

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

Brazzaville
10-17 septembre 1986

RAPPORT DU COMITE REGIONAL

Brazzaville
Décembre 1986

SOMMAIRE

PARTIE I

	<u>Page</u>
DECISIONS DE PROCEDURE	1
1. Composition du Sous-Comité des Désignations	1
2. Election du Président, Vice-Président et des Rapporteurs ...	1
3. Composition du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs	2
4. Pouvoirs	2
5. Réunion du Sous-Comité du Programme	2
6. Désignation du représentant de la Région africaine au Comité conjoint de Coordination (CCC) du Programme spécial de Recherche et de Formation sur les Maladies tropicales (TDR)	3
7. Choix de sujet des discussions techniques de 1987	3
8. Désignation du Président et du Président suppléant des discussions techniques pour 1987	3
9. Dates et lieux des trente-septième et trente-huitième sessions du Comité régional	4
10. Incidences régionales des ordres du jour de la soixante-dix-neuvième session du Conseil exécutif et de la Quarantième Assemblée mondiale de la Santé	4
11. Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé	4
RESOLUTIONS	7
AFR/RC36/R1 Activités de l'OMS en 1985 - Rapport succinct du Directeur régional pour 1985	7
AFR/RC36/R2 Accélérer l'instauration de la santé pour tous dans les Etats Membres de la Région africaine de l'OMS	8
AFR/RC36/R3 Politique régionale en matière de budget programme	9
AFR/RC36/R4 Projet de Budget Programme 1988-1989	10

	<u>Page</u>
AFR/RC36/R5	Huitième Programme général de Travail pour une période déterminée 1990-1995 11
AFR/RC36/R6	Stratégie régionale antipaludique 12
AFR/RC36/R7	Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif 14
AFR/RC36/R8	Création d'un Prix de Santé publique en Afrique "Docteur Comlan A. A. Quenum" 15
AFR/RC36/R9	Lutte contre les maladies diarrhéiques 16
AFR/RC36/R10	Motion de sympathie au Gouvernement du Cameroun ... 17
AFR/RC36/R11	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 18

PARTIE II

	<u>Paragraphes</u>
OUVERTURE DE LA SESSION	1 - 18
ORGANISATION DES TRAVAUX DU COMITE	19 - 21
DEROULEMENT DES TRAVAUX - ACTIVITES DE L'OMS EN 1985 : RAPPORT SUCCINCT DU DIRECTEUR REGIONAL	22 - 50
PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES MALADIES DIARRHEIQUES	51 - 83
CREATION D'UN PRIX DE SANTE PUBLIQUE EN AFRIQUE "DR COMLAN A. A. QUENUM"	84 - 87
MODALITES DE MISE EN OEUVRE DES RESOLUTIONS D'INTERET REGIONAL ADOPTEES PAR L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE ET LE CONSEIL EXECUTIF	88 - 109
ORDRES DU JOUR DE LA SOIXANTE-DIX-NEUVIEME SESSION DU CONSEIL EXECUTIF ET DE LA QUARANTIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE : REPERCUSSIONS REGIONALES	110 - 111
METHODE DE TRAVAIL ET DUREE DE L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE	112 - 115
APPUI ECONOMIQUE A LA STRATEGIE NATIONALE DE LA SANTE POUR TOUS	116 - 120

	<u>Paragaphes</u>
POLITIQUE REGIONALE EN MATIERE DE BUDGET PROGRAMME	121 - 126
PROJET DE BUDGET PROGRAMME 1988-1989	127 - 135
HUITIEME PROGRAMME GENERAL DE TRAVAIL POUR LA PERIODE 1990-1995 (PGT.8)	136 - 145
STRATEGIE REGIONALE REVISEE DE LA LUTTE ANTIPALUDIQUE	146 - 163
RAPPORT DES REUNIONS SOUS-REGIONALES POUR LE PROGRAMME	164 - 186
RAPPORT DE LA SIXIEME REUNION DU COMITE CONSULTATIF AFRICAIN POUR LE DEVELOPPEMENT SANITAIRE (CCADS)	187 - 195
RAPPORT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES : "APPROCHE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES POUR LA PROMOTION ET LA PROTECTION DE LA SANTE DES TRAVAILLEURS AGRICOLES DURANT LA DECENNIE DU DEVELOPPEMENT INDUSTRIEL EN AFRIQUE"	196 - 207
CHOIX DE SUJET DES DISCUSSIONS TECHNIQUES DE 1987	208 - 209
DESIGNATION DU PRESIDENT ET DU PRESIDENT SUPPLEANT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES POUR 1987	210 - 211
DATES ET LIEUX DE LA TRENTE-SEPTIEME ET DE LA TRENTE-HUITIEME SESSIONS DU COMITE REGIONAL	212 - 216
CONCLUSIONS	217 - 221
CLOTURE DE LA SESSION	222 - 224

ANNEXES

	<u>Page</u>
1. Allocution du Dr H. Mahler, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé	75
2. Allocution du Professeur Aïssah Agbetra, Ministre de la Santé publique, des Affaires sociales et de la Condition féminine du Togo, Président en exercice de la trente-cinquième session du Comité régional	85
3. Allocution du Docteur G. L. Monekosso Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique	93
4. Allocution de Son Excellence, le Colonel Denis Sassou Nguesso, Président du Comité central du Parti Congolais du Travail, Président de la République populaire du Congo, Président en exercice de l'Organisation de l'Unité Africaine	101

	<u>Page</u>
5. Message de Son Excellence le Secrétaire général de l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA)	109
6. Ordre du jour	111
7. Liste des documents	113
8. Liste des participants	116
9. Rapport du Sous-Comité du Programme	134
10. Rapport de la réunion du Sous-Comité du Programme tenue le 17 septembre 1986	167
11. 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"	173
12. Ordre du jour provisoire de la trente-septième session du Comité régional	190

PARTIE I

DECISIONS DE PROCEDURE

1. Composition du Sous-Comité des Désignations

Le Comité régional a désigné un Sous-Comité des Désignations comportant les représentants des 12 Etats Membres suivants : Botswana, Guinée équatoriale, Gabon, Guinée, Kenya, Malawi, Mali, Mozambique, Niger, Nigéria, Sénégal et Tanzanie. L'Honorable J. L. T. Mothibamele (Botswana) a été élu Président.

Deuxième séance, 10 septembre 1986

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

Après avoir examiné le rapport du Sous-Comité des Désignations, le Comité régional a procédé aux élections suivantes par acclamation :

Président : Général X. S. Yangongo (République centrafricaine)
Ministre de la Santé et des Affaires sociales

Vice-Président :

- Premier tour (de scrutin) Madame P. D. de Mbuamangongo (Guinée équatoriale)
Vice-Ministre de la Santé

- Deuxième tour Honorable Dr S. Shongwe (Souaziland)
Ministre de la Santé

Rapporteurs : Dr M. Browne (Sierra Leone)
Dr P. Mpitabakana (Burundi)
Dr S. Mohamed (Comores)

Rapporteurs des discussions techniques :

Dr H. Sanoussi (Bénin)

Dr E. K. Njelesani (Zambie)

Dr A. S. Marques de Lima (Sao Tomé et Principe)

Troisième séance, 11 septembre 1986

3. Composition du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs

Le Comité régional a désigné un Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs comportant les représentants des 12 Etats Membres suivants : Angola, Cap-Vert, Comores, Tchad, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Madagascar, Mauritanie, Sierra Leone, Ouganda et Zambie. Il a élu M. S. Shitemi (Kenya) comme Président.

Troisième séance, 11 septembre 1986

4. Pouvoirs

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

Quatrième séance, 12 septembre 1986

5. Réunion du Sous-Comité du Programme

Le Directeur régional convoquera une réunion du Sous-Comité du Programme une fois tous les deux ans à Brazzaville pour examiner le projet de budget programme pour le biennium suivant. Pour les années intermédiaires où le Sous-Comité du Programme ne se réunira pas, les réunions sous-régionales de la CTPD et les réunions du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire examineront les principaux thèmes du projet de l'ordre du jour provisoire de la réunion du Comité régional suivant.

Cinquième séance, 15 septembre 1986

6. Désignation du représentant de la Région au Comité conjoint de Coordination (CCC) du Programme spécial de Recherche et de Formation sur les Maladies tropicales (TDR)

Le Comité régional prend note du fait que le membre sortant du Comité conjoint de Coordination TDR, conformément à la Décision de procédure No 12 de la trente-troisième session du Comité régional, est Maurice.

Il le remercie de sa contribution au développement de la recherche sur les maladies tropicales à l'échelon régional et mondial. Il désigne le Mozambique pour le remplacer pendant les trois prochaines années.

Cinquième séance, 15 septembre 1986

7. Choix de sujet des discussions techniques de 1987

Le Comité décide que les discussions techniques qui auront lieu à sa trente-septième session porteront sur le thème "Appui opérationnel aux soins de santé primaires (niveau périphérique)".

Sixième séance, 16 septembre 1986

8. Désignation du Président et du Président suppléant des discussions techniques pour 1987

Le Comité régional désigne le Dr Dibandala Ngandou-Kabeya et le Dr Martin P. Mandara comme Président et Président suppléant des discussions techniques de la trente-septième session.

Sixième séance, 16 septembre 1986

9. Dates et lieux des trente-septième et trente-huitième sessions du Comité régional

Le Comité régional décide de tenir sa trente-septième session à Bamako (Mali) en septembre 1987 et sa trente-huitième session à Brazzaville (Congo) en septembre 1988. 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.

Sixième séance, 16 septembre 1986

10. Incidences régionales des ordres du jour de la soixante-dix-neuvième session du Conseil exécutif et de la Quarantième Assemblée mondiale de la Santé

Le Comité régional approuve l'ordre du jour de la trente-septième session du Comité régional proposé par le Directeur régional dans l'Annexe 4 du document AFR/RC36/6.

Il invite le Président de la trente-sixième 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, 16 septembre 1986

11. 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 en 1988 sera désigné lors de la trente-septième session du Comité régional en 1987. A cette session, il appartiendra aux pays de la Sous-Région II de proposer un candidat pour la présidence de l'Assemblée mondiale de la Santé en 1988. Ce sera ensuite au tour de la Sous-Région III, puis de la Sous-Région I, de proposer un candidat.

Vice-Président de l'Assemblée mondiale de la Santé

2) Le Président de la trente-sixième session du Comité régional sera proposé au poste d'un des cinq Vice-Présidents de la Quarantième Assemblée mondiale de la Santé en mai 1987. 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, considérera, avant chaque Assemblée mondiale de la Santé, si nécessaire, les délégués des Etats Membres de la Région africaine qui pourraient éventuellement servir efficacement comme :

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

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 Quarantième Assemblée mondiale de la Santé sont la Côte d'Ivoire, la Guinée équatoriale, la Guinée et le Kenya.

5) Les nouveaux membres du Conseil exécutif seront désignés par le Malawi, le Mali, la Mauritanie et Maurice.

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 Quarantième Assemblée mondiale de la Santé

8) Le représentant du Zaïre prendra la parole au nom de la Région, à la clôture de la Quarantième Assemblée mondiale de la Santé.

Réunion informelle du Comité régional

9) Elle sera convoquée par le Directeur régional pour le lundi 4 mai 1987, à 10 heures, au Palais des Nations à Genève, pour confirmer les décisions prises par la trente-sixième session du Comité régional.

Sixième séance, 16 septembre 1986

RESOLUTIONS

AFR/RC36/R1 Activités de l'OMS en 1985 : Rapport succinct du Directeur régional pour 1985

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport succinct du Directeur régional pour 1985;

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

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

1. APPROUVE le rapport du Directeur régional;
2. FELICITE le Directeur régional des mesures prises pour réorganiser le Bureau régional et décentraliser les ressources afin d'augmenter l'efficience et l'impact de l'Organisation au niveau opérationnel;
3. INVITE les Etats Membres à :
 - i) prendre les mesures appropriées pour accélérer l'instauration de la SPT/2000, en mettant l'accent sur les activités au niveau local;
 - ii) renforcer le développement des systèmes de santé nationaux fondés sur les soins de santé primaires, en utilisant comme cadre de référence le plan d'action étalé sur trois ans pour la période 1986-1988 auquel a souscrit le Comité lors de sa trente-cinquième session;
 - iii) formuler et mettre en oeuvre des politiques rationnelles sur le développement et l'utilisation des personnels de santé;
 - iv) renforcer les capacités pour la planification, la mise en oeuvre, la surveillance et l'évaluation des programmes de santé;

4. PRIE le Directeur régional de :

- i) poursuivre sans relâche ses efforts en vue de promouvoir la collaboration intersectorielle et aider les pays à mettre en place les mécanismes appropriés pour rendre la collaboration intersectorielle effective, notamment au niveau local;
- ii) prendre les mesures appropriées pour mobiliser les ressources extrabudgétaires requises pour appuyer les SSP, en particulier au niveau local.

