner la coopération intersectorielle entre tous les services et ministères.

Annexe 9Coopération technique et lutte antipaludique

76. Le paludisme continue d'être un problème de santé important en Afrique; il est responsable d'un taux de mortalité d'environ 5 % parmi les nouveau-nés et les enfants de moins de cinq ans. Dans la plupart des pays de la Région africaine, l'action antipaludique pratiquée dans les zones rurales consiste à utiliser de façon rationnelle les médicaments antipaludiques pour réduire la mortalité et la morbidité imputables au paludisme. Récemment, des parasites du paludisme résistant à la chloroquine ont fait leur apparition et ils se propagent dans certaines zones de la Région. Parfois, ce phénomène a exigé une association de médicaments. Ce phénomène peut par conséquent être considéré comme une menace sérieuse à l'action antipaludique dans les pays d'Afrique. Toutefois, des assurances ont été données selon lesquelles la chloroquine est encore efficace dans de nombreuses zones et demeure le médicament d'élection pour le traitement. Les membres du Sous-Comité sont convenus que l'action antipaludique devrait être développée dans le cadre des services de santé publique en général, et en tant que partie intégrante du système de soins de santé primaires, l'accent étant mis en particulier sur la collaboration multisectorielle et la participation des collectivités. Le Sous-Comité recommande l'adoption du projet de résolution sur la lutte contre le paludisme.

Bilan des progrès réalisés en matière de soins aux handicapés

77. La mise en oeuvre des résolutions des Organes directeurs relatives à l'Année internationale des Personnes handicapées (1981) et la Décennie des Nations Unies pour les Personnes handicapées (1983-1992) exige une collaboration multisectorielle et multidisciplinaire, faisant intervenir d'autres institutions du système des Nations Unies et les organisations non gouvernementales.

78. La gestion des programmes de prévention de l'incapacité et les handicapés physiques se fonde sur des activités de soutien menées dans les domaines suivants : législation, inspection, éducation et recherche.

Annexe 9

79. Les membres du Comité permanent ont analysé les mécanismes de coopération les plus efficaces et les moins coûteux, susceptibles d'être institués dans le cadre de la CTPD en vue de réadapter les handicapés et ont formulé des recommandations.

Situation du choléra en Afrique et méthode de lutte

80. Les membres du Comité permanent CTPD, après une analyse objective de la situation du choléra qui prévaut en Afrique, sont convenus de ce qu'il faut démystifier le choléra qui doit être considéré comme une maladie diarrhéique, tant par les autorités administratives que par les populations. A cet effet, les mesures de lutte devront être intégrées à un programme de lutte contre les maladies diarrhéiques essentiellement axé sur l'utilisation de la réhydratation orale, sur l'amélioration de l'approvisionnement en eau potable et de l'assainissement et sur le renforcement de la surveillance épidémiologique.

Coopération intersectorielle et participation de la communauté pour mettre en oeuvre les stratégies de la santé pour tous en l'an 2000

81. Le Comité reconnaît que la coopération intersectorielle a toujours existé en Afrique, mais revêtait un caractère d'improvisation, d'où son inefficacité. De toutes les composantes des SSP, seul le programme élargi de vaccination peut être exécuté grâce à la seule technologie sanitaire. Il n'en exige cependant pas moins la participation de la collectivité et l'appui que lui fourniront d'autres secteurs comme le transport, etc.

82. Le Sous-Comité suggère que des efforts soient déployés par les Etats Membres pour renforcer et rendre opérationnelles les liaisons entre la santé publique et l'action économique, les autres secteurs de l'économie concernés.

Discussion

83. Le document reflète les préoccupations des responsables des Etats Membres.

Annexe 9

84. Cependant, le nombre de sujets traités semble trop élevé et, de ce fait, préjudiciable à l'efficacité des Groupes de Travail CTPD. Le Sous-Comité recommande que les Groupes de Travail concentrent leurs débats sur des expériences réussies ou non.

85. Le Sous-Comité suggère qu'une large diffusion des discussions et recommandations du Comité permanent sur le thème "Formation des travailleurs des soins de santé primaires, y compris les accoucheuses traditionnelles" soit assurée par le Bureau régional auprès des Etats Membres, eu égard à la place de la médecine curative dans les prestations socio-sanitaires en faveur des collectivités.

86. Il est proposé d'inclure dans la prise en charge des handicapés les victimes de guerre en Afrique australe, parce qu'elle provoque de terribles handicaps physiques et mentaux.

87. Les membres du Sous-Comité ont noté que la lutte contre le choléra est intégrée à la lutte contre les maladies diarrhéiques en raison des similitudes des facteurs épidémiologiques et thérapeutiques. La surveillance épidémiologique des maladies diarrhéiques permet, grâce à une vigilance constante, d'identifier et de juguler rapidement une épidémie de choléra ou tout autre symptôme diarrhéique épidémique.

Recommandations

88. Le Sous-Comité a fait siennes les recommandations du Comité permanent CTPD.

Formation des travailleurs des soins de santé primaires, y compris les accoucheuses traditionnelles

89. Le Comité a formulé les recommandations suivantes :

- i) Les agents de santé de village et les accoucheuses traditionnelles devront être choisis par les communautés elles-mêmes, vivre et travailler au sein de ces mêmes communautés.

Annexe 9

- ii) L'OMS est invitée à rassembler et diffuser les expériences des différents pays en matière de formation des agents de santé de village et des accoucheuses traditionnelles.
- iii) Les Etats Membres sont invités à utiliser les mécanismes de la CTPD pour échanges de programmes de formation ainsi que des formateurs.
- iv) La durée de formation des agents devra être fonction des objectifs spécifiques et des tâches clairement définies qu'ils auront à effectuer.
- v) Les agents de santé devront faire preuve d'un engagement volontaire et bénéficier du soutien des populations pour une réalisation conséquente des SSP en vue du développement socio-économique.
- vi) Les Etats Membres devront se conformer le plus possible au profil élaboré par l'OMS en matière de formation des agents de santé.

Hygiène dans les formations hospitalières

90. Les membres du Comité ont retenu les recommandations suivantes à l'endroit du Comité régional :

- i) Les Etats Membres sont invités à doter les hôpitaux non seulement d'effectifs suffisants en personnel médical et paramédical qualifié, mais aussi en personnel de gestion administrative, économique et des services généraux, compétents et responsables grâce à une utilisation rationnelle des mécanismes de la CTPD.

Annexe 9

- ii) Les Etats Membres devront prévoir des lignes budgétaires spéciales pour le financement de toutes les activités d'hygiène et de sécurité hospitalières.
- iii) Les Etats Membres devront échanger les textes réglementaires en matière d'hygiène des hôpitaux sur le plan sous-régional ou régional par l'entremise du Bureau régional.
- iv) Les personnels médicaux, paramédicaux et de gestion devront avoir une tenue et un comportement qui permettent une bonne pratique de l'hygiène hospitalière.
- v) La maintenance devra être confiée à un personnel permanent et compétent afin d'assurer la disponibilité de l'eau potable, de l'énergie et le bon fonctionnement du système d'évacuation des déchets solides et liquides.
- vi) Les réalisateurs de l'infrastructure sont invités à travailler en coopération avec les utilisateurs afin de mieux respecter toutes les règles de l'hygiène et de la sécurité en tenant compte de la répartition, de l'organisation et du fonctionnement des services médicaux, des services de gestion, de l'hôtellerie et des services généraux.
- vii) L'évaluation et le traitement des déchets et nuisances doivent être assurés régulièrement; l'établissement devra être doté d'un incinérateur pour les déchets à caractère pathologique.
- viii) Les Etats Membres sont invités à sensibiliser et motiver les autorités sanitaires centrales, les responsables de la gestion administrative, économique et des services généraux ainsi que les chefs de service sur l'importance de l'hygiène hospitalière et leurs responsabilités pour assurer dans les meilleures conditions : a) l'accueil des malades, des accompagnants et visiteurs; b) le séjour, l'alimentation et les loisirs des hospitalisés; c) les soins curatifs, et d) le travail efficient des praticiens.

Annexe 9

- ix) Les Etats Membres devront confier la supervision de la mise en oeuvre des mesures d'hygiène et de sécurité à un fonctionnaire ayant des compétences en hygiène, en épidémiologie et en génie sanitaire.
- x) Les centres de formation OMS de Sierra Leone, du Togo et de Zimbabwe devront être mis à profit pour former du personnel capable de réparer et d'entretenir le matériel médical.
- xi) Les Etats Membres, en collaboration étroite avec l'OMS, procéderont à des enquêtes exhaustives pour connaître l'ampleur du problème posé par les infections hospitalières.

Financement de la santé et relations entre les organismes donateurs et les pays bénéficiaires

91. Le Comité recommande ce qui suit :

- i) Les Etats Membres, en collaboration avec l'OMS, devront instituer des mécanismes pour évaluer l'impact de l'aide extérieure sur le développement sanitaire.
- ii) Les Etats Membres devront considérer l'aide comme une authentique coopération, libre d'implications idéologiques ou politiques.
- iii) Les Etats Membres devront identifier leurs besoins de santé nécessitant un financement extérieur pour bénéficier au maximum des fonds mis à leur disposition.
- iv) Les Etats Membres devront promouvoir ou renforcer la participation communautaire pour une meilleure utilisation des ressources destinées à la santé.