Sixième séance, 16 septembre 1986

AFR/RC36/R2 Accélérer l'instauration de la santé pour tous dans les Etats Membres de la Région africaine de l'OMS

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport succinct du Directeur régional sur les activités de l'OMS pour 1985;

Ayant examiné le rapport du Directeur régional sur la politique régionale en matière de budget programme et le Projet de Budget Programme 1988-1989;

Notant que le processus de programmation-budgétisation des ressources de l'OMS doit permettre de mettre en oeuvre la politique sanitaire collectivement adoptée;

Constatant que le point faible de la mise en place de l'appui aux soins de santé primaires est l'absence ou l'insuffisance de mécanismes de gestion au niveau opérationnel;

Se référant à la résolution WHA39.7 demandant aux Etats Membres de privilégier les systèmes de santé de district pour mettre en oeuvre les éléments essentiels des SSP;

Considérant que de nombreuses activités entreprises par des organismes gouvernementaux et autres à la périphérie ne peuvent être maintenues faute de capacités gestionnaires et de l'infrastructure nécessaire pour assurer une continuité;

Reconnaissant que cette contrainte gestionnaire est la principale raison pour laquelle les progrès ne se matérialisent pas malgré les efforts et les énormes dépenses consentis pour des programmes verticaux,

1. INVITE les Etats Membres à réserver au moins 5 % des ressources du budget ordinaire de l'Organisation pour améliorer le processus gestionnaire au niveau du district, de façon à coordonner et intégrer toutes les activités multisectorielles des SSP à ce niveau, et tirer pleinement parti de toutes les ressources sanitaires disponibles;

2. PRIE le Directeur général et le Directeur régional d'inciter par tous les moyens et en toutes occasions les bailleurs de fonds potentiels, nationaux internationaux, bilatéraux et non gouvernementaux à mobiliser des ressources financières additionnelles pour renforcer la mise en oeuvre des stratégies nationales au niveau du district.

Sixième séance, 16 septembre 1986

AFR/RC36/R3 Politique régionale en matière de budget programme

Le Comité régional,

Prenant note des résolutions EB75.R7 et WHA38.11 qui prient le Comité régional de préparer la politique régionale en matière de budget programme;

Reconnaissant la nécessité pour les Etats Membres de faire le meilleur usage possible des ressources limitées de l'OMS pour les activités qui sont conformes aux politiques sanitaires collectivement adoptées par les Etats Membres au sein de l'OMS, en vue de l'instauration de la SPT/2000;

Ayant étudié de façon détaillée le rapport présenté par le Sous-Comité du Programme,

1. NOTE avec satisfaction la façon dont la politique en matière de budget programme a permis de consolider les politiques collectives existantes de l'Organisation et a jeté les bases d'un cadre gestionnaire pour incorporer ces politiques dans les activités nationales dans le cadre de la mise en oeuvre du budget programme;
2. CONSTATE que la politique en matière de budget programme offre un moyen efficace d'améliorer la collaboration entre les Etats Membres et l'OMS;
3. RECOMMANDE d'assurer la surveillance continue et l'évaluation de la mise en oeuvre de cette politique de manière à refléter convenablement les progrès réalisés par l'Organisation dans la Région;
4. INVITE les Etats Membres à assumer leurs responsabilités lors de la préparation et la mise en oeuvre de la politique régionale en matière de budget programme;
5. PRIE le Directeur régional de :
 - i) donner son appui aux Etats Membres dans les recherches qu'ils effectuent pour mettre au point des mécanismes plus efficaces pour préparer, mettre en oeuvre et assurer la surveillance continue et l'évaluation du processus de budget programme;
 - ii) faire en sorte qu'à l'avenir, les propositions du budget programme régional soient préparées conjointement avec tous les Etats Membres, conformément à cette politique.

Sixième séance, 16 septembre 1986

AFR/RC36/R4 Projet de Budget Programme 1988-1989

Le Comité régional,

Ayant étudié de façon détaillée le rapport soumis par le Sous-Comité du Programme chargé d'examiner le Projet de Budget Programme 1988-1989 :

1. NOTE que le budget programme a été préparé conformément aux directives données par la Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé et qu'un taux de croissance zéro en termes réels a été à la base de la budgétisation des activités du Bureau régional et des activités régionales;
2. CONSTATE que la participation des membres du Sous-Comité du Programme aux Réunions sous-régionales pour le Programme pour préparer le budget programme facilite les travaux et les décisions du Comité régional;
3. FELICITE le Directeur régional et son équipe de cette initiative qui vise à traduire dans les faits la réorientation de la politique dans l'esprit de la nouvelle structure du Bureau régional de l'Afrique;
4. APPROUVE le rapport du Sous-Comité du Programme;
5. PRIE le Directeur régional de transmettre le budget programme 1988-1989 au Directeur général pour examen et inclusion dans le Projet de Budget Programme de l'Organisation pour 1988-1989.

Sixième séance, 16 septembre 1986

AFR/RC36/R5 Huitième Programme général de Travail pour une période déterminée 1990-1995

Le Comité régional,

Ayant pris acte de l'approche suivie par le Directeur régional pour la préparation de la contribution de la Région africaine au Huitième Programme général de Travail (PGT.8);

Notant avec satisfaction que l'élaboration de ce programme est guidée par le souci d'assurer une continuité avec le Septième Programme général de Travail (PGT.7) en apportant les aménagements appropriés;

Faisant siennes les observations et recommandations pertinentes du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS) et du Sous-Comité du Programme,

1. APPROUVE le document AFR/RC36/10 tel qu'amendé par le Sous-Comité du Programme;
2. PRIE le Directeur régional de transmettre au Directeur général le document AFR/RC36/10 comme contribution de la Région africaine au Huitième Programme général de Travail (PGT.8).

Sixième séance, 16 septembre 1986

AFR/RC36/R6 Stratégie régionale antipaludique

Le Comité régional,

Ayant étudié le rapport du Directeur régional sur la stratégie antipaludique;

Reconnaissant que la situation du paludisme dans la plupart des pays africains met en danger non seulement la santé de leur population, mais affecte également l'ensemble du développement socio-économique et les progrès vers l'instauration de "la santé pour tous d'ici l'an 2000;

Considérant que la plupart des recommandations figurant dans la résolution WHA31.45 adoptée par la Trente et Unième Assemblée mondiale de la Santé, quand elle a réexaminé la stratégie mondiale antipaludique, et dans les résolutions suivantes de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Comité régional, n'ont pas été mises en application,

1. APPROUVE le rapport du Directeur régional;
2. SOULIGNE la nécessité pour les Etats Membres de prendre des engagements fermes pour la lutte antipaludique en dégagant des ressources adéquates aux niveaux national, régional et international;

3. INVITE instamment les Etats Membres à :

- i) réorienter leur programme de lutte antipaludique - l'objectif final étant l'éradication du paludisme lorsque c'est possible - pour qu'elle soit partie intégrante du programme national de santé, conformément aux principes directeurs énoncés dans le rapport du Directeur régional; et
- ii) accroître les moyens (financiers, administratifs et techniques) consacrés au paludisme dans leurs plans nationaux de développement;

4. INVITE les bailleurs de fonds à appuyer concrètement les activités de lutte antipaludique au niveau des pays;

5. PRIE le Directeur régional :

- i) de continuer à prodiguer des conseils et un appui technique aux activités nationales antipaludiques;
- ii) de promouvoir la coordination sous-régionale et régionale des programmes nationaux antipaludiques;
- iii) d'apporter un appui technique aux pays pour intégrer les activités antipaludiques au système des SSP, notamment dans la formation et l'équipement des agents de santé communautaires;
- iv) de continuer à développer un réseau régional pour la formation des agents de santé communautaires dans le domaine du paludisme;
- v) d'encourager et renforcer les recherches qui débouchent concrètement sur des mesures applicables pour la lutte et le contrôle du paludisme;
- vi) de faire appel à la collaboration du Programme de Recherche sur les Maladies tropicales (TDR), pour le contrôle dans des délais raisonnables de la pharmacorésistance dans les pays de la Région qui sont confrontés à ce problème;

- vii) d'explorer toutes les possibilités d'obtenir des ressources extrabudgétaires complémentaires pour le programme d'action antipaludique;
- viii) de passer continuellement en revue la situation du paludisme et la mise en oeuvre du programme antipaludique et d'en rendre régulièrement compte au Comité régional;
- ix) de lancer un programme visant à lutter contre le vecteur du paludisme.

Sixième séance, 16 septembre 1986

AFR/RC36/R7 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,

Gardant présent à l'esprit les résolutions AFR/RC32/R7, AFR/RC33/R2, AFR/RC34/R3, AFR/RC35/R8;

Ayant examiné la proposition du Directeur régional sur les modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

1. APPROUVE les propositions du Directeur régional visant à la mise en oeuvre de ces résolutions;
2. FELICITE le Directeur régional des mesures qui ont déjà été prises;
3. ADOPTE la proposition du Directeur régional concernant une relation de travail structurée entre les Etats Membres, l'OMS et les organismes non gouvernementaux;

4. INVITE les Etats Membres à :

- i) poursuivre la mise en oeuvre desdites résolutions;
- ii) utiliser au mieux toutes les ressources potentielles et existantes pour mettre en oeuvre des activités de santé au niveau périphérique;
- iii) promouvoir et maintenir une coopération intersectorielle là où elle existe, l'introduire et la renforcer là où elle n'existe pas, afin d'accélérer le processus de développement sanitaire pour atteindre SPT/2000.

5. PRIE le Directeur régional de continuer à appuyer les Etats Membres dans la mise en oeuvre de ces résolutions.

Sixième séance, 16 septembre 1986

AFR/RC36/R8 Création d'un Prix de Santé publique en Afrique
"Docteur Comlan A. A. Quenum"

Le Comité régional,

Considérant les discussions qui ont eu lieu lors de la trente-sixième session du Comité régional pour l'Afrique concernant la proposition du Gouvernement du Cameroun d'honorer la mémoire de feu le Dr Comlan A. A. Quenum en créant un Prix de Santé publique qui porterait son nom;

Ayant à l'esprit les paragraphes 6.6 et 6.7 du Règlement financier de l'OMS,

1. REND HOMMAGE à la mémoire du Dr Comlan A. A. Quenum;
2. EXPRIME sa gratitude au Gouvernement du Cameroun pour cette excellente initiative qui vient à point nommé;

3. INVITE les Etats Membres, les organisations et autres personnes de bonne volonté à apporter des contributions volontaires au Fonds qui a été constitué pour ce Prix;
4. RECOMMANDE au Conseil exécutif et à l'Assemblée mondiale de la Santé la création d'un "Prix de Santé publique en Afrique, Dr Comlan A. A. Quenum".

Sixième séance, 16 septembre 1986

AFR/RC36/R9 Lutte contre les maladies diarrhéiques

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du Directeur régional sur le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques;

Rappelant la résolution AFR/RC35/R6,

1. NOTE avec satisfaction les progrès accomplis dans la mise en oeuvre du programme de lutte contre les maladies diarrhéiques dans la Région;
2. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres à intensifier la lutte contre les maladies diarrhéiques dans le cadre des activités de santé maternelle et infantile, particulièrement en raison de l'impact immédiat qu'on peut en escompter sur la mortalité de la première enfance;
3. EXPRIME sa gratitude au Fonds des Nations Unies pour l'Enfance et aux autres institutions internationales et bilatérales qui apportent leur appui au programme;
4. PRIE le Directeur régional de :
 - i) continuer à collaborer avec les Etats Membres au développement et au renforcement des programmes nationaux au moyen des activités de planification, de formation et d'évaluation;

- ii) renforcer l'appui de l'Organisation aux activités de recherche, y compris la recherche sur les méthodes traditionnelles de traitement et de prévention des maladies diarrhéiques;
- iii) continuer à collaborer avec le FISE et d'autres institutions participant au programme;
- iv) poursuivre la mobilisation des ressources extrabudgétaires en faveur des activités de lutte contre les maladies diarrhéiques;
- v) tenir le Comité régional régulièrement informé des progrès réalisés dans la mise en oeuvre de ce programme;
- vi) rechercher des fonds pour mettre en oeuvre un programme d'utilisation des médicaments traditionnels pour traiter et combattre les maladies diarrhéiques.

Sixième séance, 16 septembre 1986

AFR/RC36/R10 Motion de sympathie au Gouvernement du Cameroun

Le Comité régional,

Ayant été informé de la catastrophe naturelle survenue le 21 août 1986 au Lac Nyos dans la partie Nord-Ouest du Cameroun provoquant des pertes considérables, notamment en vies humaines, du fait de l'émission d'une nappe de gaz toxique;

Considérant que selon les rapports des spécialistes il subsiste un danger lié à une réapparition potentielle de ce phénomène,

1. EXPRIME sa profonde sympathie au peuple et au Gouvernement camerounais pour les préjudices inestimables causés aux populations touchées;
2. FELICITE le Gouvernement camerounais pour l'efficacité avec laquelle les secours ont pu être portés aux victimes de la catastrophe;

3. APPRECIE la façon dont la communauté internationale et les pays amis ont rapidement répondu à l'appel lancé par les autorités camerounaises;
4. PREND NOTE avec satisfaction des mesures prises par le Directeur régional pour appuyer les efforts du Gouvernement camerounais;
5. PRIE le Directeur régional de :
 - i) suivre la situation de près et de continuer à apporter autant que faire se peut l'appui de l'Organisation au Gouvernement camerounais;
 - ii) de transmettre cette résolution au Gouvernement et au peuple camerounais.

Sixième séance, 16 septembre 1986

AFR/RC36/R11 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

Le Comité régional,

Ayant pris acte du rapport sur les discussions techniques, document AFR/RC36/15;

Préoccupé par la situation socio-sanitaire précaire des travailleurs agricoles;

Constatant que ces derniers représentent 80 à 90 % de la population dans la majorité des pays de la Région,

1. PRIE les Etats Membres de :
 - a) accorder une priorité accrue à la solution des problèmes de santé des travailleurs agricoles dans le cadre des stratégies nationales de développement sanitaire axées sur les soins de santé primaires;

-
- b) formuler et renforcer la législation appropriée relative à la protection et à la promotion de la santé des travailleurs agricoles incluant la législation concernant l'importation et l'utilisation des produits chimiques/insecticides en agriculture;
- c) collaborer avec les organisations internationales et les organisations non gouvernementales, les industries et les travailleurs agricoles pour développer des activités tendant à améliorer le niveau de vie de l'ensemble de la population rurale dans les domaines tels que :
- habitation à bon marché;
 - approvisionnement en eau et assainissement;
 - électrification;
 - information et éducation de masse;
 - nutrition, etc.
- d) inclure dans les programmes de formation des différentes catégories professionnelles de la santé les aspects spécifiques des problèmes socio-sanitaires des travailleurs agricoles;
- e) promouvoir la coordination/collaboration entre les secteurs concernés par la santé des travailleurs agricoles, en particulier ceux des départements de la santé, du travail, de l'agriculture, de l'éducation, des travaux publics, etc., en vue de :
- i) planifier des services socio-sanitaires intégrés en faveur des travailleurs agricoles;
 - ii) utiliser en commun les ressources appropriées des différents secteurs de développement concernés;
2. PRIE le Directeur régional de :
- a) renforcer le programme régional "Santé des Travailleurs" en vue d'accorder une attention spéciale aux travailleurs agricoles;

- b) organiser une réunion d'experts chargés d'approfondir l'examen de cette question et de formuler des recommandations pratiques susceptibles d'améliorer les conditions socio-sanitaires des travailleurs agricoles dans le cadre de la stratégie SPT/2000;
 - c) apporter l'appui nécessaire aux initiatives tendant à promouvoir la santé des travailleurs agricoles, en particulier au niveau local;
 - d) renforcer la collaboration du Bureau régional avec les institutions spécialisées des Nations Unies, notamment la FAO, le BIT, le FISE, l'ONUDI et le PNUE, les institutions régionales, telles l'OUA, la CEA en particulier et les organisations non gouvernementales concernées, pour la planification intégrée et la mise en oeuvre des programmes socio-sanitaires en faveur des travailleurs agricoles;
 - e) tenir le Comité régional informé des mesures prises et des progrès réalisés dans ce domaine;
3. PRIE le Directeur régional de transmettre la présente résolution au Directeur général.

Sixième séance, 16 septembre 1986

PARTIE II

OUVERTURE DE LA SESSION

1. La trente-sixième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique s'est ouverte le 10 septembre 1986 au Bureau régional de l'OMS, à Brazzaville, en présence de Son Excellence le Colonel Denis Sassou Nguesso, Président du Comité Central du Parti Congolais du Travail, Président de la République, Chef du Gouvernement et Président en exercice de l'Organisation de l'Unité Africaine. A la séance inaugurale, étaient présents les membres du Bureau Politique, du Comité Central du Parti Congolais du Travail et du Gouvernement, les Représentants de 43 Etats Membres et de Mouvements de Libération nationale reconnus par l'OUA, les membres du corps diplomatique et les Représentants de plusieurs organisations internationales et non gouvernementales.

2. Le Professeur Agbeta, Président par intérim, a ouvert la trente-sixième session du Comité régional pour l'Afrique et a prié le Directeur général de l'OMS de prononcer son discours.

3. Le Directeur général (son allocution intégrale figure à l'Annexe 1) a déclaré que la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé qui s'est tenue en mai avait été qualifiée par la presse de "kermesse" politique mais qu'en réalité, elle avait fait une large place à la santé. Le risque de conflit politique avait été évité grâce au bon sens qui avait prévalu et qui doit continuer de prévaloir pour maintenir intacte la vocation essentiellement sociale de l'Organisation mondiale de la Santé.

4. Bien que la solidarité internationale se soit manifestée de façon marquée en ce qui concerne la santé, rien ou presque rien n'a été fait en ce qui concerne les autres secteurs. La relation nord-sud a dégénéré en un dialogue de sourds et cette surdité risque de gagner ceux qui oeuvrent pour la santé. Une action exemplaire dans le domaine de la santé pourrait contribuer à ramener la confiance. Pour ce faire, des qualités de leader sont nécessaires et des succès dans le domaine de la santé peuvent même contribuer à restaurer

la confiance dans d'autres domaines. Cette orientation, si elle pouvait être donnée, viendrait combler un vide certain et bénéficierait aux populations d'Afrique vis-à-vis desquelles tous ceux qui sont présents ici sont, en dernière analyse, comptables.

5. Le Directeur général a loué la Région africaine pour sa contribution utile à l'évaluation mondiale de la stratégie "Santé pour tous" lors de l'Assemblée mondiale. Il est devenu évident que l'évaluation doit être partie intégrante de la gestion courante du système de santé et que les conclusions que l'on en tire doivent être appliquées promptement. L'Assemblée mondiale de la Santé a également reconnu que les systèmes de santé de district pouvaient donner aux gens une bonne occasion de contribuer effectivement à façonner leurs propres soins de santé. Toutefois, la décentralisation doit être poursuivie dans le cadre d'une politique nationale judicieuse et être acceptable du point de vue politique et financier.

6. Il a exprimé l'opinion que la crise de confiance qui affecte l'Organisation ne peut être surmontée qu'en démontrant que l'OMS est capable d'utiliser ses ressources de manière efficace et d'atteindre son objectif de la santé pour tous en l'an 2000. Un plus grand nombre de pays doivent montrer que la stratégie est non seulement viable, mais qu'elle est aussi la seule solution raisonnable à une situation caractérisée par des problèmes croissants et des ressources qui vont s'amenuisant.

7. Dans son discours (Annexe 2), le Président par intérim a déclaré que c'était un grand honneur pour lui d'accueillir à la cérémonie d'ouverture Son Excellence le Colonel Denis Sassou Nguesso, Président de la République populaire du Congo et Président en exercice de l'Organisation de l'Unité Africaine. C'est la première fois que le Comité régional accueille un Président en exercice de l'OUA dont la présence devrait stimuler la recherche de solutions aux divers problèmes.

8. S'adressant au Directeur général, il l'a remercié de l'intérêt qu'il a toujours porté à la Région africaine; sa déclaration lors de la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé montre qu'il partage avec l'Afrique la même opinion sur la mise en oeuvre des soins de santé primaires. Il peut assurer le Directeur général que la volonté politique de mettre en oeuvre les soins de santé primaires en Afrique existe vraiment. Il a déclaré qu'il était confiant que l'unité apporterait la force nécessaire à surmonter les obstacles qui se dressent sur la voie de la santé pour tous en l'an 2000 en Afrique.

9. La tâche principale de la réunion sera d'examiner les activités sanitaires menées dans la Région l'année précédente et les possibilités d'action ultérieure. A cet égard, il a félicité le Directeur régional de la rapidité avec laquelle les nouvelles structures du Bureau régional ont été mises en place, notamment les Bureaux sous-régionaux, le nouveau système de gestion (AFROPOC), et le renforcement de la représentation de l'OMS dans les pays. L'Année africaine de la Vaccination a été partout favorablement accueillie. Tous les pays ont consenti des efforts tout particuliers pour sensibiliser leurs populations au programme élargi de vaccination (PEV). Ceci est essentiel parce qu'affectant toutes les activités du PEV jusqu'en 1990, date à laquelle 75 % de la population cible devrait avoir été vaccinée.

10. Le Président par intérim s'est référé à la crise économique affectant encore gravement l'Afrique qui souffre aussi de conflits fratricides et de guerres fomentés par la volonté de déstabilisation ou l'apartheid. Les catastrophes naturelles sont cause également de graves problèmes dans des pays qui sortent tout juste d'une sécheresse désastreuse. Or, l'agriculture et une productivité accrue sont indispensables pour lutter contre la malnutrition.

11. S'adressant au Comité (Annexe 3), le Directeur régional a déclaré que le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique était condamné à réussir, d'une part pour la sauvegarde de l'Organisation et d'autre part pour l'Afrique. Jamais les institutions du système des Nations Unies n'ont été tant décriées qu'à

l'heure actuelle. Les institutions du système des Nations Unies, notamment les plus spécialisées telles que l'OMS, sont constamment passées au crible. Les contributions s'amenuisent, les ressources disponibles ne permettent d'obtenir que des résultats médiocres et les institutions en question sont en péril. Il faut donc s'adapter à la situation économique et être plus réaliste en matière de formulation des projets et d'utilisation des techniques appropriées.

12. Seule une aide accrue, accompagnée d'une politique et d'une volonté de réforme, tiendra la promesse d'investissements fructueux permettant une croissance accélérée durant la décennie à venir. La seule solution est donc la condamnation au succès. Alors que la crise des pays industrialisés constitue un fardeau écrasant et que le dialogue nord-sud s'est depuis longtemps enlisé, le moment est venu de compter sur ses propres forces. Il a rappelé que le Comité régional, à sa session de Lusaka en 1985, a accepté une stratégie d'action échelonnée sur trois ans. Dans un document de travail ont été exposés les moyens d'accélérer l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000 dans les Etats Membres de la Région africaine. Il a ensuite été proposé aux pays de mettre en pratique ses recommandations au niveau des districts, c'est-à-dire tout à fait à la périphérie.

13. Les structures administratives doivent également être adaptées à la stratégie de décentralisation, et le Représentant de l'OMS dans le pays est la cheville ouvrière du plan d'action sur le terrain. Son rôle a été renforcé et il est maintenant chargé du travail local au niveau du district. Son action sera adaptée aux besoins du pays et aura l'aval du Ministère de la Santé, véhicule de la politique de l'Etat. Les trois Bureaux sous-régionaux servent la politique de décentralisation. Le directeur de chacun d'entre eux répondra aux requêtes des pays sans avoir à passer par les voies bureaucratiques traditionnelles. Les bureaux qui ne sont pas encore pleinement fonctionnels devraient le devenir sous peu.

14. Enfin, le Bureau régional lui-même a été restructuré et un système AFROPOC mis en place. L'AFROPOC engrange toute la programmation planifiée pour l'année en cours, et toutes les activités sont budgétisées. Il s'agit d'un système informatisé rigoureux sans pour autant être rigide.

15. Les populations africaines, les Etats Membres de l'OMS et leur Bureau régional pour l'Afrique sont déjà en marche. L'action est menée avec un acharnement et, avec la collaboration totale et sans réserve de tous, il sera possible d'atteindre l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000, année qui ne doit pas être considérée comme une simple échéance. Au-delà du slogan, il faut bien voir qu'il s'agit d'un dépassement de soi et de l'accession à un état que l'être humain est en droit d'exiger, à savoir un niveau de vie décent pour lui-même et ses enfants.

16. Une médaille est ensuite remise au Président de la République populaire du Congo en hommage à sa double fonction de Président de la République et de Président en exercice de l'OUA.

17. Dans son allocution (Annexe 4), le Colonel Denis Sassou Nguesso, Président de la République populaire du Congo et actuel Président en exercice de l'Organisation de l'Unité africaine a déclaré que c'était un privilège pour le peuple congolais, le Parti Congolais du Travail et le Gouvernement de la République populaire du Congo d'accueillir le trente-sixième Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Il a félicité le Directeur régional et son personnel de la compétence avec laquelle ils assument leur tâche en vue d'atteindre l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000 et a rendu hommage à la mémoire du Dr Quenum, premier Africain à avoir dirigé le Bureau de l'OMS pour l'Afrique.

18. La crise économique se fait sentir avec de plus en plus d'acuité dans le tiers-monde et a pris des proportions dramatiques en Afrique. Cette situation, les guerres fratricides, les conflits internes et les catastrophes naturelles ont entravé les activités de l'OMS et des pays et ont menacé les légers progrès enregistrés dans le domaine de la santé. Bien que la

République populaire du Congo soit aussi victime de la crise économique, elle reste résolue à consolider les acquis en vue de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Le développement sanitaire et social est depuis de nombreuses années une priorité dans le pays. On applique les soins de santé primaires, qui sont étendus aux petites villes et aux zones rurales. On espère renforcer les soins préventifs et curatifs, la fourniture des médicaments essentiels, le programme élargi de vaccination, l'assainissement et la nutrition, avec la participation de la collectivité. L'appui prêté par l'OMS pour cette entreprise est grandement apprécié, en particulier dans le domaine de la formation des personnels de santé. En raison des nombreuses difficultés auxquelles l'Afrique est confrontée, il est impératif que les pays de la Région unissent leurs efforts afin de résoudre les problèmes de santé.

ORGANISATION DES TRAVAUX DU COMITE

19. L'ordre du jour adopté par le Comité régional figure à l'Annexe 6; la liste des participants à l'Annexe 8.

20. Conformément à la résolution AFR/RC23/R1, le Comité a approuvé la composition du Sous-Comité des Désignations (Décision No 1).

21. L'élection des membres du Bureau de la trente-sixième session du Comité régional et la désignation des Rapporteurs pour les discussions techniques font l'objet de la Décision de procédure No 2 (voir page 1).

DEROULEMENT DES TRAVAUX

ACTIVITES DE L'OMS EN 1985 : RAPPORT SUCCINCT DU DIRECTEUR REGIONAL

Remarques liminaires

22. En présentant son rapport (document AFR/RC36/3), le Directeur régional a déclaré que le document se limitait aux activités menées en 1985 et ne comportait pas de faits relatifs aux années précédentes ni de projections pour

les années à venir. Il s'agit donc d'un rapport réaliste sur le plan chronologique. La première partie évoque certains des efforts déployés dans la restructuration du Secrétariat régional en matière d'infrastructure, tandis que le reste du rapport fait état d'activités dans huit programmes différents.

23. Au cours de l'année 1985, la crise a continué à sévir en Afrique. De nombreux pays, en particulier l'Ethiopie, ont considérablement souffert de la sécheresse. L'OMS et les autres institutions du système des Nations Unies s'efforcent activement, sous l'autorité du Secrétaire général, de surmonter cette crise qui a pris le monde au dépourvu. Tel est l'arrière-plan qui explique que l'OMS doive agir de toute urgence; l'Organisation ne peut se permettre d'être inactive.