Annexe 9

- v) Le financement d'un système national de santé doit être étudié, planifié et élaboré en fonction d'objectifs précis à atteindre à court, moyen et long termes. A cet effet, l'approche de l'OMS sur les études sur l'utilisation des ressources pour les SSP (CRU) est à considérer comme un modèle.

- vi) Les ressources extérieures bilatérales, ou émanant des institutions spécialisées du système des Nations Unies (OMS/PNUD/FISE/FNUAP) devront être également planifiées dans le sens d'un apport complémentaire aux ressources nationales. Elles devront être l'objet de projets et de plans d'opérations de la part des utilisateurs et obtenir l'agrément des pays qui prêtent leur coopération. A cet effet, le Bureau régional collaborera avec les Etats Membres pour mettre en place des mécanismes capables de rendre les pays aptes à absorber les fonds mis à leur disposition.

- vii) Les Etats Membres devront prendre davantage en considération le point de vue des professionnels de la santé dans la formulation et l'exécution du budget et obtenir une augmentation des crédits affectés à la santé.

- viii) Les Etats Membres devront instaurer un climat de respect mutuel entre pays bénéficiaires et organismes donateurs.

- ix) Les Etats Membres sont invités à favoriser la coopération sous-régionale et régionale avant de songer à la coopération Nord-Sud.

- x) Les Etats Membres devront soumettre au Bureau régional les informations nécessaires sur le flux des ressources extérieures mobilisées pour la mise en oeuvre de la stratégie SPT/2000.

Annexe 9Evaluation de la mise en oeuvre des soins de santé primaires depuis Alma-Ata

92. Le Comité recommande ce qui suit :

- i) Avec l'aide du Bureau régional, les Etats Membres devraient tout mettre en oeuvre pour instituer des systèmes d'information sanitaire.
- ii) L'évaluation doit faire partie intégrante de l'action pour les soins de santé primaires.
- iii) Le Bureau régional de l'OMS devrait encourager l'organisation d'ateliers/séminaires régionaux, sous-régionaux et nationaux sur la planification, la gestion, l'évaluation et les systèmes d'information sanitaire.
- iv) Les Etats Membres devraient tirer parti de l'expérience des différents pays de la Région en matière des SSP, notamment par un échange d'information, de documentation et de spécialistes.
- v) Les Etats Membres devront améliorer la qualité du personnel de formation en organisant périodiquement des sessions d'études et des cours d'actualisation des connaissances.
- vi) Les Etats Membres sont invités à procéder à l'évaluation et la redéfinition périodique des programmes des SSP.
- vii) Les Etats Membres devront encourager l'instauration d'une collaboration plus étroite dans le domaine de la production et de l'échange de matériels didactiques, plus que jamais nécessaires en raison des coûts d'importation de ces matériels venant souvent de l'étranger.

Annexe 9

- viii) Les gouvernements sont invités à mieux définir leur politique de soins de santé primaires et particulièrement son aspect multisectoriel et pluridisciplinaire.
- ix) Les Etats Membres devront prévoir des mesures en faveur de l'agent de santé de village.

Coopération technique entre pays en développement et lutte antipaludiqueMesures à prendre au niveau des pays

93. Les Etats Membres sont priés notamment de :

- i) mettre en oeuvre des programmes nationaux d'évaluation et de surveillance continue de l'effet des schémas thérapeutiques standard ainsi que de la sensibilité de Plasmodium falciparum aux antipaludiques.
- ii) formuler et appliquer des politiques et mesures visant à contrôler et à conserver l'efficacité des antipaludiques ainsi que des directives pour le traitement du paludisme en fonction du degré de sensibilité de P. falciparum aux antipaludiques;
- iii) revoir et réviser leurs stratégies de lutte contre le paludisme du point de vue de l'efficacité, de l'efficience et des possibilités d'atteindre et de préserver leurs objectifs, eu égard à la situation épidémiologique et à la nécessité d'intégrer la lutte antipaludique dans les systèmes nationaux de santé primaires, l'accent étant mis sur l'aspect multisectoriel et la participation des communautés;
- iv) appliquer des mesures antivectorielles là où c'est possible;
- v) incorporer des cours appropriés aux programmes de formation de tous les personnels de santé.

Annexe 9Mesures à prendre au niveau des Sous-Régions, l'accent étant mis sur la CTPD

94. Les Etats Membres sont priés instamment de :

- vi) échanger des informations sur tous les aspects des programmes nationaux de lutte contre le paludisme;
- vii) procéder à des échanges de spécialistes du paludisme et à des visites dans les pays;
- viii) encourager la formation de personnels originaires de pays dépourvus d'établissements de formation dans les pays qui en sont dotés;
- ix) collaborer et coopérer au contrôle de la qualité des médicaments antipaludiques;
- x) collaborer et coopérer à des activités coordonnées de lutte antipaludique notamment le long des frontières communes.

Mesures à prendre au niveau de la Région

95. L'OMS est priée de :

- xi) établir un réseau régional pour la formation;
- xii) diffuser des informations sur le paludisme;
- xiii) élaborer des directives, des manuels, etc., et encourager les Etats Membres à les utiliser;
- xiv) organiser des réunions d'échanges d'informations;
- xv) mobiliser des ressources et fournir un appui technique et financier aux Etats Membres, en collaboration avec les autres organismes internationaux, gouvernementaux et non gouvernementaux;

Annexe 9

- xvi) promouvoir et appuyer la recherche visant à améliorer les méthodes actuelles de lutte et à mettre au point de nouvelles méthodes plus efficaces et adaptées aux différentes situations épidémiologiques, socio-économiques et écologiques;
- xvii) réviser la stratégie régionale de lutte contre le paludisme.

Bilan des progrès réalisés en matière de soins aux handicapés

96. Le Comité a formulé les recommandations suivantes :

- i) Les pays de la Sous-Région qui possèdent déjà des installations pour la formation de spécialistes de la réadaptation et des services pour personnes handicapées devraient les mettre à la disposition des pays de la Sous-Région où n'existent pas de telles installations.
- ii) Les Etats Membres devront faciliter des échanges d'informations sur les technologies appropriées (appareils orthopédiques, éducation pour la santé, manuels de formation, etc.) par l'entremise du Bureau régional.
- iii) Les Etats Membres devront favoriser la prévention et le traitement des maladies responsables d'invalidité grâce à la sensibilisation de la communauté à la difficile condition des personnes handicapées.
- iv) Les Etats Membres sont invités à encourager l'insertion des personnes handicapées dans la communauté, par exemple en apprenant aux handicapés à mener une vie normale et aux membres de leur famille à les aider, en incitant les enseignants et les responsables de la communauté à accepter les handicapés dans les écoles, à leur offrir des emplois et à les accueillir dans d'autres institutions.

Annexe 9

- v) Les Etats Membres devront mettre un accent particulier sur la formation des personnels appelés à s'occuper de réadaptation : agents de la réadaptation, physiothérapeutes, ergothérapeutes, techniciens orthopédistes, personnels infirmiers et agents de santé communautaire.
- vi) Les Etats Membres devront encourager la promotion d'une approche multisectorielle par la mise en commun des actions de réadaptation des secteurs public et privé.
- vii) Les Etats Membres devront favoriser la prévention et le traitement des maladies responsables d'invalidité dans la communauté.
- viii) Les Etats Membres sont invités à accorder la priorité aux activités menées dans les régions où rien n'est encore fait en faveur des handicapés.
- ix) Les Etats Membres devront s'assurer que les handicapés qui ne peuvent se déplacer bénéficient d'un traitement de réadaptation.

Maladies diarrhéiquesRecommandations

97. Les autorités sanitaires devraient s'attacher à démystifier le choléra qui doit être considéré comme une maladie diarrhéique, tant par les populations que par les autorités administratives. Les mesures prises pour le combattre doivent être intégrées à un programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques. Ce programme doit être axé sur l'utilisation de la réhydratation orale, sur l'amélioration de l'approvisionnement en eau potable et de l'assainissement et sur le renforcement de la surveillance épidémiologique.

Annexe 9

98. Les Etats Membres sont invités à utiliser les mécanismes de la CTPD qui représentent un potentiel important dans la lutte contre les maladies diarrhéiques, y compris le choléra. Les pays doivent renforcer leur collaboration dans les domaines de l'échange d'informations épidémiologiques et techniques, en particulier la notification des cas de choléra, la formation du personnel, la réalisation d'enquêtes fournissant des données épidémiologiques de base, la formulation de messages et la préparation de matériel d'éducation pour la santé ainsi que la production et la distribution de sels de réhydratation orale.

99. Les pays exigeant encore des certificats de vaccination anticholérique aux voyageurs internationaux sont invités à renoncer au plus tôt à cette mesure, conformément à la résolution de la Vingt-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, retirant le certificat de vaccination contre le choléra, exigences stipulées dans le Règlement sanitaire international (Additif au règlement en date de 1973, résolution WHA26.55).

100. L'OMS, en collaboration avec d'autres agences du système des Nations Unies, est invitée à constituer des stocks sous-régionaux de sels de réhydratation orale qui devraient être immédiatement disponibles en quantités suffisantes pour répondre aux besoins des pays en cas d'épidémie des maladies diarrhéiques, y compris le choléra.