24. La réorganisation du Bureau régional, commandée par des impératifs d'efficacité, est essentiellement caractérisée par la création des Bureaux sous-régionaux de développement sanitaire, le renforcement des Bureaux des Représentants de l'OMS et un réaménagement structurel au Bureau régional. Auparavant, le Directeur régional avait engagé des consultations aussi bien avec les pays au moyen des visites de travail qu'avec le Secrétariat. Le Directeur général a personnellement passé une semaine au Bureau régional pour participer à la définition des nouvelles structures. Enfin, des vérificateurs aux comptes et des spécialistes OMS en gestion administrative sont venus au Bureau régional en 1984 et leurs suggestions ont également été prises en ligne de compte.

25. Le Comité régional, lors de sa trente-cinquième session, en 1985, a été dûment informé des nouvelles structures du Bureau régional et en a pris note avec satisfaction. Le changement essentiel est l'accent mis sur le renforcement des Bureaux de l'OMS dans les pays, dont beaucoup ne disposent que d'un personnel extrêmement restreint et sont mal secondés. Cela a pu se faire en partie grâce à la résolution AFR/RC35/R7 adoptée par la trente-cinquième session du Comité régional qui invitait instamment le Directeur régional à mettre fin progressivement à l'expérience de l'utilisation de nationaux comme Coordonnateurs des Programmes de l'OMS.

Cette tâche a été menée à bien, et dans presque tous les pays, les Représentants de l'OMS internationaux sont déjà au travail ou en tout cas ont été nommés dans presque tous les pays. Mais cette démarche n'était pas en soi suffisante et des stages intensifs d'orientation ont été organisés à Genève à l'intention des Représentants de l'OMS, tandis que des réunions ont eu lieu au Bureau régional. Ce processus se poursuit et le Comité régional lui-même servira également à orienter les Représentants de l'OMS.

26. Les Représentants de l'OMS sont censés servir de points focaux pour assurer la réalisation de la stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000. On prévoit de leur fournir bientôt des micro-ordinateurs ainsi qu'un soutien administratif afin de leur permettre de jouer le rôle de conseillers techniques auprès des Ministères de la Santé et de coordonner la mobilisation et l'utilisation des ressources sanitaires d'autres secteurs. Bon nombre de pays ont également des fonctionnaires chargés de l'information et de la documentation qui ont pour rôle principal de s'assurer que le public est au courant des activités de l'OMS et de fournir à l'OMS des informations sur ce qui se passe dans les pays.

27. Pour poursuivre le processus de décentralisation amorcé par le Dr Quenum, des Bureaux sous-régionaux de développement sanitaire ont été créés dans trois Sous-Régions. L'accent est ainsi mis sur le travail de terrain et sur l'appui aux SSP au niveau local. Comme l'a souligné le Directeur général, les Bureaux sous-régionaux ne doivent pas s'interposer entre le Bureau régional et les pays, ils ne doivent pas être une étape intermédiaire dans la hiérarchie, les pays devant pouvoir communiquer directement avec le Bureau régional. Ils possèdent des ressources techniques très importantes, notamment pour la mise en oeuvre des soins de santé primaires au niveau local et sont donc l'incarnation de la nouvelle politique qui met l'accent sur les soins de santé primaires. Cette approche doit favoriser la collaboration et la coordination intersectorielles. Le Directeur régional a remercié les Gouvernements du Burundi, du Mali et du Zimbabwe d'avoir accueilli les Bureaux sous-régionaux.

28. Le Bureau régional a aussi été restructuré dans l'optique d'un appui plus direct aux pays. L'OMS n'est pas un ministère de la santé supranational et le Directeur régional n'est pas un Ministre de la Santé supranational. Les opérations du programme sont coordonnées par le système AFROPOC qui prévoit qu'avant le premier janvier, des consultations auront eu lieu entre l'OMS et chacun des pays concernant les projets pour 1987 dans la mesure où l'on peut les prévoir. Un document sera alors signé par le Ministre de la Santé au nom du gouvernement, et par le Directeur régional au nom de l'OMS et constituera un accord sur la mise en oeuvre des activités de l'OMS au cours de l'année. De la sorte, le Représentant de l'OMS n'aura plus qu'à mettre en application ce qui a été convenu. Le système est souple.

29. La nouvelle structure du Bureau régional commence à fonctionner et on pense qu'elle fonctionnera bien. Toutefois, comme l'a dit le Directeur général, ce qui est important, ce n'est pas la structure théorique, mais ceux qui la font fonctionner et il s'agit donc de recruter les personnes les plus compétentes. Beaucoup de changements sont déjà intervenus et il se peut qu'on en apporte d'autres plus importants. Il ne peut être question d'échouer.

30. Le Directeur régional a indiqué qu'il a été jugé nécessaire de consulter de petits groupes d'experts dans des domaines tels que les soins infirmiers où des insuffisances ont été décelées. Une réunion s'est tenue sur les centres régionaux et nationaux de développement sanitaire, qui a donné lieu à un nouvel examen de leurs fonctions. Il y a eu également une réunion sur la coopération intersectorielle pour les stratégies nationales de la santé pour tous en l'an 2000, à laquelle ont participé les Ministres de la Santé et d'autres Ministres tels que ceux chargés de l'eau, de l'assainissement et de l'éducation. Ce genre de tables rondes se poursuivra.

31. Le Comité régional a discuté, lors de sa trente-cinquième session en 1985, de l'accélération de l'instauration de SPT/2000 par le biais d'activités au niveau local. Un scénario a été adopté par lequel les systèmes de santé du niveau périphérique seraient traités en 1986, ceux du niveau intermédiaire

en 1987 et ceux du niveau central en 1988. Ceci ne veut pas dire, évidemment, que les pays ignoreront les niveaux intermédiaire et central en 1986, mais tout simplement qu'ils doivent faire porter des efforts particuliers successivement sur ces niveaux au cours des années à venir. Les systèmes de santé sont indivisibles et il se trouve qu'il est plus facile de recenser les problèmes aux différents niveaux de cette manière. En 1987, on passera en revue la situation au niveau de tous les pays de la Région; cet examen fera l'objet des discussions techniques de 1987. D'autres discussions suivront dans un ordre séquentiel. Cet examen portera non seulement sur l'infrastructure à chaque niveau, mais également sur la teneur du programme. En 1986, par exemple, on attache un intérêt particulier au PEV, puisque c'est également l'Année africaine de la Vaccination, conformément à la résolution AFR/RC35/R9.

32. On peut espérer que vers janvier 1990, tous les pays auront procédé à un bilan complet de leur système de santé et auront pris des mesures pour les renforcer. Cette activité leur permettra de se lancer dans la course vers l'an 2000, ou plutôt le sprint, parce que l'infrastructure aura été renforcée. Sans cet examen, on se heurterait à des difficultés pour atteindre l'objectif convenu.

33. La conférence de Nairobi a marqué la fin de la Décennie des Nations Unies pour la Femme. Un certain nombre d'activités sont actuellement menées par des femmes dans différentes parties de la Région; ces activités se sont révélées très importantes dans le cadre de la mise en oeuvre des soins de santé primaires. Elles ont constitué une sorte de noyau autour duquel ont pu graviter les autres activités des soins de santé primaires.

34. De nombreuses activités dans le domaine de l'information et de l'éducation pour la santé se sont poursuivies ou ont été lancées, notamment l'initiative qui a été prise à l'Université de Dakar où des étudiants en journalisme sont formés au journalisme médico-sanitaire.

35. Il appartiendra aux délégués de faire des commentaires sur d'autres points; leurs questions trouveront une réponse auprès des membres du personnel concernés. Par ailleurs, il convient d'attirer l'attention des participants sur la Commission régionale mixte FAO/OMS/OUA de l'Alimentation et de la Nutrition pour l'Afrique à laquelle ces trois Organisations collaborent depuis une vingtaine d'années. Un examen de la situation a été effectué en 1985, mais le Directeur régional a exprimé l'opinion que la Commission ne pouvait pas se contenter d'activités purement bureaucratiques et qu'elle devait mener son action sur le terrain. Il a dit qu'il ne voulait pas en faire partie si elle n'avait pas un impact sur les populations de la Région. Des réunions entre l'OMS et le FISE ont commencé et les deux Organisations ont invité les autres partenaires à se joindre à elles pour mener des activités nutritionnelles sur le terrain.

36. 1985 a été l'année au cours de laquelle les programmes ont fait l'objet de coupes sombres à cause des contraintes budgétaires; la crise financière du système des Nations Unies a touché gravement l'OMS. Cette situation sera discutée dans le cadre du point qui traite du budget, mais le Directeur régional a exprimé l'espoir que les délégués poseraient des questions au cours de la semaine pendant que M. Furth, Directeur général adjoint pour les Affaires administratives, était présent.

Discussion

37. Le Comité régional félicite le Directeur régional pour son rapport succinct, qui dégage les principaux faits saillants qui ont caractérisé l'action de l'Organisation en Afrique durant l'année 1985. Ce rapport fait une analyse franche des problèmes rencontrés et des succès obtenus dans l'exécution du programme régional pour la période considérée.

38. Le Comité a souligné l'importance de la restructuration de l'organisation régionale.

39. La création des Bureaux sous-régionaux de développement sanitaire, quoique récente, a déjà montré quelques signes d'efficacité. Il est évidemment trop tôt pour évaluer leur impact. Le Bureau de la Sous-Région III n'est opérationnel que depuis la fin de l'année 1985, celui de la Sous-Région I depuis janvier 1986 et celui de la Sous-Région II à la fin du premier trimestre 1986.

40. Chaque Bureau sous-régional est composé : i) d'une équipe de soutien stratégique, chargée du management des systèmes de santé, du développement des personnels de santé, de la formation continue, de la recherche sur les systèmes de santé; ii) d'une équipe d'appui technique chargée notamment de la nutrition, de l'épidémiologie et de la lutte contre la maladie, de l'information du public et l'éducation pour la santé, de l'approvisionnement en eau potable et de l'assainissement; et iii) d'une équipe de soutien administratif qui assure les services administratifs généraux du Bureau et coordonne les opérations du programme en fournissant aux pays de la Sous-Région une expertise en matière d'équipement, d'administration et des finances. L'objectif prioritaire des Bureaux sous-régionaux est d'aider les pays à mettre en oeuvre l'appui aux soins de santé primaires au niveau des districts.

41. L'essentiel du personnel est constitué par les postes des anciens projets interpays qui ont été regroupés dans ces équipes sous-régionales. Malgré les contraintes financières, il a été possible de mobiliser des fonds extra-budgétaires pour les activités techniques.

42. Les Bureaux sous-régionaux seront également chargés d'organiser à partir de 1987 des réunions sous-régionales CTPD, axées sur la solution des problèmes propres à la Sous-Région et d'harmoniser les discussions avec les discussions techniques du Comité régional, conformément à la Décision No 7 de sa trente-cinquième session.

43. La création de ces équipes sous-régionales devrait résoudre le problème de communication entre les pays et le Bureau régional, en rapprochant les décisions d'intervention technique du niveau pays. L'écueil d'un niveau hiérarchique et bureaucratique supplémentaire est levé par la description claire du rôle du Bureau sous-régional et du Bureau régional.

44. Il faut que l'évaluation de l'action des Bureaux sous-régionaux se fasse sur le plan des réalisations sur le terrain en tenant compte du coût de fonctionnement. Cette évaluation sera régulièrement effectuée et présentée au Comité régional.

45. Tous les pays ont apprécié la mise en place du système AFROPOC, qui devrait permettre une surveillance continue et une évaluation de l'utilisation des ressources de l'OMS au regard des activités programmées conjointement par les pays et l'Organisation.

46. Pour ce qui est de la mise en oeuvre des SSP au niveau du district, tous les pays considèrent que le canevas préparé par le Directeur régional est un outil précieux pour accélérer l'instauration de la santé pour tous. Il reste cependant à lever certains obstacles tenant : i) à la compréhension du concept des SSP par le corps médical et infirmier; et ii) à la décentralisation effective des systèmes nationaux de santé. En effet, il est indispensable de réorienter le programme de formation des médecins et d'autres personnels de santé pour qu'ils puissent maîtriser le concept des soins de santé primaires et la nécessité d'une action intersectorielle pour la solution des problèmes de santé.

47. La résistance à la décentralisation doit être vaincue si l'on veut que les activités intersectorielles au niveau du district soient organisées, coordonnées et évaluées par les collectivités elles-mêmes. Cette décentralisation du processus gestionnaire est indispensable pour la réussite des SSP.

48. Le Comité régional juge nécessaire d'accorder un rang de priorité élevé au programme élargi de vaccination, à la lutte contre les maladies diarrhéiques et au programme des médicaments essentiels, tout en évitant des approches verticales.

49. Il a été souligné que les médicaments devraient être fabriqués localement chaque fois que possible de façon à en réduire les coûts et à favoriser l'autosuffisance.

50. Des progrès ont été enregistrés dans le domaine de l'approvisionnement public en eau et de l'assainissement, bien que les ressources nécessaires ne soient pas toujours disponibles.

PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES MALADIES DIARRHEIQUES

Remarques liminaires

51. Conformément à la résolution AFR/RC35/R6, le Directeur régional a procédé à l'évaluation du programme de lutte contre les maladies diarrhéiques (LMD) dans la Région africaine pour la période 1978-1985.

52. Le Dr D. Buriot a présenté le rapport du Directeur régional (document AFR/RC36/20) qui donne au Comité régional des informations sur les progrès réalisés et sur les problèmes rencontrés dans la mise en oeuvre du programme. Ce rapport vise à encourager les Etats Membres de la Région à prendre les mesures appropriées pour atteindre les objectifs et les buts qu'ils se sont fixés.