101. L'OMS est invitée à rassembler et à diffuser les expériences des différents pays en matière de programmes nationaux de lutte contre les maladies diarrhéiques.

Coopération intersectorielle et participation de la communauté
pour mettre en oeuvre les stratégies de la santé pour tous
en l'an 2000

Recommandations

102. Le Comité formule les recommandations suivantes :

- i) Les Etats Membres devront s'efforcer de renforcer les mécanismes existants de coordination plutôt que de créer de nombreux comités.

Annexe 9

- ii) Les Etats Membres devront favoriser l'action pluridisciplinaire et multisectorielle dans la conception, la réalisation, l'organisation et la mise en oeuvre d'une stratégie sanitaire nationale des SSP.
- iii) Cette stratégie doit consister en une action intégrée d'activités d'hygiène, de prévention, d'éducation pour la santé et des soins curatifs de base confiées à une équipe de santé polyvalente.
- iv) Le Ministère de la Santé responsable de la politique sanitaire doit travailler en coopération avec les autres départements ministériels, organismes nationaux et organisations non gouvernementales ainsi qu'avec les institutions spécialisées du système des Nations Unies concernées par les problèmes de santé pour l'amélioration et la mise en oeuvre des plans d'opérations de la stratégie.
- v) La stratégie, nécessitant l'adhésion et la participation active de la population, devra s'appuyer sur une éducation pour la santé intense et continue en tenant compte du style de vie et du contexte socio-économique et culturel de la communauté.
- vi) La participation active des femmes doit être stimulée compte tenu de leur rôle primordial dans la mise en oeuvre des SSP.
- vii) L'amélioration de la qualité du personnel de formation devra être encouragée par l'organisation de sessions d'études et des cours d'actualisation périodiques.
- viii) Les gouvernements sont invités à mettre en pratique la politique de soins de santé primaires qu'ils ont individuellement et collectivement adoptée.
- ix) Les Etats Membres devront instituer et/ou renforcer la coopération entre les différents services des ministères de la santé et mettre en place des systèmes d'information.

Annexe 9Sujets à inscrire pour 1988

103. Le Comité régional, par la Décision de procédure 9 de sa trente-quatrième session, a retenu les thèmes qui feraient l'objet des discussions des Groupes de Travail sous-régionaux pour 1986-1987.

104. Le Sous-Comité du Programme propose au Comité régional les sujets suivants inscrits pour 1988 par les Groupes sous-régionaux de Travail :

- i) L'Afrique face à la planification familiale (FNUAP).
- ii) Les problèmes liés à l'abus de la drogue et de l'alcool en Afrique (Kenya, Lesotho, Nigéria, Zaïre).
- iii) Les effets possibles de la sécheresse, famine et désastres naturels sur la santé mentale (Burkina Faso, Tchad, Ethiopie, Mali, Mozambique, Niger).
- iv) Promotion de la salubrité de l'environnement en milieu rural (Madagascar).

Renouvellement du Comité permanent

105. Conformément au paragraphe 4 du dispositif de la résolution de la résolution AFR/RC33/R7, le Sous-Comité a procédé au renouvellement de ses membres. L'Algérie remplace le Sénégal; l'Ethiopie remplace la Guinée équatoriale et la Tanzanie remplace le Lesotho. Les pays sortants ont été remplacés par tirage au sort sur une base sous-régionale.

Nouvelles structures du Bureau régional

106. Le Comité permanent de la Coopération technique entre Pays en Développement a eu l'opportunité de se familiariser avec les nouvelles structures du Bureau régional. Ce document est élaboré en tenant compte de l'objectif social de la SPT/2000 par les stratégies des soins de santé primaires. Ces nouvelles structures visent essentiellement à rapprocher le Bureau régional des pays avec un processus de décentralisation utilisant les antennes sous-régionales.

Annexe 9

107. Le Sous-Comité du Programme propose au Comité régional l'adoption de deux projets de décision de procédure et de trois projets de résolutions.

EVALUATION DE L'EXPERIENCE AFRICAINE D'UTILISATION DES NATIONAUX
COMME COORDONNATEURS DES PROGRAMMES OMS

108. Le document a été présenté par le Dr V. Eyakuze.

109. L'évaluation préliminaire de l'expérience africaine d'utilisation des nationaux comme Coordonnateurs des Programmes de l'OMS a été présentée à la trente-quatrième session du Comité régional en septembre 1984.

110. Le Comité régional a estimé que l'expérience avait été utile et qu'elle devrait se poursuivre. Le Directeur général a rappelé au Comité régional que le but principal de l'expérience était la promotion de l'autosuffisance par la mobilisation rationnelle des ressources humaines nationales.

111. Le Comité régional, après étude approfondie du document qui lui était soumis a :

- i) "demandé la création d'un groupe de travail du Sous-Comité du Programme pour revoir l'accord relatif aux prestations de services spécifiques passé entre l'Organisation et le Coordonnateur national";
- ii) "prié le Directeur général de continuer l'évaluation de cette expérience et le Directeur régional de lui faire rapport lors de sa trente-cinquième session".

Rapport du groupe de travail

112. Le groupe de travail s'est réuni en décembre 1984 et juin 1985. Dans son rapport final, le groupe de travail a estimé que :

Annexe 9

- i) la nature des services demandés doit correspondre à la définition qui se trouve dans le document DGO/83.1, que le Coordonnateur soit national ou international;
- ii) la durée de l'accord ne doit pas être inférieure à deux ans;
- iii) la rémunération totale des Coordonnateurs nationaux payés à la fois par l'OMS et par le gouvernement ne doit pas dépasser US \$3000 par mois en monnaie locale;
- iv) le statut d'un Coordonnateur national est celui d'un fonctionnaire de la fonction publique de son gouvernement;
- v) le profil d'un Coordonnateur national est celui d'un fonctionnaire du gouvernement ayant les mêmes qualifications qu'un Coordonnateur international et choisi par le Directeur régional parmi les candidats présentés par le gouvernement.

113. Le Directeur régional a fait des commentaires sur le rapport du groupe de travail, a amendé le projet d'accord pour la prestation de services spécifiques et déclaré que :

- i) "la durée de l'accord doit être conforme à la pratique ordinaire des Nations Unies et ne pas dépasser 12 mois";
- ii) "les indemnités de fin de contrat ne seront versées que si l'OMS annulait l'accord, auquel cas l'indemnité sera calculée d'après les dispositions du Règlement du Personnel de l'OMS".

Poursuite de l'évaluation

114. L'évaluation de l'expérience s'est poursuivie conformément au souhait du Comité régional. Elle s'est faite sous forme :

- i) d'une évaluation administrative par comparaison des Coordonnateurs nationaux et internationaux du point de vue de la régularité de leurs rapports techniques et financiers;

Annexe 9

107. Le Sous-Comité du Programme propose au Comité régional l'adoption de deux projets de décision de procédure et de trois projets de résolutions.

EVALUATION DE L'EXPERIENCE AFRICAINE D'UTILISATION DES NATIONAUX
COMME COORDONNATEURS DES PROGRAMMES OMS

108. Le document a été présenté par le Dr V. Eyakuze.

109. L'évaluation préliminaire de l'expérience africaine d'utilisation des nationaux comme Coordonnateurs des Programmes de l'OMS a été présentée à la trente-quatrième session du Comité régional en septembre 1984.

110. Le Comité régional a estimé que l'expérience avait été utile et qu'elle devrait se poursuivre. Le Directeur général a rappelé au Comité régional que le but principal de l'expérience était la promotion de l'autosuffisance par la mobilisation rationnelle des ressources humaines nationales.

111. Le Comité régional, après étude approfondie du document qui lui était soumis a :

- i) "demandé la création d'un groupe de travail du Sous-Comité du Programme pour revoir l'accord relatif aux prestations de services spécifiques passé entre l'Organisation et le Coordonnateur national";
- ii) "prié le Directeur général de continuer l'évaluation de cette expérience et le Directeur régional de lui faire rapport lors de sa trente-cinquième session".

Rapport du groupe de travail

112. Le groupe de travail s'est réuni en décembre 1984 et juin 1985. Dans son rapport final, le groupe de travail a estimé que :

Annexe 9

- i) la nature des services demandés doit correspondre à la définition qui se trouve dans le document DGO/83.1, que le Coordonnateur soit national ou international;
- ii) la durée de l'accord ne doit pas être inférieure à deux ans;
- iii) la rémunération totale des Coordonnateurs nationaux payés à la fois par l'OMS et par le gouvernement ne doit pas dépasser US \$3000 par mois en monnaie locale;
- iv) le statut d'un Coordonnateur national est celui d'un fonctionnaire de la fonction publique de son gouvernement;
- v) le profil d'un Coordonnateur national est celui d'un fonctionnaire du gouvernement ayant les mêmes qualifications qu'un Coordonnateur international et choisi par le Directeur régional parmi les candidats présentés par le gouvernement.

113. Le Directeur régional a fait des commentaires sur le rapport du groupe de travail, a amendé le projet d'accord pour la prestation de services spécifiques et déclaré que :

- i) "la durée de l'accord doit être conforme à la pratique ordinaire des Nations Unies et ne pas dépasser 12 mois";
- ii) "les indemnités de fin de contrat ne seront versées que si l'OMS annulait l'accord, auquel cas l'indemnité sera calculée d'après les dispositions du Règlement du Personnel de l'OMS".

Poursuite de l'évaluation

114. L'évaluation de l'expérience s'est poursuivie conformément au souhait du Comité régional. Elle s'est faite sous forme :

- i) d'une évaluation administrative par comparaison des Coordonnateurs nationaux et internationaux du point de vue de la régularité de leurs rapports techniques et financiers;

Annexe 9

- ii) de l'élargissement du sondage concernant les Coordonnateurs à tous les Coordonnateurs nationaux, internationaux et à tous les personnels de l'OMS du Bureau régional et de terrain, à l'occasion d'une réunion spéciale des Coordonnateurs/ Représentants;
- iii) de l'envoi du rapport du groupe de travail aux Ministres pour commentaires;
- iv) de consultations sur le sujet à l'occasion des visites officielles du Directeur régional aux Etats Membres.

115. L'évaluation administrative a indiqué que la régularité avec laquelle les rapports techniques et financiers sont envoyés tient au Coordonnateur même, qu'il soit national ou international. Dans les deux cas, ce sont toujours les mêmes Coordonnateurs qui sont en défaut, dans une proportion sensiblement égale.

116. L'analyse des questionnaires remplis par les Coordonnateurs et autres membres du personnel avant et durant la réunion spéciale des Coordonnateurs/ Représentants qui a eu lieu en mars 1985 a révélé ce qui suit :

- i) tous les Coordonnateurs sont confrontés aux mêmes problèmes, à savoir : insuffisance du personnel, retards dans la communication avec le Bureau régional, et délégation de pouvoirs insuffisante pour la gestion des ressources de l'OMS;
- ii) les Coordonnateurs internationaux sont plus âgés, ont plus d'expérience, une meilleure formation en santé publique et sont mieux préparés à gérer les programmes de l'OMS;
- iii) le personnel OMS du Bureau régional et de terrain estime qu'un retour aux Coordonnateurs internationaux renforcerait les Bureaux de l'OMS dans les pays.

Annexe 9

117. La lettre aux Etats Membres qui accompagnait le rapport du groupe de travail indiquait clairement que l'absence de réponse serait considérée comme une approbation du rapport. En mars 1985, vingt réponses étaient parvenues au Bureau régional, dont deux-tiers en provenance de pays ayant un Coordonnateur national. Il est bon de noter que cinq pays ayant des Coordonnateurs nationaux ont déclaré spontanément qu'ils estimaient l'expérience réussie et un pays qui a un Coordonnateur international a déclaré qu'à l'avenir, il souhaiterait un national comme Coordonnateur des Programmes de l'OMS. Le Directeur régional a maintenu le dialogue avec les Etats Membres sur le sujet comme l'a demandé le Comité régional.

118. L'évaluation montre clairement que l'expérience était nécessaire et qu'il y a eu des résultats positifs dans quelques pays. Cependant, cette expérience s'est heurtée aux difficultés suivantes :

- i) il semblerait qu'on ait perdu de vue l'objectif original qui était celui de promouvoir l'autoresponsabilité, étant donné que les NWC ne sont pas devenus partie intégrante des mécanismes nationaux de gestion sanitaire;
- ii) des problèmes de rémunération, de supervision du personnel de l'OMS, de double allégeance, d'où incapacité de fournir à l'OMS les informations épidémiologiques essentielles, ont remis l'expérience en question;
- iii) les nouvelles directives du Conseil exécutif sur la politique sanitaire de l'OMS au niveau des pays mettent l'accent sur le rôle du Coordonnateur en tant que personne autorisée à décider de l'utilisation des ressources de l'OMS et à travailler avec les autres services du gouvernement et les organismes internationaux et penchent donc pour un Coordonnateur international plutôt que national;
- iv) quelques pays ont demandé qu'un membre du personnel international de haut rang appuie le Bureau du Coordonnateur national, ce qui confirme que le concept même du NWC est inadéquat, tout au moins pour le moment.

Annexe 9

119. Le Directeur général informera le Conseil exécutif, en janvier 1986, des avis et conclusions du Comité régional et le Conseil exécutif fera des recommandations à l'Assemblée mondiale de la Santé qui prendra la décision finale. Dans le cas où l'Assemblée mondiale de la Santé prendrait la décision d'arrêter cette expérience, les Coordonnateurs nationaux pourraient être nommés membres du personnel de l'OMS ou responsables nationaux des programmes, comme le fait l'UNICEF, et seraient chargés, sur le plan technique, de développer les programmes de l'OMS, en particulier les SSP.

Discussion

120. Les membres du Sous-Comité n'ont pris en considération que les éléments nouveaux dans l'évaluation de l'expérience, conformément aux directives du Comité régional lors de sa trente-quatrième session, pour essayer de se faire une opinion sur l'avenir de cette expérience, alors que les avis ne semblent pas unanimes.

121. Le Sous-Comité du Programme a pris note que le paragraphe 7 de la page de couverture devait se terminer après "...recours à un personnel international". Ainsi, le libellé de ce paragraphe est le suivant : "Le Comité régional, après examen du rapport qui lui est soumis, est invité à donner ses avis sur l'avenir de cette expérience : soit poursuite de l'expérience malgré ses inconvénients, soit cessation progressive, afin de ne léser aucun personnel, avec recours à un personnel international."

122. Le Sous-Comité a reconnu qu'il était difficile, dans le cas de coordonnateurs nationaux, de fournir des informations épidémiologiques essentielles - choléra par exemple - au Bureau régional malgré sa demande pressante. S'il est plus facile pour le Directeur régional d'obtenir d'un Coordonnateur international des informations d'une telle importance pour la collectivité régionale tout entière, le ressortissant national est parfois contraint de garder le silence alors que le statut international est une garantie d'indépendance.

Annexe 9

123. Les membres du Sous-Comité ont jugé que le paragraphe 77 n'était pas suffisamment objectif. Ils ont demandé qu'il soit reformulé de la façon suivante : "Il ressort de ces avis que l'utilisation des nationaux comme coordonnateurs des Programmes OMS se heurte aux obstacles inhérent à l'expérience, tels qu'ils étaient prévus dans l'étude organique du Conseil exécutif sur le rôle de l'OMS au niveau des pays et, en particulier, le rôle des représentants de l'OMS. En pratique, les nationaux se heurtent à des contraintes en raison desquelles il leur est difficile de gérer les ressources de l'OMS à la satisfaction tant de l'OMS que de leur pays. C'est pourquoi, il est proposé de mettre un terme à l'expérience, progressivement, dans les pays où elle a été menée sans pour autant compromettre les intérêts des membres du personnel ou du pays en question, c'est-à-dire à un moment opportun à la fois pour le pays et pour l'OMS."

124. Le Sous-Comité propose au Comité régional l'adoption d'un projet de résolution.

CONCLUSIONS

125. Le Sous-Comité du Programme a examiné le rapport régional d'évaluation de la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Il a fait siennes les propositions du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire ayant trait : i) à la traduction des stratégies nationales en plans d'action concrets; ii) à l'amélioration de la coordination intersectorielle; iii) à la détermination des besoins pour la mise en oeuvre des stratégies; iv) au renforcement des processus gestionnaires pour le développement sanitaire national, et v) à l'affinement des 12 indicateurs mondiaux.

126. le Sous-Comité du Programme fait siennes les conclusions et recommandations des réunions auxquelles ses membres ont participé. Le Sous-Comité considère que cette participation est particulièrement importante et facilite son travail lors de l'examen des documents d'importance programmatique. L'évaluation des visites des responsables des Etats Membres dans d'autres pays de la Région fait ressortir que ce programme ne semble pas

Annexe 9

avoir l'efficacité attendue. Le Sous-Comité a émis des avis pour le rendre plus efficient et propose qu'il continue à condition que les protocoles de visites soient soigneusement élaborés selon les directives données au Secretariat.

127. Le Sous-Comité fait siennes les recommandations du Comité permanent CTPD concernant : i) la formation des travailleurs des soins de santé primaires, y compris les accoucheuses traditionnelles; ii) l'hygiène dans les formations hospitalières; iii) le financement de la santé et les relations entre les organismes donateurs et les pays bénéficiaires; iv) l'évaluation de la mise en oeuvre des SSP depuis Alma-Ata; v) la coopération technique entre pays en développement et la lutte antipaludique; vi) le bilan des progrès réalisés en matière de soins aux handicapés; vii) la situation du choléra en Afrique et méthode de lutte; viii) la coopération intersectorielle et participation de la communauté pour mettre en oeuvre les stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

128. Le Sous-Comité a pris note des éléments nouveaux de l'évaluation de l'expérience africaine d'utilisation des nationaux comme Coordonnateurs des programmes de l'OMS. Il est proposé de mettre un terme à l'expérience, progressivement, sans léser ni l'intérêt du personnel, ni celui du pays.