53. L'évaluation du programme suit les principes directeurs de l'OMS pour l'évaluation des programmes de santé (Série Santé pour tous, No 6).

54. La pertinence et l'importance du programme de lutte contre les maladies diarrhéiques sont devenues évidentes étant donné l'ampleur du problème à résoudre. Le programme est conforme à l'objectif social de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

55. La formulation des stratégies de lutte contre les maladies diarrhéiques est fondée sur une claire définition des problèmes.

56. En Afrique, entre 200 et 300 millions d'épisodes de diarrhées se manifestent chez quelque 75 millions d'enfants de moins de cinq ans et sont responsables de :

- i) la mort d'un million d'enfants;
- ii) l'aggravation de l'état nutritionnel de plusieurs millions d'autres enfants;
- iii) 30 % des admissions hospitalières;
- iv) plusieurs millions de dollars de dépenses pour le traitement, principalement supportées par les budgets nationaux.

57. Le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques est partie intégrante des activités des soins de santé primaires aux niveaux national et régional.

58. Les buts régionaux ont été fixés pour 1989; ils consistent à mettre les sachets de sels de réhydratation par voie orale (ORS) à la disposition de 50 % des enfants de moins de cinq ans et l'utilisation de la thérapie de réhydratation par voie orale (ORT) à la disposition de 35 % des enfants de moins de cinq ans. Ainsi, le programme devrait permettre d'éviter, chaque année, le décès de 300 000 enfants de moins de cinq ans dans la Région.

59. A la fin de 1985, 35 pays sur un total de 45 avaient préparé leur plan d'opération. Toutefois, seuls 17 pays ont mis en oeuvre leur programme national conformément au plan d'opération élaboré et reçoivent régulièrement des sachets de sels de réhydratation par voie orale, soit de fabrication locale, soit en provenance du FISE, de l'OMS ou d'organismes bilatéraux. La progression du programme est suivie grâce à une série d'indicateurs mondiaux importants adaptés aux besoins nationaux.

60. La production locale de sachets de sels pour la réhydratation par voie orale commence dans sept pays. Le FISE est le principal fournisseur de sels de réhydratation par voie orale en Afrique. L'OMS et le FISE ont déterminé conjointement les critères de qualité. Presque tous les sachets de sels de réhydratation par voie orale produits dans la Région à l'heure actuelle sont conformes à ces critères.

61. L'OMS et ses Etats Membres ont progressé de façon très nette en améliorant les compétences gestionnaires des personnels de santé. Les priorités actuelles dans le domaine de la formation sont : i) former le personnel au niveau du district; ii) assurer une formation clinique en cours d'emploi; iii) veiller à la formation permanente des médecins et des infirmières. L'accent est mis sur l'intégration de la lutte contre les maladies diarrhéiques dans les programmes de formation des personnels de santé et sur la formation des agents de santé de village qui sont en contact direct avec les familles et participent directement aux activités au niveau communautaire.

62. Trois centres de formation à la lutte contre les maladies diarrhéiques fonctionnent actuellement et trois autres sont en voie de création. A la fin de 1985, 32 pays avaient mené des activités dans le domaine de la mobilisation sociale en faveur du programme, soit en produisant du matériel d'éducation pour la santé à l'intention des mères et des agents de santé, soit en menant des campagnes d'information de masse faisant appel à la radio et à la télévision.

63. Quatorze pays ont procédé à au moins une évaluation complète pour déterminer le succès et les contraintes, et prendre les mesures correctives nécessaires.

64. La recherche opérationnelle en vue d'améliorer la mise en oeuvre du programme et les études sur le comportement et les pratiques des familles et des collectivités en ce qui concerne les maladies diarrhéiques reçoivent une priorité élevée.

65. L'efficience du programme peut être estimée en déterminant l'accès aux sels de réhydratation par voie orale et le recours à la technique de la thérapie de réhydratation par voie orale par les groupes de populations les plus vulnérables, notamment les enfants de moins de cinq ans.

66. On note un accroissement marqué du pourcentage de la population ayant accès aux sels de réhydratation par voie orale qui est passé de moins de 1 % en 1982 à 13 % en 1984.

67. Cet accroissement résulte d'un approvisionnement plus abondant en sels de réhydratation dans les pays intéressés grâce à la production locale et aux importations, ainsi qu'à une distribution plus dynamique, la disponibilité d'un personnel qualifié, et une amélioration de la collecte des données.

68. Le taux minimum estimatif d'utilisation de la thérapie par voie orale (proportion des épisodes de diarrhées chez les enfants de moins de cinq ans traités avec des sels de réhydratation par voie orale ou des solutions de sel/sucre ou autres solutions efficaces préparées dans les foyers), est passé de 1 % en 1983 à 7 % en 1984.

69. Le recours plus fréquent à la thérapie de la réhydratation par voie orale est le résultat à la fois de l'accroissement et du renforcement des activités de formation, et de l'utilisation intensive des moyens de communication de masse.

70. Bien que les pays aient déployé des efforts louables pour mettre en oeuvre leurs programmes nationaux, l'exécution de la plupart des programmes remonte à moins de trois ans et on ne peut déterminer, à ce stade, leur impact sur les maladies diarrhéiques.

71. Entre 1981 et 1985, on a procédé à 34 enquêtes sur la morbidité et la mortalité imputables aux diarrhées et sur le taux d'utilisation de la thérapie de réhydratation par voie orale dans 15 pays de la Région.

72. Les enquêtes montrent que les taux de mortalité et de morbidité associées aux maladies diarrhéiques sont plus élevés dans les pays où la situation sanitaire et sociale est plus critique.

73. Un programme efficace de lutte contre les maladies diarrhéiques a un impact potentiel sur la santé puisqu'il diminue la gravité des épisodes de diarrhée, réduit le nombre de décès imputables aux diarrhées et améliore l'état nutritionnel. En outre, le recours à la thérapie de réhydratation par voie orale réduit le nombre d'enfants qui doivent être hospitalisés et, en conséquence, réduit le coût du traitement.

74. Des enquêtes effectuées dans divers pays et fondées sur les données hospitalières ont révélé que le recours à la thérapie de réhydratation par voie orale réduit de deux-tiers la mortalité associée aux maladies diarrhéiques et se traduit par une diminution marquée de la mortalité en général. Ainsi, on estime que grâce à cette pratique 37 500 décès ont été évités en 1984 chez les enfants de moins de cinq ans.

75. La réduction de la morbidité et de la mortalité dues à la mise en oeuvre d'autres stratégies (amélioration de l'état nutritionnel, utilisation d'eau de boisson sûre, promotion d'une bonne hygiène corporelle et domestique) ne peut être calculée à l'heure actuelle parce que les données disponibles aux niveaux national et régional sont insuffisantes.

Discussion

76. Le Comité régional a exprimé son appréciation pour la clarté du rapport et le grand nombre d'informations pertinentes qu'il contient. Il a insisté sur l'importance d'obtenir des données précises afin d'assurer correctement le suivi du programme et a demandé à l'OMS un appui pour renforcer les capacités nationales de collecte et d'analyse des données, en particulier au niveau périphérique.

77. Le Comité a reconnu que d'importants progrès ont été réalisés depuis 1978. De nombreux obstacles rencontrés dans l'exécution des programmes nationaux ont été mentionnés. Ces obstacles devront être surmontés pour que les objectifs du programme à l'horizon 1989 soient atteints. Parmi ces

obstacles on peut citer les problèmes de formation, de supervision, d'équipement, de transport. Le problème de l'insuffisance des ressources au niveau national pour assurer une prise en charge nationale des programmes a également été évoqué.

78. Les stratégies adoptées par le programme ont été reconnues comme adaptées à la situation régionale et le Comité a demandé qu'une attention particulière soit portée aux stratégies visant à améliorer l'état nutritionnel, l'utilisation d'eau potable et la promotion d'une bonne hygiène corporelle et domestique.

79. Le Comité régional a insisté sur la nécessité d'identifier des solutions à préparer à domicile disponibles à tout moment, culturellement acceptables et ayant une composition sûre et efficace pour prévenir la réhydratation et a demandé au Directeur régional de diffuser, au niveau des pays, les informations disponibles sur ce sujet.

80. Le Comité régional a pris note de la persistance des épidémies de choléra dans plusieurs pays de la Région et a demandé que l'OMS poursuive et intensifie son aide aux pays pour contrôler ce fléau.

81. Plusieurs pays ont manifesté leur intention de renforcer les activités de lutte contre les maladies diarrhéiques, de diversifier les activités du programme en renforçant celles liées à la prévention en portant une attention particulière aux activités du programme au niveau périphérique. Ils ont manifesté le souhait que le Bureau régional les soutienne dans ces activités.

82. Après examen du rapport du Directeur régional, le Comité régional a formulé les recommandations suivantes :

- i) renforcer l'engagement politique au niveau le plus élevé et encourager la participation communautaire;
- ii) assurer l'intégration de la lutte contre les maladies diarrhéiques dans les structures des soins de santé primaires;

- iii) formuler des stratégies nationales faisant appel à la thérapie de réhydratation par voie orale;
- iv) accorder une attention particulière à la distribution des sels de réhydratation par voie orale;
- v) limiter la promotion et l'utilisation de certains médicaments et antibiotiques antidiarrhéiques;
- vi) analyser la pertinence de la commercialisation des sels de réhydratation par voie orale et l'adapter aux conditions nationales;
- vii) accorder une attention particulière à la formation des personnels de santé qui doit nécessairement comporter des exercices pratiques;
- viii) inclure la lutte contre les maladies diarrhéiques dans les programmes de formation des personnels de santé à tous les niveaux;
- ix) accorder aux stratégies de prévention toute l'attention qu'elles méritent;
- x) assurer la surveillance régulière des activités du programme et allouer un budget approprié à ces dernières;
- xi) procéder à un examen et à une évaluation périodiques du programme;
- xii) encourager la recherche opérationnelle visant à résoudre les problèmes pratiques;
- xiii) tirer le meilleur parti des ressources disponibles et mobiliser les ressources extrabudgétaires.

83. La résolution AFR/RC36/R9 est adoptée.

CREATION D'UN PRIX DE SANTE PUBLIQUE EN AFRIQUE "DR COMLAN A. A. QUENUM"Remarques liminaires

84. La délégation camerounaise a introduit ce point de l'ordre du jour en soulignant que le Directeur régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique, feu Dr Comlan A. A. Quenum, a été le premier Africain noir à occuper ce poste prestigieux. Il a gardé cette fonction pendant près de 20 ans et, grand panafricaniste, il travaillait sans relâche pour élever le niveau de santé dans le continent africain, en dépit du fait que l'Afrique soit constituée d'un très grand nombre de pays les moins développés du monde.

85. Alors que l'Assemblée mondiale de la Santé octroie un certain nombre de prix pour des activités qui se sont distinguées dans le domaine de la santé, jusqu'au mois de mai 1986 aucun n'a été accordé à un ressortissant d'Afrique noire, bien que le niveau de l'éducation pour la santé s'élève rapidement sur le continent.

86. En reconnaissance de ce fait, le Gouvernement du Cameroun a proposé à la fois, en commémoration de la mémoire de feu le Dr Quenum et pour encourager les agents de santé à l'avenir, de faire une donation en vue de constituer un fonds pour le Prix Dr Comlan A. A. Quenum de Santé publique en Afrique.

Discussion

87. Cette proposition a été unanimement acceptée par le Comité qui a adopté la résolution AFR/RC36/R8.

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

88. Les documents AFR/RC36/5 et AFR/RC36/5 Add.1 concernant les modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif ont été présentés par le

Dr B. A. Bella (Côte d'Ivoire), membre du Conseil exécutif. Il a fait remarquer que, comme les années précédentes, les documents sont destinés à faciliter les discussions du Comité régional et l'établissement de directives pour orienter le programme régional, conformément au paragraphe 1 du dispositif de la résolution AFR/RC30/R12. Les paragraphes du dispositif des résolutions comportant une proposition d'action ont été présentés. Les 13 résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé qui ont été discutées sont les suivantes :

- WHA39.7 Evaluation de la stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000 - Septième rapport sur la situation sanitaire dans le monde.
- WHA39.15 Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 : répercussions de la situation économique mondiale.
- WHA39.18 Collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies - Questions générales - Impératifs de la mise en oeuvre des Stratégies prospectives d'action de Nairobi pour la promotion de la femme dans le secteur de la santé.
- WHA39.22 Coopération intersectorielle dans les stratégies nationales de santé.
- WHA39.24 Collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies - Lutte de libération en Afrique australe - Assistance aux Etats de première ligne, au Lesotho et au Souaziland.
- WHA39.31 Prévention et traitement des troubles dus à une carence en iode.
- WHA39.28 Alimentation du nourrisson et du jeune enfant.
- WHA39.14 Tabac ou santé.
- WHA39.26 Abus des stupéfiants et des substances psychotropes.
- WHA39.27 Usage rationnel des médicaments.
- WHA39.20 Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement.
- WHA39.21 Elimination de la dracunculose.
- WHA39.29 Syndrome d'immunodéficite acquis.

89. A partir de la décision du Comité sera évalué un plan de travail pour la mise en oeuvre des résolutions et décisions de la trente-sixième session du Comité régional, de façon à faciliter la surveillance de l'exécution du programme.

90. Les propositions concernant la mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional ont été présentées par grands programmes, conformément à la liste ordonnée des programmes pour la période d'exécution couverte par le Septième Programme général de Travail.