Annexe 9

APPENDICE 1

LISTE DES PARTICIPANTS

ANGOLA

Dr Luis Gomes-Sambo
Vice-Ministro da Saude
Luanda

Dr J. F. Leita Da Costa
Chefe do Departamento de Hygiene e Epidemiologia
Ministerio de Saude
Luanda

CAMEROUN

Dr G. Kesseng Mabem
Directeur de la Médecine préventive
Ministère de la Santé publique
Yaoundé

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Dr V. Mbarindi (Vice-Président)
Directeur général de la Santé publique
Ministère de la Santé publique
Bangui

GUINEE EQUATORIALE

M. B. Mba Ecuá Miko
Ministro de Sanidad
Malabo

Appendice 1Annexe 9

ETHIOPIE

Dr T. Tokon (Président)
Head, Health Services Department
Ministry of Health
Addis Ababa

GABON

M. M. Mboumba
Directeur général de la Santé publique
Ministère de la Santé publique et de la Population
Libreville

SOUAZILAND

Dr R. T. Thsabalala
Deputy Director of Health Services
Ministry of Health
P.O. Box 5
Mbabane

TOGO

Dr T. Bakélé Barandao
Directeur général adjoint de la Santé publique
B.P. 336
Lomé

OUGANDA

Dr J. H. Kyabaggu
Assistant Director of Medical Services (PHC)
Ministry of Health
P.O. Box 8
Entebbe

Annexe 9Appendice 1

ZAIRE

Dr Luwivila Kapata
Directeur de la Direction nationale des SSP
B.P. 1828
Kinshasa I

ZIMBABWE

Dr D. G. Makuto
Deputy Secretary for Health
Ministry of Health
P.O. Box 8204 - Causeway
Harare

APPENDICE 2

Annexe 9

PROGRAMME DE TRAVAIL

1. Ouverture de la réunion
2. Rapport régional d'évaluation de la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous en l'an 2000 (document AFR/RC35/12)
3. Rapport sur la participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique (document AFR/RC35/8)
4. Evaluation des visites des responsables des Etats Membres dans d'autres pays de la Région (document AFR/RC35/9)
5. Rapport du Comité permanent sur la Coopération technique entre Pays en Développement (document AFR/RC35/10)
6. Evaluation de l'expérience africaine d'utilisation des nationaux comme Coordonnateurs des Programmes OMS (document AFR/RC35/22)
7. Adoption du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC35/7)
8. Distribution des tâches pour la présentation du rapport du Sous-Comité au Comité régional (document AFR/RC35/7)
9. Clôture de la réunion.

ANNEXE 10

(AFR/RC35/13)

RAPPORT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES

Recherche sur les systèmes de santé :
instrument de promotion et de développement
des soins de santé primaires

INTRODUCTION

1. Les discussions techniques de la trente-cinquième session du Comité régional ont eu lieu à Lusaka le 14 septembre 1985 sur le thème : "Recherche sur les systèmes de santé : instrument pour la promotion et le développement des soins de santé primaires". Elles ont été présidées par le Professeur D. N. Lantum qui a été élu par la trente-quatrième session du Comité régional. La trente-cinquième session du Comité régional a désigné comme Rapporteurs des discussions techniques :

- i) Dr A. D. Kolawole (Nigeria)
- ii) Dr (Mme) R. T. Tshabalala (Souaziland)
- iii) Dr Mohamed Saleh (Mauritanie).

Les participants ont été répartis en trois groupes de travail : un groupe anglophone, un groupe francophone et un groupe trilingue. Les groupes de travail ont élu leurs Présidents comme suit :

- i) Dr Celestino Mendes da Costa (Guinée-Bissau)
- ii) Dr G. W. Lungu (Malawi)
- iii) Professeur Doudou Ba (Sénégal).

PRESENTATION

2. Le document de travail AFR/RC35/TD/1 préparé par le Prof. P. O. Chuke, Professeur de Médecine, Université du Nigéria, Enugu (Nigéria) et le Docteur A. C. Nkandawire, Coordonnateur sous-régional, Recherche sur les systèmes de santé, Sous-Région III, a été présenté par le Professeur D. N. Lantum, Président des discussions techniques. Au cours de sa présentation en plénière avant que les trois groupes ne commencent leurs discussions, il a lu les sept questions fondamentales auxquelles les délégués étaient censés répondre après avoir étudié le document de travail.

3. Le Président a mis en lumière les points saillants et le sens profond du document de travail et a développé certains concepts fondamentaux pertinents dans l'espoir que cette façon de procéder stimulerait les délégués et susciterait des réactions constructives et positives au cours des discussions. Le Président a appelé l'attention des délégués sur les principes du projet de surveillance continue des systèmes de santé, de leur évaluation et de la recherche sur l'évaluation. Toutes ces actions ont comme objectif de jeter les bases qui permettront de se faire une opinion, de tirer des conclusions et de faire quelques recommandations sur la façon d'utiliser les connaissances découlant de ces actions pour améliorer les systèmes de santé. Ces trois actions relèvent du domaine de la recherche appliquée ou opérationnelle.

4. Le Président a fait remarquer que le document de travail avait posé l'hypothèse que les délégués avaient l'habitude de pratiquer ou, tout au moins, de surveiller de façon continue les progrès de leurs systèmes de soins de santé et, en outre, qu'ils avaient pratiqué couramment l'évaluation administrative systématique de leurs systèmes de soins de santé en tant que fonction essentielle de la gestion. Le document de travail demandait notamment aux délégués d'ajouter la dimension "Recherche scientifique sur les systèmes de santé" au processus de la promotion et de développement de leurs systèmes de santé.

Annexe 10

5. Il a souligné que le processus de recherche exige : une méthodologie scientifique, une formation adéquate à la théorie de la recherche, de la rigueur, de l'objectivité, le souci du détail dépassant une évaluation administrative de routine, un traitement des données de qualité pour interpréter les conclusions et les recommandations. Les recommandations doivent être soumises aux décideurs et aux responsables, aux dispensateurs de soins de santé, aux consommateurs des soins de santé et aux futurs chercheurs pour qu'ils puissent en tirer profit. En conséquence, la recherche opérationnelle et la recherche sur les systèmes de santé doivent mettre l'accent sur la pertinence eu égard aux questions de développement.

6. L'approche des soins de santé primaires pour le développement du système des soins de santé a été mise en exergue par le Président qui l'a désignée comme point essentiel du document de travail et il a appelé l'attention des participants sur les caractéristiques des SSP.

7. Le Président a ensuite décrit la recherche sur les systèmes de santé comme étant un instrument permettant de diagnostiquer les problèmes et les situations du processus gestionnaire des soins de santé; et il a ensuite recommandé les mesures appropriées pour améliorer le programme grâce à l'utilisation optimale des entrées pour maximiser les sorties.

8. Après une brève analyse des composantes d'un système typique de soins de santé devant servir de guide à une meilleure compréhension des divers exemples cités dans le document de travail, le Président a conclu que les idées principales du document étaient les suivantes :

- systèmes des soins de santé primaires;
- promotion et développement;
- action et rendement de la recherche.

Annexe 10

DISCUSSION

9. Les discussions de tous les groupes ont suivi les sept questions fondamentales posées dans le document de travail. Les débats ont grandement bénéficié des interventions fréquentes et très pertinentes du Dr T. Lambo, Directeur général adjoint de l'OMS, qui participait activement aux travaux d'un groupe et de celles du Directeur régional qui passait d'un groupe à l'autre. Toutes les observations et décisions importantes sont présentées en fonction des questions qu'elles traitent.

Question 1 : Pensez-vous qu'il soit nécessaire de procéder à une recherche sur les systèmes de santé ?

10. Les participants ont reconnu à l'unanimité que la réponse à cette question était oui. La recherche sur les systèmes de santé est une recherche axée sur l'action qui, grâce aux méthodes scientifiques, aide à mieux comprendre et vise à fournir les informations qui :

- i) faciliteront une meilleure compréhension des problèmes de santé, du rôle et de l'influence des sciences de la santé;
- ii) contribueront à assurer une planification sanitaire plus rationnelle;
- iii) se traduiront par des soins de santé plus efficaces et plus efficients qui, en même temps, tiendront compte des besoins culturels et affectifs des populations;
- iv) encourageront une plus grande autosuffisance individuelle, familiale et communautaire pour ce qui est des questions de santé en faisant participer activement les populations à l'étude de leurs propres problèmes.

Annexe 10

- réceptionner, trier et faire des propositions de recherche;
- préparer, tenir et mettre à jour un inventaire des établissements de recherche, de leurs activités, de leur potentiel et de leur personnel;
- fournir un appui et des conseils techniques aux chercheurs, plus particulièrement à ceux qui sont employés par le service de santé;
- superviser les formalités administratives en ce qui concerne les ressources;
- respecter les considérations d'ordre éthique ou celles relatives à la sécurité.

17. Dans un grand nombre de pays, il existe des mécanismes multidisciplinaires de développement et de coordination de la recherche portant sur des sujets apparentés à la santé. Toutefois, on a fait remarquer que plusieurs d'entre eux n'étaient pas opérationnels et ceci pour diverses raisons.

18. La formation à la méthodologie de la recherche, l'accent étant mis sur l'analyse et l'interprétation correcte des résultats de la recherche, est considérée également comme très importante.

Question 3 : L'application des conclusions de la recherche sur les systèmes de santé est capitale pour l'instauration de la SPT/2000. Quelles mesures pensez-vous que les gouvernements nationaux doivent prendre pour rendre possible cette application ?

19. Les participants ont dégagé deux problèmes principaux qui ont fait et, dans certains pays, continuent de faire obstacle à l'utilisation des conclusions et des résultats de la recherche :

Annexe 10

- à cet égard il a été fait observé que, dans de nombreux pays, si l'on cherchait activement, on trouverait des volumes entiers de résultats de recherche ramassant la poussière en divers endroits sans être utilisés; ceci est dû à l'absence ou au manque d'efficacité des mécanismes destinés à mettre l'information à la disposition de ceux qui en ont besoin;

- le deuxième problème vient de ce que les ministères de la santé ne disposent pas de gens capables d'interpréter correctement les conclusions et les résultats de la recherche; à cause de cet handicap, il est toujours difficile d'appliquer correctement les résultats; on a également fait observer que, parfois, une mauvaise interprétation des résultats semait dans l'opinion publique une inquiétude et une consternation nullement justifiées.

20. Les participants ont vivement recommandé de prendre des mesures pour pallier ces carences majeures afin que les résultats de la recherche puissent être convenablement utilisés en vue d'améliorer les programmes et les services.

21. Certaines conditions préalables doivent être réunies pour que la recherche soit suivie de l'application des conclusions :

- i) il faut dégager les besoins en matière de recherche et les classer par ordre de priorité en fonction de leur pertinence pour les politiques et les stratégies de développement sanitaire national;

- ii) il devrait y avoir des mécanismes efficaces pour l'examen et le financement de toutes les propositions de recherche;

- iii) il devrait y avoir des mécanismes de diffusion de l'information de façon que celle-ci soit mise à la disposition de ceux qui en ont besoin;

- iv) il devrait y avoir des mécanismes de suivi pour garantir l'utilisation de l'information et son application.

Annexe 10

22. Pour ce qui est de l'application, trois niveaux d'action ont été recensés. Il est apparu à cet égard qu'il fallait prévoir une certaine souplesse si l'on voulait encourager l'utilisation rapide de l'information. Pour les problèmes de caractère général et national, il faudrait prendre des mesures au niveau national, d'où la nécessité de disposer de mécanismes appropriés de décisions ainsi que de mise en oeuvre et de suivi des mesures destinées à assurer l'application. Pour les questions moins complexes revêtant surtout un intérêt local, il faudra des mécanismes permettant de prendre des mesures au niveau intermédiaire ou communautaire sans en référer au niveau central - ce qui devrait se faire avec la participation de la collectivité concernée.

Question 4 : On voit de nouveau dans la médecine traditionnelle un outil susceptible d'appuyer les soins de santé primaires. La recherche sur les systèmes de santé pourrait-elle révéler qu'il ne s'agit pas d'un pas en arrière ?

23. De l'avis général du groupe, la médecine traditionnelle a beaucoup à offrir pour compléter les soins de santé primaires. Les formes purement psychologiques (qui mêlent le religieux, le magique et le social), les formes purement "phytothérapeutiques", tout comme les formes mixtes de médecine traditionnelle ont toutes un rôle utile à jouer. La médecine moderne et la médecine traditionnelle doivent se compléter, et il faut faire des efforts tout particuliers pour mettre à profit les potentialités de la médecine traditionnelle. Le groupe a reconnu que des guérisseurs traditionnels convenablement choisis, formés et encadrés pouvaient se voir confier des tâches précises en tant qu'agents de première ligne, encore que certaines réserves aient été formulées concernant l'utilité de certains guérisseurs traditionnels. L'accord s'est fait au sein du groupe sur les mesures suivantes :

- recherche de mécanismes appropriés permettant d'intégrer les guérisseurs traditionnels dans les équipes de santé de façon à promouvoir leurs activités, notamment en milieu rural;
- renforcement de la recherche multidisciplinaire sur la médecine traditionnelle, la formation du personnel, la documentation, la culture des espèces de plantes les plus utiles et leur utilisation immédiate comme point de départ d'une industrie pharmaceutique.

Annexe 10

Question 5 : Est-il vrai que de nombreux problèmes de santé en Afrique pourraient être minimisés par des composantes ne relevant pas du Ministère de la Santé ? Comment ces composantes intersectorielles pourraient-elles être mobilisées pour accroître l'efficacité ?

24. Les participants sont convenus que de nombreux problèmes de santé pouvaient être minimisés si l'on pratiquait la coopération intersectorielle. Ils ont estimé qu'une coopération intersectorielle existe en ce sens que les Ministres du Cabinet, les Secrétaires permanents et autres personnalités officielles se réunissent et discutent des activités nationales et prennent des décisions en matière de recherche. Lorsque la décision est communiquée aux niveaux subalternes où l'action est nécessaire, elle est si mal interprétée que la coopération intersectorielle espérée demeure lettre morte. Les membres ont exprimé l'opinion que, pour que la coopération intersectorielle ait lieu effectivement, les conditions suivantes doivent être remplies :

- i) volonté politique de susciter une coopération intersectorielle efficace;
- ii) décentralisation des programmes administratifs et des autres programmes de développement interdépendants;
- iii) prise de conscience par les collectivités de leur droit de participer aux questions qui ont une incidence sur leur développement socio-économique.

Question 6 : Quelles sont les principales contraintes auxquelles se heurte la recherche sur les systèmes de santé dans les soins de santé primaires ?

25. Les principales contraintes retenues par le groupe peuvent être classées sous les têtes de chapitres suivants :

- i) Inadéquation des ressources financières pour la recherche. Des ressources financières insuffisantes sont considérées comme un obstacle important dans la plupart des pays. Il a été suggéré qu'une façon possible de surmonter cet obstacle pourrait consister à solliciter des fonds auprès des entreprises.

Annexe 10

industrielles et commerciales ainsi qu'auprès des philanthropes. On a fait également remarquer qu'étant donné la gravité de la situation en Afrique, le Directeur général serait disposé à fournir un appui supplémentaire substantiel à la recherche sur les systèmes de santé.

- ii) Propositions de recherche sans intérêt de la part des donateurs. Il a été signalé qu'assez souvent les organismes donateurs, et quelquefois des entreprises commerciales, offrent des sommes importantes, des fournitures et du matériel pour effectuer des recherches qui ne sont pas pertinentes eu égard aux besoins et problèmes de santé des pays. Les autorités sanitaires se trouvent souvent dans une situation délicate lorsqu'elles doivent refuser de telles offres. Certaines les acceptent afin d'éviter les conséquences possibles que pourrait entraîner un refus.
- iii) Manque ou pénurie de personnel qualifié. Le manque ou la pénurie du personnel qualifié a été considéré comme une contrainte importante. A cet égard, le groupe a vivement recommandé que l'OMS collabore avec les Etats Membres en formant le personnel-clé à la méthodologie de la recherche et en renforçant les capacités de recherche des établissements nationaux.
- iv) Mauvaise perception de la recherche sur les systèmes de santé. Il existe une idée erronée assez répandue selon laquelle la recherche sur les systèmes de santé est une forme de recherche moins scientifique qui traite des questions administratives. Dans le système universitaire, il convient d'accorder une importance plus grande à la recherche sur les systèmes de santé et de lui donner la place qu'elle mérite.

Question 7 : Quelle est la portée de la recherche sur les systèmes de santé pour les soins de santé primaires ?

26. Les participants ont reconnu que la recherche sur les systèmes de santé avait une vaste portée et qu'elle faisait intervenir des agents de santé et des chercheurs de nombreuses disciplines. Les projets de recherche peuvent

Annexe 10

être de taille très différente, depuis les grandes études faites en collaboration par plusieurs pays sur des sujets tels que le financement des services de santé jusqu'à des études restreintes impliquant un ou deux travailleurs, dans un village ou un quartier urbain. La recherche sur les systèmes de santé se situe généralement dans une seule culture et dans un contexte particulier, de sorte que, même si les méthodes sont généralement utiles, les résultats sont peu transférables. La recherche sur les systèmes de santé contribue à :

- i) procurer l'information nécessaire à l'action;
- ii) dégager les secteurs problématiques où il faut faire de la recherche en santé;
- iii) classer le problème en fonction des secteurs prioritaires;
- iv) mettre en place une technologie de la santé appropriée;
- v) définir des solutions acceptables pour la population;
- vi) garantir que les objectifs sont atteints.

CONCLUSIONS

27. Les participants ont conclu que la recherche sur les systèmes de santé était une science appliquée et non pas une fin en soi. Elle applique les concepts et les méthodes d'autres disciplines pour analyser et résoudre les problèmes liés à la prestation des systèmes de santé. En tant que telle, la recherche sur les systèmes de santé, dotée d'une infrastructure appropriée à ses activités, systématiquement appliquée aux problèmes critiques, constitue un domaine intéressant dans lequel les investissements (en temps, en personnel et en argent) sont justifiés et peuvent offrir des avantages substantiels pour les systèmes de santé.

Annexe 10

28. Il est évident que la recherche sur les systèmes de santé s'appuie sur toute une gamme de disciplines, depuis les sciences sociales jusqu'à la statistique et à la gestion, outre les sciences biomédicales et sanitaires proprement dites. Le champ des secteurs intéressant la recherche sur les systèmes de santé comprend l'épidémiologie, le développement des personnels de santé, la technologie appropriée, la mobilisation des ressources ainsi que les facteurs communautaires pertinents pour le développement sanitaire de la collectivité.