91. Le document AFR/RC36/5 Add.1 passe en revue les directives actuelles concernant les relations entre l'OMS et les organisations non gouvernementales (ONG). On a invité le Comité régional à se pencher sur le cas des ONG régionales et nationales qui ne relèvent pas d'une organisation non gouvernementale internationale et des ONG régionales ou nationales affiliées à des ONG internationales n'ayant pas de relations officielles avec l'OMS. Le Comité régional a été prié d'examiner la proposition du Directeur régional concernant des relations de travail structurées entre les Etats Membres, l'OMS/AFRO et les ONG.

92. Le Comité a été invité à élargir et à approfondir son analyse des répercussions interrégionales, régionales et nationales et à établir des directives pour le développement du programme régional. En conclusion, l'attention du Comité a été appelée sur le projet de résolution soumis à son examen.

Discussion

93. Les points suivants ont été soulevés :

WHA39.7 - Evaluation de la stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000 - Septième rapport sur la situation sanitaire dans le monde

94. Les mesures de suivi proposées ont été approuvées mais il a été souligné qu'un certain nombre d'indicateurs choisis convenaient mieux aux pays développés. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a donc été invité à examiner la possibilité d'adapter certains indicateurs de façon qu'ils soient plus acceptables pour les pays africains.

WHA39.22 - Coopération intersectorielle dans les stratégies nationales de santé

95. Mention a été faite de certains problèmes rencontrés dans la promotion de la coopération intersectorielle. Un appel a donc été lancé au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique afin qu'il recense les problèmes, qu'il fournisse des solutions appropriées et qu'il aide les pays membres à les appliquer en fonction des circonstances.

WHA39.24 - Collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies - Lutte de libération en Afrique australe - Assistance aux Etats de première ligne, au Lesotho et au Souaziland

96. On a souligné l'ampleur et le coût des dégâts causés au système de prestations de santé du Mozambique par les actions de déstabilisation menées par l'Afrique du Sud. L'appui que fournit déjà l'OMS est vivement apprécié. L'Organisation a toutefois été instamment priée de multiplier ses efforts pour mobiliser un appui supplémentaire en vue de développer les systèmes de santé dans les Etats de première ligne.

WHA39.28 - Alimentation du nourrisson et du jeune enfant

97. Des inquiétudes ont été exprimées devant l'impossibilité dans laquelle certains pays africains se trouvent pour appliquer le Code international de commercialisation des substituts de lait maternel.

98. Des études ont montré que, contrairement à ce que l'on croyait, l'allaitement au sein dans les pays en développement était en régression. Il était donc à craindre que l'industrialisation et l'urbanisation n'entraînent une régression plus importante encore de cette pratique.

99. Pour renverser cette tendance, les gouvernements ont été par conséquent priés d'accorder une attention toute particulière au code.

WHA39.26 - Abus des stupéfiants et des substances psychotropes

100. L'ampleur et la complexité des problèmes de santé publique et des problèmes sociaux provoqués par l'alcool, l'abus des drogues et le tabac ont été mises en relief.

101. Il a donc été proposé que les pays membres de l'OMS accordent la priorité No 1 aux problèmes de l'abus de drogue, de l'alcool et du tabac.

102. A ce propos, il a été demandé que le Bureau régional prépare, en matière de prévention et de lutte, une législation type et des directives pour qu'elles puissent être adaptées par les pays membres.

WHA39.27 - Usage rationnel des médicaments

103. Les ateliers envisagés pour les pays anglophones et francophones sur la promotion de la politique nationale du médicament ont été jugés tout à fait utiles et opportuns.

104. Il a donc été proposé que l'on envisage l'organisation d'un atelier analogue en portugais.

105. Le Bureau régional a également été prié de promouvoir des activités en vue de renforcer les capacités gestionnaires des pharmaciens et de ceux qui sont responsables des médicaments afin de garantir l'utilisation optimale des ressources disponibles pour l'approvisionnement en médicaments et leur distribution efficace.

106. S'agissant des indicateurs, il a été rappelé que des travaux se poursuivaient dans le cadre de la résolution WH39.7 (voir para. 94), en vue d'élaborer des indicateurs pertinents dans des secteurs tels que

l'approvisionnement en eau, la santé maternelle et infantile, la vaccination et la nutrition, ainsi que des indicateurs qui puissent être utilisés dans les villages et permettent à la population locale de suivre les progrès accomplis.

107. A propos de la coopération intersectorielle, trois réunions doivent avoir lieu en novembre 1986 à Bamako (en français), Harare (en anglais) et à Brazzaville (trilingue) dans le cadre de la résolution WHA39.22 (voir para. 95). D'autre part, il fallait espérer que les Ministres africains de la Santé assisteraient à la prochaine réunion de l'OUA au Caire.

108. Il a ensuite été reconnu d'une façon générale que les actions faisant intervenir les femmes devraient être le noyau des activités de village et qu'il fallait mettre fin progressivement aux projets "tout préparés". Il faut donner aux femmes la possibilité de choisir elles-mêmes les activités à mener.

109. Quant à la promotion des politiques nationales du médicament, il a été signalé que les ateliers anglophones et francophones mentionnés au paragraphe 103 du rapport seraient financés non sur les fonds du Bureau régional mais par des crédits extrabudgétaires. S'agissant des laboratoires sous-régionaux de contrôle de la qualité, la liste présentée au Comité régional ne concernait que les nouveaux laboratoires sous-régionaux. Le Secrétariat souhaiterait avoir des détails sur le nouveau laboratoire du Mozambique afin de compléter ses informations sur la CTPD.

ORDRES DU JOUR DE LA SOIXANTE-DIX-NEUVIEME SESSION DU CONSEIL EXECUTIF
ET DE LA QUARANTIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE : REPERCUSSIONS REGIONALES .

Remarques liminaires

110. Le document AFR/RC36/6 a été présenté par le Dr A. P. Maruping (Lesotho), membre du Conseil exécutif. Il contient les projets d'ordres du jour des prochaines sessions des Organes directeurs de l'OMS. Le projet d'ordre du jour provisoire de la soixante-dix-neuvième session du Conseil

exécutif (EB79), la Quarantième Assemblée mondiale de la Santé (WHA40) et l'ordre du jour provisoire succinct établi pour le Comité du Programme du Conseil exécutif et l'ordre du jour provisoire de la trente-septième session du Comité régional de l'Afrique contenaient des points pertinents présentant un intérêt régional et, en particulier :

- i) le rapport du Directeur régional sur les faits importants survenus dans la Région, y compris les questions soulevées par le Comité régional;
- ii) le projet de budget programme pour l'exercice financier 1988-1989 :
 - a) examen de la politique générale;
 - b) examen du programme;
- iii) le Huitième Programme général de Travail (mise au point du projet de programme);
- iv) la collaboration au sein du système des Nations Unies;
- v) la lutte de libération en Afrique australe, l'accent étant mis sur l'assistance aux Etats de la première ligne, au Lesotho et au Souaziland;
- vi) les principes régissant l'admission des organismes non gouvernementaux entretenant des relations officielles avec l'OMS.

Discussion

111. Le Comité a pris note de l'ordre du jour des Organes directeurs.

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

Remarques liminaires

112. Ce point de l'ordre du jour a été présenté par le Dr A. Tekle, membre du Secrétariat. Il a fait remarquer que le document sur ce point avait été préparé afin de faciliter les travaux de la Quarantième Assemblée mondiale de la Santé, conformément à la résolution WHA36.16 sur la méthode de travail et la durée de l'Assemblée mondiale de la Santé.

113. Ce document traite de :

- i) la désignation du Président de l'Assemblée mondiale de la Santé : le Comité régional, lors de sa trente-septième session, sera invité à désigner le futur candidat à la présidence de l'Assemblée mondiale de la Santé; on a rappelé au Comité qu'en septembre 1985, lors de la trente-cinquième session du Comité régional à Lusaka, les Etats Membres avaient prié le Directeur régional d'établir des critères pour choisir le Président africain de l'Assemblée mondiale de la Santé en 1988; le document suggère trois approches possibles afin de faciliter le choix d'un Président africain à l'Assemblée mondiale de la Santé en 1988;
- ii) comme par le passé, la désignation du Vice-Président de la Quarantième Assemblée mondiale de la Santé en mai 1987 a également été discutée;
- iii) la fonction des deux principales Commissions de l'Assemblée, notamment la Commission A et la Commission B, ont fait l'objet d'une notification;
- iv) de même, la question des membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif, la clôture de la Quarantième Assemblée mondiale de la Santé, et les dispositions pour la réunion non officielle du Comité régional ont été discutées.

Discussion

114. Le Comité a noté que sur les cinq Présidents de l'Assemblée mondiale de la Santé qui appartenaient à la Région africaine, quatre venaient de la Sous-Région I et un de la Sous-Région III. Par conséquent, il a été convenu que le Président de l'Assemblée mondiale de la Santé en 1988 devrait appartenir à la Sous-Région II.

115. Les pays de la Sous-Région II devront donc présenter un candidat au Comité régional en 1987. Il a été convenu qu'à l'avenir les Présidents de l'Assemblée qui seront nommés par la Région africaine devraient appartenir le premier à la Sous-Région III et le suivant à la Sous-Région I.

APPUI ECONOMIQUE A LA STRATEGIE NATIONALE DE LA SANTE POUR TOUS

Remarques liminaires

116. Le document AFR/RC36/8 sur les discussions techniques à la Quarantième Assemblée mondiale de la Santé a été présenté par Mme M. Kenneally. La situation économique mondiale s'est détériorée depuis dix ans et le budget de la santé de nombreux pays a été réduit de façon marquée au moment même où des ressources complémentaires sont nécessaires pour mettre en place et maintenir des systèmes de santé nationaux fondés sur les soins de santé primaires, afin de satisfaire les besoins prioritaires de toutes les populations et, tout particulièrement, les groupes mal desservis.

117. L'objectif des discussions visera à clarifier les moyens d'action nécessaires pour mobiliser et utiliser les ressources de façon optimale lors de la mise en place ou de la restructuration des systèmes de santé pour assurer la justice sociale.

118. Les discussions porteront spécifiquement sur ce qui suit :

- i) l'examen des conséquences économiques à long terme des différentes options pour restructurer et ajuster leur politique et leur stratégie;
- ii) la façon de mobiliser les ressources nécessaires aux niveaux communautaire, national et international;
- iii) l'utilisation des ressources existantes et la planification, quantification et budgétisation réalistes des stratégies de santé;
- iv) l'amélioration de la gestion des ressources de santé, en insistant sur la pertinence sociale, l'équité, l'efficacité et l'efficacité.

119. En conclusion, le Comité régional a été informé qu'un document de travail était en préparation pour les discussions techniques. Pour enrichir ce document, le Bureau régional a besoin d'informations sur les expériences nationales illustrant les questions relatives à l'appui économique fourni aux stratégies nationales de la santé pour tous.

Discussion

120. Le Comité a pris note des informations qui lui ont été fournies et a prié le Directeur régional de coordonner les contributions des pays à la préparation du document qui sera rédigé par le Bureau régional et constituera l'apport de la Région africaine aux discussions techniques de la Quarantième Assemblée mondiale de la Santé.

POLITIQUE REGIONALE EN MATIERE DE BUDGET PROGRAMME

Remarques liminaires

121. Le document AFR/RC36/4 intitulé "Politique régionale en matière de budget programme", a été introduit par le Dr V. M. Raharijaona (Madagascar). Il a souligné les efforts déployés conjointement par les Etats Membres et

l'OMS pour tirer le meilleur parti des ressources destinées au développement sanitaire, particulièrement pour mettre en oeuvre les politiques et stratégies nationales de SPT.

122. Ces efforts conjoints sont régis par la politique régionale en matière de budget programme qui est axée sur :

- i) l'adoption de techniques pour définir avec précision les questions de développement les plus pertinentes liées à l'atteinte des objectifs de SPT;
- ii) la sélection de zones de développement prioritaires pour les allocations de ressources au cours de la période biennale;
- iii) l'identification des formes les plus appropriées de collaboration pour atteindre les objectifs du programme;
- iv) la mise en place d'un système de programmation, de surveillance continue et d'évaluation.

123. La politique régionale en matière de budget programme souligne en outre la nécessité de disposer de mécanismes de budgétisation rationnelle aux niveaux national et régional pour appuyer de façon efficace l'instauration accélérée de SPT/2000. Au niveau opérationnel, les activités et programmes spécifiques sont recensés au cours du processus de programmation détaillée. La mise en oeuvre du budget programme est assujettie à toute la gamme des procédures de contrôle gestionnaire, en particulier à un système de surveillance continue et d'évaluation.

Discussion

124. Les discussions sur la politique budgétaire régionale et celle du budget programme ont eu lieu en même temps.

125. Le Comité a noté que la politique du budget programme donnait une série de directives pour mettre en oeuvre les politiques actuelles de coopération technique de l'OMS par le biais d'un processus gestionnaire pour allouer, programmer, surveiller et évaluer l'utilisation des ressources de l'Organisation.

126. La politique du budget programme régional permettra aux pays de tirer le meilleur parti possible des ressources de l'OMS pour promouvoir le développement sanitaire et, en particulier, pour mettre en oeuvre les politiques et stratégies nationales de la santé pour tous.

PROJET DE BUDGET PROGRAMME 1988-1989

Remarques liminaires

127. Le Dr Hailu Meche (Ethiopie), Président du Sous-Comité du Programme, a présenté au Comité le Projet de Budget Programme 1988-1989 (document AFR/RC36/2). Le Sous-Comité a pris note du changement de présentation consistant à placer les exposés par pays juste après l'introduction. Il a d'autre part relevé les améliorations apportées à la présentation des notes explicatives.

128. Comme le budget programme de 1986-1987, le Projet de Budget Programme 1988-1989 est fondé sur un taux de croissance réelle zéro mais malgré les compressions budgétaires, les composantes de la stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000 ne sont pas sacrifiées.