29. La recherche sur les systèmes de santé cherche à répondre aux besoins de la collectivité, des responsables des grandes orientations et des administrateurs, et elle donne des résultats dans un délai raisonnable.

30. La recherche sur les systèmes de santé est un formidable outil qui peut transformer l'idée politique d'instaurer les soins de santé primaires, déjà présente dans de nombreux pays, en volonté politique et en savoir-faire opérationnel. Le succès ultime de la recherche sur les systèmes de santé se mesure en termes d'amélioration des services de santé et de l'état de santé de la population.

(AFR/RC35/28)

ANNEXE 11

RAPPORT DE LA REUNION DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME
DU 18 SEPTEMBRE 1985

INTRODUCTION

1. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni le 18 septembre 1985 à Lusaka (Zambie) suite à la trente-cinquième session du Comité régional. La liste des participants se trouve à l'Appendice 1.
2. Le Sous-Comité a réélu pour la deuxième fois le Dr T. Tokon (Ethiopie) Président, le Dr E. Andriamampihantona (Madagascar) Vice-Président et le Dr A. Cole (Libéria), in absentia, 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 de la Promotion et de la Coordination du Programme a présenté le document AFR/RC35/27 contenant la liste des réunions prévues en 1985-1986 auxquelles il serait souhaitable que les membres du Sous-Comité du Programme participent avec indication des membres qui devraient y participer. Les Annexes 1 à 5 du rapport indiquent la participation depuis 1980 des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique.
5. Après avoir examiné le document, le Sous-Comité a décidé à l'unanimité de ce qui suit :

Annexe 11REUNIONS D'INTERET PROGRAMMATIQUE AUXQUELLES LES MEMBRES DU
SOUS-COMITE DU PROGRAMME DEVRONT PARTICIPER - 1985-1986

Nom, lieu et date de la réunion	Objectif	Langue	Membres participants
Réunion sous-régionale pour le Programme (RSP) - Harare - Bamako - Brazzaville Semaines consécutives en février 1986	Examen du premier projet du Budget Programme 1988-1989 Examen du mandat du Groupe de Travail en ce qui concerne la CTPD	A/F/P	Les membres du Sous-Comité participeront chacun à la réunion de sa Sous-Région
Dixième réunion régionale pour le Programme (RRP) Brazzaville, avril 1986	Examen du Budget Programme 1988-1989	A/F/P	Tous les membres du Sous-Comité du Programme
Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS) Brazzaville, juin 1986	Examen de la politique régionale en matière de Budget Programme	A/F/P	Président Vice-Président Rapporteur
Réunion du Sous-Comité du Programme Brazzaville, 1986		A/F/P	Tous les membres du Sous-Comité du Programme

Annexe 11

DATE ET LIEU DE LA PROCHAINE REUNION

6. Le Président a rappelé aux membres que la prochaine réunion du Sous-Comité du Programme se tiendrait deux jours avant la trente-sixième session du Comité régional, à Brazzaville (République populaire du Congo), en septembre 1986.

CLOTURE DE LA REUNION

7. Le Président a remercié les membres du Sous-Comité du Programme de leur aimable coopération et de l'aide qu'ils lui ont apportée dans l'accomplissement de sa tâche, et leur a exprimé ses meilleurs voeux.

Annexe 11

APPENDICE 1

LISTE DES PARTICIPANTS

BURKINA FASO

Dr A. Tientore
Direction de la Surveillance épidémiologique et des Vaccinations
Ouagadougou

BURUNDI

Dr P. Mpitabakana
Inspecteur général de la Santé publique
Ministère de la Santé publique
Bujumbura

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Dr V. Mbarindi
Directeur général de la Santé publique
Ministère de la Santé publique
Bangui

GUINEE EQUATORIALE

M. B. Mba Ecuá Miko
Ministro de Sanidad
Ministerio de Sanidad
Malabo

ETHIOPIE

Dr T. Tokon
Head, Department of Health Services
Ministry of Health
Addis Ababa

Appendice 1Annexe 11

GABON

M. M. Mboumba
Directeur général de la Santé publique
Ministère de la Santé publique et de la Population
Libreville

Dr L. Adandé-Menest
Inspecteur général de la Santé publique
Ministère de la Santé publique
Libreville

MADAGASCAR

Dr E. Andriamampihantona
Secrétaire général
Ministère de la Santé publique
Antananarivo

MALAWI

Dr G. W. Lungu
Deputy Chief Medical Officer
Ministry of Health
Lilongwe-3
Malawi

TANZANIE

Dr A. Y. Mgeni
Director, Preventive Health Division
Ministry of Health
Dar es-Salaam

ZIMBABWE

Dr D. G. Makuto
Deputy Secretary for Health
Ministry of Health
P. O. Box 8204, Causeway
Harare

ORDRE DU JOUR

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 (document AFR/RC35/26)
4. Date et lieu de la prochaine réunion
5. Clôture de la réunion.

ANNEXE 12

ALLOCUTION DE CLOTURE DE MONSIEUR C. MWANANSHIKU,
MINISTRE DE LA SANTE DE LA ZAMBIE,
PRESIDENT DE LA TRENTE-CINQUIEME SESSION DU COMITE REGIONAL

Monsieur le Premier Ministre,
Monsieur le Secrétaire d'Etat à la Défense et à la Sécurité,
Honorables Membres du Comité central,
Monsieur le Directeur général adjoint,
Monsieur le Directeur régional,
Honorables Ministres,
Distingués participants,
Mesdames et Messieurs,

1. J'aimerais d'emblée vous dire combien la tâche de présider la trente-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique m'a été agréable et remercier tous les membres du Comité de m'avoir apporté leur concours. Les délibérations ont été franches, positives et amicales. J'ai été rempli d'admiration par le calme dont ne se sont à aucun moment départis les honorables et distingués délégués ainsi que les membres du Secrétariat, même quand ils ont dû subir des contraintes telles que celles du transport que nous n'avons pas toujours su assurer.

2. L'esprit d'unité et de coopération dont il a été fait montre au cours de cette réunion est des plus encourageant et devrait continuer à prévaloir au profit des populations de l'Afrique. Après tout, les frontières de nos pays sont artificielles. Elles ont été tracées par des colonialistes pour sauvegarder leurs intérêts politiques et financiers. Je suis sûr qu'avec cet esprit d'entraide, le partage des ressources se fera de façon optimale et de nouveaux domaines de coopération seront explorés.

Annexe 12

3. Messieurs les Ministres et les Distingués délégués ont adopté le rapport final et les résolutions du Comité donnant ainsi au Directeur régional et à son Secrétariat des directives sur un nombre de questions importantes concernant l'activité de l'OMS dans la Région africaine. Le Comité s'est engagé à mettre en oeuvre un certain nombre de résolutions qui ont été adoptées et, en ma qualité de Président de ce Comité, il me faut coopérer et collaborer avec le Directeur régional et les Etats Membres pour faire en sorte que ces directives soient suivies.

4. J'aimerais demander à Messieurs les Ministres et aux Distingués délégués de me permettre de faire référence à une ou deux questions dont nous avons débattus. Il s'agit en premier lieu de la coopération technique entre les pays en développement (CTPD). Je suis d'avis que la CTPD dans le domaine de la santé devrait faire partie d'autres volets de la coopération technique. Par exemple, le secteur santé n'est pas directement représenté dans les Accords d'Echanges préférentiels ni auprès de la Conférence de Coordination du Développement de l'Afrique australe. Il serait donc bon que les Ministres de la Santé prennent l'initiative d'utiliser les tribunes plus vastes de la coopération dans la Région africaine.

5. Le rôle toujours plus grand de la recherche sur les services de santé a été discuté longuement au cours des discussions techniques, et j'espère que cet outil servira à étudier en profondeur nos systèmes de soins de santé. Je crois également que des recherches appropriées sur les services de santé nous aideront à surveiller et à évaluer nos stratégies.

6. Nous avons individuellement et collectivement examiné les stratégies qui s'imposent pour favoriser la mise en oeuvre des soins de santé primaires dans la Région. Cette évaluation nous a permis de mettre en lumière les progrès réalisés et grand nombre des faiblesses. En ma qualité de Président de cette session, j'aimerais vous voir redoubler de vigilance et espère que la prochaine évaluation constatera que la santé de nos populations s'est améliorée.

Annexe 12

7. Le Comité a débattu avec éloquence franchise et de manière exhaustive de la question des Coordonnateurs nationaux. J'aimerais vous remercier tous d'être arrivés à un consensus. Je n'ignore guère, Honorables délégués, que les tâches d'un Directeur régional sont lourdes et c'est donc avec plaisir que je m'aperçois que nos délibérations l'appuient et lui permettent de remplir ses fonctions avec efficacité afin que collectivement nous soyons à même d'atteindre notre objectif de choix - la santé pour tous.

8. Messieurs les Ministres et Distingués délégués, nous avons examiné grand nombre de questions au cours de cette session et l'une des conclusions auxquelles nous sommes arrivés est que nous sommes tout à fait d'accord avec les propos qui préfacent le rapport biennal 1983-1984 du Directeur régional, à savoir que la crise socio-économique mondiale n'a fait que ralentir, d'une manière très inquiétante, la mise en oeuvre conséquente des stratégies nationales de la santé pour tous en l'an 2000 par le biais des soins de santé primaires. Le Dr Malher, Directeur général de l'OMS, a fait écho à cette déclaration.

9. Le Directeur régional nous avertit également que "malgré les efforts louables entrepris par les Etats Membres, la communauté internationale et principalement l'OMS, la situation ne cesse de se dégrader". D'après lui, "tout ceci compromet dangereusement le succès des actions combien courageuses entreprises par les gouvernements, les organisations gouvernementales et l'OMS pour faire accéder les individus et les collectivités à ce complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie".

10. Dans son rapport, le Directeur régional décrit la situation des pays africains comme étant "alarmante" et déclare qu'elle est aggravée par des calamités de toutes sortes dont la sécheresse avec ses conséquences sociales sans égales.

11. Tout en poursuivant nos diverses stratégies de mise en oeuvre des programmes de santé pour tous d'ici l'an 2000, nous devrions également déployer des efforts concertés pour communiquer cet important message à nos populations.

Annexe 12

12. Comme l'a fait remarquer le Directeur général, le succès de nos plans d'action dépend de la coopération et de la compréhension des populations. Il est important que le peuple sache pourquoi le gouvernement prend des décisions souvent pénibles quand il s'agit d'assainir l'économie et d'éviter ainsi l'effondrement politique et économique du pays. Malgré nos difficultés économiques, nous devrions garder présent à l'esprit le thème du discours du Directeur régional : Priorité à l'action.

13. Il me fait plaisir de constater que les pays membres sont bien représentés à l'exception de la République gambienne qui s'est vue dans l'incapacité de se joindre à nous. J'aimerais, au nom du Directeur régional, dire combien sa présence et sa contribution nous ont manqué. J'espère qu'elle sera parmi nous l'année prochaine, lors de la prochaine session du Comité.

14. Je rends hommage au Dr H. Mahler, Directeur général de l'OMS, dont la présence au début de la conférence a été source d'inspiration. Son exposé a animé nos discussions. Je voudrais attirer l'attention de Messieurs les Ministres sur la proposition du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, le Dr H. Mahler, d'établir des programmes d'action nationaux de soins de santé primaires et de fixer des objectifs spécifiques. Le discours du Dr Mahler contient plusieurs autres suggestions importantes et j'estime que les Etats Membres feraient bien de l'étudier attentivement en vue de l'action.

15. J'aimerais également remercier le Dr Lambo, Directeur général adjoint, d'avoir bien voulu assister au Comité et d'être intervenu de façon opportune dans nos délibérations qui ont été très fructueuses. Le Dr Lambo est un des grands fils de l'Afrique, un de ceux qui ont le courage d'appeler les choses par leur nom. Ceux d'entre vous qui ont lu son article intitulé "La santé de ses populations, Stratégies pour le développement" qui a paru dans la revue "Africa Health" de juin-juillet 1985 seront d'accord avec moi. Je voudrais assurer le Dr Lambo que les Ministres et Honorables délégués ont pris bonne note du conseil qu'il leur a donné de participer activement aux délibérations de l'Assemblée générale de l'OMS.

Annexe 12

16. Je tiens à féliciter le Dr Monekosso, Directeur régional, et tout le Secrétariat pour la grande tâche qu'ils ont accomplie et pour leur dévouement. Les documents du Comité ont été préparés avec efficacité et rapidité. Je suis sûr que je parle au nom de toutes les délégations quand je dis que le Directeur régional a fait montre de qualités rares et exemplaires. Son caractère et sa personnalité nous garantissent qu'il collaborera avec les Etats Membres et leur apportera conseil et soutien dans la recherche des solutions aux problèmes de santé qui affectent la Région africaine.

17. Permettez-moi de saisir cette occasion pour remercier :

- a) les observateurs qui ont été invités conformément à la résolution WHA27.37;
- b) les représentants des Nations Unies et des institutions spécialisées;
- c) les représentants d'autres organisations intergouvernementales;
- d) les représentants des organisations non gouvernementales et autres observateurs qui se sont joints à nous au cours de cette session, de leur collaboration avec l'OMS et les Etats Membres pour instaurer les objectifs de l'OMS; je souhaite que cette coopération se poursuive et se renforce au profit des populations africaines.

18. Pour conclure, j'aimerais rendre hommage aux interprètes et traducteurs et à tous ceux qui ont oeuvré dans les coulisses et ont si bien contribué au succès de nos délibérations. Je vous souhaite à tous bon retour dans vos pays et je prie le Tout-Puissant de faire en sorte "qu'une Afrique, une révolution" se fassent dans "une Afrique bien portante".

19. J'ai l'honneur et le privilège de demander à Son Excellence le Premier Ministre de prendre la parole.

ANNEXE 13

ALLOCUTION DE CLOTURE DE
SON EXCELLENCE M. KEBBY S. K. MUSOKOTWANE,
PREMIER MINISTRE, MEMBRE DU COMITE CENTRAL,
MEMBRE DU PARLEMENT DE LA REPUBLIQUE DE ZAMBIE

Monsieur le Président,
Messieurs les Membres du Comité central,
Monsieur le Directeur général de l'OMS,
Messieurs les Ministres,
Monsieur le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique,
Honorables délégués,
Mesdames, Messieurs,

1. Nous avons suivi avec un grand intérêt pendant ces sept derniers jours vos délibérations. J'ai appris que vos discussions ont été franches, amicales et constructives. La volonté dont ont fait montre les Ministres de la Santé de renforcer les stratégies visant à favoriser la mise en oeuvre efficace des soins de santé primaires, nous donne fortement espoir de voir instaurer l'objectif qui nous tient à coeur à savoir, la santé pour tous en l'an 2000. En ce qui nous concerne, nous étudierons très attentivement les résolutions de votre conférence afin d'améliorer l'état de santé de notre peuple.

2. J'aimerais saisir cette occasion pour exprimer notre gratitude, en tant qu'Etat hôte, au Dr Mahler, Directeur général, au Dr Monekosso, Directeur régional, ainsi qu'aux fonctionnaires de l'Organisation pour les efforts qu'ils ont déployés pour assurer le succès de cette conférence. Nous espérons de tout coeur que le séjour de nos hôtes dans notre capitale aura été des plus agréables.

3. Honorables délégués, vous êtes réunis ici depuis quelques jours pour tenter de déterminer dans combien de temps le continent africain sera à même de prendre la place qui lui revient, celle de continent de l'avenir.

Annexe 13

4. Nous avons subi des revers, nous sommes en butte à des problèmes dont certains sont de notre propre fait. D'autres, toutefois, nous sont imposés, hélas, afin que le continent africain s'enlise dans la torpeur. Les Africains et les Africaines qui oeuvrent dans la politique, la santé, l'éducation, l'économie et dans tous les domaines, doivent à présent se dresser et lutter afin que notre continent soit comme tous les autres continents.

5. Les choses étant ce qu'elles sont, nous continuerons de subir en Afrique, pendant quelques années encore, une autre forme de traite, celle de nos minerais, de nos matières premières et de nos produits agricoles. Leurs prix ne seront pas fixés par nous-mêmes, mais par les consommateurs : les pays industrialisés, ceux-là même qui fixeront les prix de nos biens de consommation. Nous continuerons à peiner pour eux, mais nous devons toutefois, trouver un moyen de surmonter cette situation car nous n'avons pas le choix. C'est pour cette raison qu'au cours de la réception à laquelle vous avez eu l'aimabilité d'assister, j'ai déclaré que vous deviez vous comporter plus comme des soldats que comme des agents de santé.

6. J'espère que votre réunion a su apporter des pierres solides et résistantes à l'édification de notre continent. Ceci sera mis à l'épreuve dans les années à venir quand nous mesurerons les progrès accomplis dans l'amélioration de l'état de santé en Afrique. Nous espérons pouvoir continuer à convaincre certains de nos collègues que des fonds doivent être consacrés à la santé et à l'éducation, moteurs du développement qui, par conséquent ne doivent pas être négligés. Je plaide coupable car, lorsque j'étais Ministre des Finances, il se peut, je dis bien il se peut, que je n'ai pas affecté suffisamment de ressources à ces secteurs importants. A cette époque, j'envisageais le problème de façon restreinte; à présent, en tant que Premier Ministre, je suis convaincu que l'avenir de l'Afrique sera déterminé par la qualité de l'éducation et des soins de santé. Ceux parmi les pays industrialisés qui souhaitent que nous devenions des partenaires à part entière doivent, outre l'assistance en matière d'agriculture, nous fournir une aide adéquate dans les domaines de la santé et de l'éducation.

Annexe 13

7. Voilà plusieurs jours que vous êtes réunis, et je ne pense pas que vous ayez encore envie d'entendre des discours. J'aimerais toutefois, au nom de notre Président, au nom de notre Comité central, au nom de notre Gouvernement et au nom du peuple zambien, vous remercier une fois de plus de nous avoir fait l'honneur de tenir cette réunion dans notre pays. Puis-je vous remercier également avant de déclarer officiellement close cette importante réunion d'avoir trouvé le temps de vous pencher sur les problèmes de santé de l'Afrique ? Que Dieu vous bénisse et qu'il nous aide à répondre à l'appel du peuple africain.