129. L'allocation globale pour la période biennale 1988-1989 est fixée à US \$114 828 100, soit une augmentation de 16,1 % par rapport au budget programme de 1986-1987. Cette augmentation se décompose comme suit : une augmentation des coûts de 12,5 % et un ajustement des taux de change de 3,6 %.

130. Le Sous-Comité a d'autre part noté que le taux de change budgétaire utilisé pour préparer le Projet de Budget Programme 1988-1989 était fixé à 350 francs CFA pour un dollar des Etats-Unis. Il a exprimé l'espoir que le système des "recettes occasionnelles" disponibles en 1986-1987 se maintiendrait en 1988-1989.

131. L'allocation aux pays a continué à représenter une proportion croissante de l'allocation globale pour atteindre maintenant 56,5 % du total. Il a toutefois été noté qu'il s'agissait là d'un chiffre provisoire qui devrait encore être approuvé par la Quarantième Assemblée mondiale de la Santé. Les chiffres de planification pour les différents pays ne sont pas la propriété de ces pays et peuvent toujours être modifiés.

132. Le Sous-Comité a noté qu'à l'avenir les exposés par pays seraient proposés au niveau national et établis conjointement par le Représentant de l'OMS et le Ministère de la Santé.

133. Quant à la répartition générale des fonds entre les divers programmes, le Sous-Comité a été assuré qu'elle n'était pas arbitraire mais se fondait sur les priorités indiquées par les pays.

134. On a noté que certains programmes avaient subi une réduction de crédits, mais les pays membres et le Bureau régional ont été instamment invités à accroître leurs efforts pour trouver davantage de ressources extrabudgétaires.

Discussion

135. Le Comité a adopté le Projet de Budget Programme 1988-1989 par la résolution AFR/RC36/R3.

HUITIEME PROGRAMME GENERAL DE TRAVAIL POUR LA PERIODE 1990-1995 (PGT.8)

Remarques liminaires

136. Le document AFR/RC36/10, qui représente la contribution régionale au chapitre 7 du 8ème PGT global, a été présenté par le Dr G. W. Lungu (Malawi). Il a été rappelé au Comité que constitutionnellement, le Conseil exécutif soumettra à l'Assemblée mondiale de la Santé, en mai 1987, le 8ème PGT global couvrant la période 1990-1995. C'est le deuxième des trois programmes correspondant à la période couverte par la stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

137. Conformément aux directives de l'Organisation, les principes généraux ainsi que la structure dans les grandes lignes du 8ème PGT suivent ceux du 7ème PGT qui est en cours d'exécution (1984-1989).

138. Il est à noter, toutefois, quelques ajustements mineurs mettant en relief certaines questions importantes dans la liste ordonnée des programmes pour la période d'exécution du 8ème PGT.

139. Ce programme servira de base, en concertation étroite avec les Etats Membres, à l'élaboration des programmes à moyen terme et des budgets biennaux qui reflèteront les variations régionales et nationales pour la période considérée.

140. L'accent a été mis enfin sur l'interaction entre le 8ème PGT, la nouvelle structure décentralisée du Bureau régional et les mécanismes gestionnaires pour le développement sanitaire mis en place aux niveaux national, sous-régional, régional et global pour la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

141. Le document AFR/RC36/10 a été étudié au préalable par le Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS) du 14 au 16 juillet 1986. Les recommandations de ce Comité portent pour l'essentiel

sur l'amélioration des approches proposées par l'Organisation en vue de renforcer les capacités nationales dans un esprit d'autosuffisance. Le Comité a en outre mis l'accent sur la poursuite des efforts de l'Organisation pour la formation de toutes les catégories de personnel en matière de planification et gestion sanitaires.

142. Le Comité a été ensuite invité à examiner le document AFR/RC36/13 relatif au rapport de la sixième réunion du CCADS, conjointement avec le document AFR/RC36/10 sur le 8ème PGT.

Discussion

143. Plusieurs délégués ont fait état de la nouvelle structure de l'Organisation, spécialement des Bureaux sous-régionaux de développement sanitaire. Il a été mentionné que ces derniers possédaient leur propre budget mais que, du fait des contraintes budgétaires actuelles, ils ne disposaient pas des ressources nécessaires. En définissant leur rôle, il a été dit que les Directeurs sous-régionaux n'étaient pas censés effectuer des visites officielles dans les pays et que les pays devaient solliciter leur appui en fonction de leurs besoins. Les principales caractéristiques de la nouvelle structure du Bureau régional ont été expliquées, l'attention du Comité étant attirée sur les trois divisions bien distinctes dirigées respectivement par le Directeur du Management du Programme, le Directeur de la Coordination et Promotion du Programme et le Directeur du Programme de Soutien.

144. Le Comité a noté que les aspects sanitaires des situations d'urgence incombaient au Directeur chargé de la Coordination, de la Promotion et de l'Information du Programme (DCP). Le Comité a été informé qu'une proposition était à l'étude pour créer un centre régional pour les opérations de secours à Addis Abéba.

145. Il a été mentionné que le système AFROPOC était devenu opérationnel en janvier 1986 et qu'il était encore aux premiers stades de sa mise en place, que le système est constamment revu et qu'il serait renforcé et examiné si besoin était. Ce mécanisme vise à améliorer l'efficacité de l'appui de l'OMS aux Etats Membres.

STRATEGIE REGIONALE REVISEE DE LA LUTTE ANTIPALUDIQUE

Remarques liminaires

146. Monsieur M. Mboumba (Gabon) a présenté le document AFR/RC36/22 intitulé "Stratégie régionale révisée de la lutte antipaludique". Le Comité régional avait adopté précédemment une stratégie antipaludique avec la résolution AFR/RC31/R11 lors de sa trente-et-unième session. Depuis lors, certains événements, dont l'apparition d'une résistance à la chloroquine, avaient rendu sa révision nécessaire. Il a tout d'abord expliqué que la révision de la stratégie antipaludique régionale était dans le droit fil de la résolution AFR/RC35/R5 qui a été adoptée par le Comité régional lors de sa trente-cinquième session en 1985. Le fonctionnaire régional a présenté ensuite chacun des sept chapitres du document.

147. L'analyse de la situation épidémiologique et le classement des zones impaludées, en fonction des objectifs opérationnels des activités antipaludiques, ont fait apparaître cinq zones :

- i) zones où le paludisme n'a jamais existé ou a disparu et où il n'y a aucun risque d'infection et qui ne sont pas réceptives;
- ii) zones où l'éradication du paludisme a été obtenue mais qui sont réceptives; on a fait état de deux pays : La Réunion où il n'y a pas eu de rétablissement de la transmission et Maurice où il y a eu un rétablissement de la transmission;
- iii) zones où la transmission a été ramenée à un faible niveau du fait de mesures de lutte antivectorielle prises pendant une longue période;
- iv) zones où la transmission est saisonnière avec des niveaux d'endémicité allant de hypo- à méso-endémique, avec des potentiels épidémiques;

v) zones où le paludisme est stable avec une endémicité de niveau hyper- à holo-endémique; la situation n'a pas changé de façon marquée depuis des générations et on ne mène pas d'activités antipaludiques organisées; la plupart des pays de la Région tombent dans ce groupe.

148. Il a décrit les principales caractéristiques des principaux vecteurs du paludisme, à savoir Anophèles gambiae et Anophèles funestus qui sont les vecteurs les plus efficaces du monde et contre lesquels la lutte est la plus difficile.

149. Après avoir souligné les implications de cette maladie du point de vue de la santé publique et du point de vue socio-économique, il a attiré l'attention du Sous-Comité sur deux importantes questions, d'une part sur les conséquences de la poursuite du schéma thérapeutique à dose unique avec de la chloroquine adopté par le Comité régional lors de sa trente-et-unième session, au cours de laquelle la stratégie antipaludique régionale actuelle avait été adoptée, et d'autre part, sur les conséquences possibles de ce schéma thérapeutique étant donné l'apparition et la propagation d'une résistance de P. falciparum à la chloroquine dans la Région.

150. Ce phénomène exige un changement dans le schéma thérapeutique normalisé.

151. Les chapitres 2, 3 et 4 énumèrent les principaux objectifs de la stratégie antipaludique révisée qui sont demeurés inchangés, esquissent une stratégie de lutte antipaludique et décrivent les quatre variantes tactiques de la lutte antipaludique qui ont été adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé par sa résolution WHA31.45, lors de sa Trente et Unième session en 1978.

152. Le chapitre 5 décrit les conditions fondamentales qui doivent être remplies pour mettre en oeuvre et poursuivre un programme antipaludique. A cet égard, l'attention des participants a été attirée sur trois conditions importantes :

- reconnaissance du paludisme en tant que problème et ferme engagement à tous les niveaux pour prendre les mesures contre cette maladie;
- aptitude à poursuivre un programme après sa mise en oeuvre;
- mise en oeuvre d'une action antipaludique dans le cadre des soins de santé primaires.

153. Le chapitre 6 aborde les critères dont il faut tenir compte lors de la sélection de technologies appropriées de lutte, tandis que le chapitre 7 définit le rôle de l'OMS et décrit l'appui et la collaboration que les Etats Membres peuvent espérer de l'Organisation.

Discussion

154. Le Comité s'est dit préoccupé par la stagnation des progrès de la lutte antipaludique et par la détérioration concomitante de la situation épidémiologique dans certaines zones, bien que l'on soit conscient des répercussions négatives du paludisme sur la santé publique et la situation socio-économique.

155. Le Comité a noté que l'on n'accordait pas suffisamment d'attention aux mesures de lutte antivectorielle, qui doivent constituer l'épine dorsale de tout programme de lutte antipaludique.

156. Le Comité a donc instamment invité le Bureau régional à promouvoir activement les programmes de lutte antipaludique en appliquant autant que possible des mesures de lutte antivectorielle intégrées.

157. A cet égard, l'OMS a été priée de favoriser et d'intensifier les recherches visant à améliorer les approches existantes et à en mettre au point de nouvelles qui soient plus sûres et plus efficaces pour la lutte antivectorielle.

158. Le Comité s'est également inquiété de la menace que font peser l'apparition et l'extension de la pharmaco-résistance. Il a demandé à l'OMS d'accorder la priorité à la recherche sur l'épidémiologie de ce phénomène de façon à mettre au point des mesures appropriées pour prévenir ou retarder le plus longtemps possible l'apparition et l'extension de la pharmacorésistance.

159. Il a été demandé que l'on organise une réunion régionale d'experts sur le paludisme en Afrique, et des questions ont été posées concernant les progrès de la mise au point de vaccins antipaludiques.

160. En matière de lutte antivectorielle, une brève description a été donnée des mesures essentielles à prendre pour l'évaluation de la situation épidémiologique, la stratification épidémiologique, la définition des objectifs, la sélection des mesures de lutte, etc.

161. L'attention a été appelée sur les incidences de la lutte antivectorielle du point de vue de l'organisation et des coûts, et l'on a notamment insisté sur la nécessité d'envisager l'aptitude à poursuivre les opérations sur une base permanente ou pendant une longue période avant de se lancer dans un programme de lutte antivectorielle de grande envergure. Il a été rappelé que le Bureau régional mettait l'accent sur la formation de nationaux en paludologie de base et en lutte antipaludique, de façon à améliorer les programmes nationaux de lutte.

162. Le Comité a estimé que la pharmaco-résistance était un problème grave. Il a instamment demandé que l'on prenne des mesures pour mieux appréhender le phénomène en vue de mettre au point des mesures appropriées de prévention et de lutte et de résoudre le problème, en particulier au niveau de la collectivité.

163. A propos des vaccins antipaludiques, des renseignements ont été communiqués sur la situation actuelle concernant la mise au point de deux vaccins antipaludiques et la préparation d'essais sur le terrain en Afrique destinés à évaluer la sécurité, l'efficacité et l'impact de ces vaccins et - chose plus importante encore - le rôle des vaccins dans la lutte antipaludique.

RAPPORT DES REUNIONS SOUS-REGIONALES POUR LE PROGRAMME

Remarques liminaires

164. Le Dr P. Mpitabakana (Burundi) a présenté le rapport des Réunions sous-régionales pour le Programme, tenues du 3 au 7 mars 1986 à Brazzaville, en application de la Décision de procédure No 7 de la trente-cinquième session du Comité régional, visant à harmoniser les sujets à étudier par les sous-groupes de travail CTPD avec ceux des discussions techniques du Comité régional en 1987, 1988 et 1989.

165. Les trois réunions sous-régionales se sont tenues exceptionnellement en 1986 au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, mais dès 1987, les Bureaux sous-régionaux de développement sanitaire seront chargés de les organiser.

166. Cinq points ont été étudiés : i) Année africaine de la Vaccination; ii) Système AFROPOC; iii) Premier Projet de Budget Programme 1988-1989; iv) Accélérer l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000 dans les Etats de la Région africaine, et v) SIDA.

Année africaine de la Vaccination

167. Le Comité régional a adopté en 1985 la résolution AFR/RC35/R9 qui déclare 1986 "Année africaine de la Vaccination" avec pour but essentiel de mettre en place un mécanisme destiné à assurer la couverture vaccinale de la population cible d'ici à 1990.

168. Si l'on en juge par les données disponibles, pour de nombreux pays, une couverture vaccinale de 75 % exigera des efforts soutenus pendant quatre ou cinq ans, l'accent étant mis sur l'année 1986 - Année africaine de la Vaccination.

169. Les participants aux réunions sous-régionales ont fait part des difficultés rencontrées et de l'aide que les pays attendent de l'OMS et des autres instances internationales.

170. Les difficultés sont principalement d'ordre financier, mais elles ne doivent pas empêcher les pays d'envisager l'achat des vaccins ou leur fabrication locale, car il ne faut pas trop compter sur la générosité des donateurs qui fournissent gratuitement près des deux-tiers des vaccins.

Système AFROPOC

171. Le Directeur régional a créé le système "Coordination des Opérations du Programme" (POC) pour améliorer l'efficacité opérationnelle du programme régional.

172. Le système POC doit permettre :

i) lors de la programmation :

- d'appuyer les mécanismes conjoints OMS/Gouvernement;
- de vérifier que les activités prévues sont conformes aux politiques collectivement adoptées par les Etats Membres;

ii) durant la mise en oeuvre :

- de répondre en temps opportun à toutes les requêtes des Etats Membres;
- de veiller à une utilisation des ressources conforme à la planification détaillée;

- d'enregistrer systématiquement toutes les informations financières/comptables et programmatiques nécessaires;

iii) d'évaluer la coopération de l'OMS avec les Etats Membres.

173. Les discussions des participants aux réunions sous-régionales ont porté sur trois thèmes principaux : i) apprentissage de ce nouveau système; ii) souplesse d'utilisation; iii) surveillance continue et évaluation.

174. L'année 1986 est une année d'apprentissage, aussi bien au niveau des pays qu'au niveau du Bureau régional. Cette sera donc une année de formation et d'échange d'expériences à tous les niveaux afin de rendre POC opérationnel.

175. La souplesse de ce système est indéniable. Cependant, le pays, en concertation avec l'OMS peut, à tout moment, reprogrammer les ressources nécessaires à ses programmes nationaux.

176. Les participants ont perçu l'intérêt de ce système pour assurer la surveillance continue des activités de coopération de l'OMS. Le rapport trimestriel vise essentiellement à suivre la mise en oeuvre des plans détaillés et à apporter les corrections appropriées.

Accélérer l'instauration de la SPT/2000 dans les Etats Membres de la Région

177. Les participants ont examiné le canevas flexible, préparé par le Directeur régional, pour accélérer l'instauration de la SPT/2000.

178. La plupart des pays ont procédé à des aménagements dans leurs systèmes de santé en vue de la mise en oeuvre des stratégies SPT/2000. La volonté et l'engagement politiques sont maintenant chose acquise; cependant, la motivation des collectivités n'a pas encore atteint le niveau nécessaire pour susciter leur participation.

179. Le point faible en ce qui concerne l'appui aux SSP au niveau opérationnel est l'absence d'un mécanisme gestionnaire au niveau local et la pénurie de ressources financières et matérielles dans la Région.

180. En dépit des efforts déployés par l'OMS pour définir le concept d'équipe de santé et la formation d'agents de développement sanitaire, les établissements de formation des pays ne disposent pas encore de programmes adaptés au rôle que les agents de santé doivent jouer au plan technique.

181. Le manque de coordination intersectorielle aux niveaux central et intermédiaire se répercute au niveau opérationnel par des actions qui se chevauchent.

182. L'utilisation d'agents de santé communautaires pose de multiples problèmes, en ce qui concerne leur sélection, leur rétribution, leur supervision, leurs relations avec les services officiels de santé.

SIDA

183. Au cours des réunions sous-régionales, le problème du SIDA a été soulevé. Le SIDA n'est pas prioritaire dans beaucoup de pays africains; d'autres maladies sont beaucoup plus meurtrières. Il ne s'agit pas de discuter des aspects cliniques du SIDA.

184. Cependant, le SIDA constitue une grave préoccupation pour la santé publique. Il convient d'être vigilant à l'échelon national et international.

185. La stratégie de lutte contre le SIDA commence par la création d'un comité national du SIDA ou d'un groupe spécial; cette stratégie comporte :

- i) l'évaluation initiale;
- ii) le renforcement de l'infrastructure sanitaire, y compris la formation du personnel;

- iii) le diagnostic clinique et épidémiologique de la maladie;
- iv) l'éducation et l'information du public et des groupes à risque.

Discussion

186. Le Comité a adopté le rapport des Réunions sous-régionales pour le Programme.

RAPPORT DE LA SIXIEME REUNION DU COMITE CONSULTATIF AFRICAIN POUR LE DEVELOPPEMENT SANITAIRE (CCADS)

Remarques liminaires

187. En présentant ce point de l'ordre du jour, Mme R. A. De Almeida (la Gambie) a appelé l'attention du Comité sur les deux documents pertinents, à savoir le rapport de la sixième réunion du CCADS (document AFR/RC36/13), ainsi que le rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC36/9, paragraphes 119-140). Elle a souligné que le Sous-Comité du Programme avait examiné le document compte tenu du scénario triennal adopté par le Comité régional à sa trente-cinquième session, tenue à Lusaka en septembre 1985, ainsi que de la restructuration ultérieure de l'Organisation.

188. Le rapport du CCADS se compose de six parties principales, à savoir : introduction, examen du mandat du CCADS, liste des indicateurs pour la surveillance continue et l'évaluation de la SPT/2000 au niveau opérationnel, politique des bourses d'études de l'OMS et développement national des personnels des santé, Huitième Programme général de Travail et enfin conclusion. Le Sous-Comité du Programme a examiné le document et approuvé les recommandations formulées par le CCADS.

189. Le mandat du CCADS a été revu compte tenu de la nouvelle structure de l'Organisation et du scénario triennal. Le Sous-Comité a insisté sur la nécessité d'élargir encore la composition du CCADS pour en renforcer le caractère multisectoriel.

190. Le Sous-Comité a examiné la partie du rapport relative aux indicateurs de surveillance et d'évaluation compte tenu du programme régional visant à accélérer la mise en oeuvre des stratégies. Il a noté que parmi les critères figuraient tant les producteurs que les utilisateurs de l'information sanitaire.

191. Le programme de bourses d'études de l'OMS a été examiné en détail compte tenu des priorités et besoins nationaux dans le domaine des personnels de santé. Le Sous-Comité a adopté le rapport du CCADS.

Discussion

192. Après avoir félicité le Sous-Comité du travail accompli, le Comité a noté que l'on ne saurait trop insister sur le caractère multisectoriel du CCADS et il a estimé, tout comme le Sous-Comité, qu'il faudrait en élargir la composition pour insister sur cet aspect. Le Directeur régional a remercié le Comité d'avoir approuvé le rapport.

193. Au cours d'un débat sur l'expression "développement sanitaire", on a souligné les liens entre "santé" et "développement" - ce que la composition du Sous-Comité devrait donc refléter. Il a été précisé que le Bureau régional revoyait actuellement les rapports entre le CCADS et d'autres comités analogues. Ainsi, on peut considérer que le Comité pour la recherche et le développement sanitaires fournit un important élément "recherche" susceptible de contribuer au développement sanitaire. Les Comités CTPD sous-régionaux et le Conseil pour la formation en sciences de la santé doivent également être reliés au CCADS. De toute évidence, la composition du CCADS devrait prendre en compte tous ces domaines d'intérêt et susciter les actions intersectorielles en faveur du développement sanitaire.

194. On a toutefois fait observer que la composition du CCADS devait rester dans des limites acceptables. C'est pourquoi, le Bureau régional est en train de dresser des plans pour établir des sous-comités sur divers thèmes tels que

l'alimentation et la nutrition, l'hygiène du milieu, l'approvisionnement en eau, etc., s'inspirant ainsi des discussions techniques qui ont eu lieu lors de l'Assemblée mondiale de la Santé.

195. Le Directeur régional s'efforcera de faire du CCADS un organisme influent présidé par une personnalité importante, Ministre par exemple.

RAPPORT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES : "APPROCHE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES POUR LA PROMOTION ET LA PROTECTION DE LA SANTE DES TRAVAILLEURS DE L'AGRICULTURE DURANT LA DECENNIE DU DEVELOPPEMENT INDUSTRIEL EN AFRIQUE"

196. Les discussions techniques de la trente-sixième session du Comité régional ont eu lieu à Brazzaville le 13 septembre 1986 sur le thème "Soins de santé primaires pour la promotion et la protection de la santé des travailleurs agricoles durant la Décennie du Développement industriel en Afrique". Elles ont été présidées par le Dr George Oluwole Sofoluwe, Professeur de Médecine communautaire et de Médecine du Travail, "University of Benin", Nigéria, qui avait été élu par la trente-cinquième session du Comité régional. Le Comité régional, lors de sa trente-sixième session, a désigné comme suit les Rapporteurs des discussions techniques :

- i) Dr Antonio Soares Marques Lima (Sao Tome et Principe)
- ii) Dr E. K. Njelesani (Zambie)
- iii) Dr H. Sanoussi (Bénin).

197. Les discussions ont eu lieu au sein de trois groupes de travail - un multilingue, un anglophone et un francophone. Les groupes de travail ont élu leurs présidents comme suit :

- i) Dr J. Maneno (Kenya)
- ii) Dr D. G. Makuto (Zimbabwe)
- iii) Dr Azara Bamba (Burkina Faso).

198. Le document de travail (document AFR/RC36/TD/1), rédigé par le Dr A. Abaglo, Chef du Service médical de l'Office togolais des Phosphates, et par le Professeur Bernard Obiang Ossoubita, Chef du Département de Santé publique et de Médecine du Travail, Centre universitaire des Sciences de la Santé, Libreville, a été présenté par le Dr G. Oluwole Sofoluwe. Celui-ci a insisté sur l'occasion qu'offrait aux pays africains la Décennie du Développement industriel d'orienter leurs programmes d'industrialisation vers la fabrication à titre prioritaire de produits essentiels susceptibles d'améliorer le niveau de vie et de santé des travailleurs agricoles, qui représentent entre 80 et 90 % de l'ensemble de la population africaine. Le Président par intérim, M. Martial Mboumba, Directeur général de la Santé publique du Gabon, a dirigé les débats de la séance plénière au cours de laquelle les Rapporteurs des trois groupes ont présenté un résumé des discussions de leur groupe respectif.

199. Le document distingue trois catégories de travailleurs agricoles :

- i) les travailleurs des grandes exploitations agricoles et des fermes d'Etat;
- ii) les travailleurs des coopératives et des fermes de taille moyenne;
- iii) les petits cultivateurs qui constituent la majorité des travailleurs agricoles.

200. Il recense leurs problèmes de santé, en insistant sur la nécessité d'adopter à leur intention l'approche soins de santé primaires pour les résoudre. Il souligne la nécessité de repérer les causes fondamentales des problèmes de santé des agriculteurs et de court-circuiter la bureaucratie pour les résoudre plus rapidement. Le document souligne également l'importance croissante de l'agriculture, attestée par le Plan d'Action de Lagos, qui doit maintenant se traduire par un engagement ferme et une action vigoureuse qui tiennent compte de la nécessité de techniques peu coûteuses, d'une législation, d'une action intersectorielle, de l'information/éducation, d'une formation satisfaisante à tous les niveaux et de la recherche appliquée.

201. Les participants ont insisté sur la nécessité d'intégrer les services de santé destinés aux travailleurs agricoles dans les programmes SSP aux niveaux national, régional et local, en tenant compte des besoins particuliers des travailleurs agricoles auxquels il faut assurer par exemple, la vaccination contre le tétanos ainsi que la prévention des intoxications par les insecticides, la prévention des autres risques professionnels et la promotion de la salubrité de l'environnement. Ces programmes SSP doivent être planifiés en collaboration avec les groupes cibles, l'attention voulue étant accordée aux pratiques et comportements traditionnels en matière de santé qui ont des effets bénéfiques. Les femmes constituent un groupe de travailleurs agricoles à haut risque car, dans de nombreux pays africains, ce sont elles qui accomplissent la plupart des travaux agricoles tout en s'occupant de leur foyer et de leurs enfants; elles se retrouvent souvent seules lorsque leurs maris émigrent à la recherche de travail.

202. Les participants ont également insisté sur le fait que pour mener à bien la mise en oeuvre des SSP à l'intention des travailleurs agricoles, il fallait :

- i) bien former les agents de santé communautaires et les vulgarisateurs agricoles;
- ii) promouvoir la recherche appliquée, notamment sur les conditions de vie des travailleurs agricoles et leurs coutumes et comportements en matière de santé;
- iii) assurer une information et une éducation appropriées pour la santé et le développement;
- iv) favoriser la participation communautaire à la planification, la mise en oeuvre et l'évaluation des activités SSP;
- v) garantir une bonne coordination intersectorielle pour une planification intégrée et l'utilisation rationnelle des ressources dont disposent divers secteurs et organismes.

203. Il faut procéder, au niveau national, à une planification globale bien coordonnée faisant intervenir tous les ministères concernés, notamment les Ministères de la Santé, de l'Agriculture, du Travail, du Plan, de l'Education, des Travaux Publics, etc. Le Ministère de la Santé devrait agir en tant que catalyseur des services sanitaires et sociaux. Ce rôle pourrait également être joué par d'autres secteurs.

204. L'OMS, la FAO, le BIT, le PNUE, l'ONUDI, le FISE, la Banque mondiale, l'OUA, la CEA, et d'autres organismes internationaux et organisations non gouvernementales devraient coordonner leurs actions et collaborer pour mettre au point une approche plurisectorielle de la santé en milieu rural dans le cadre du développement rural intégré.

205. L'approche intersectorielle est particulièrement indiquée quand il s'agit de logements adéquats, d'approvisionnement en eau, d'assainissement, d'énergie solaire, etc., autant d'éléments destinés à relever le niveau de vie des travailleurs agricoles, et à améliorer leur état de santé et leur productivité. Par ailleurs, en facilitant les transports et la commercialisation des produits, on inciterait les cultivateurs à rester en milieu rural et à produire.

206. Il convient d'aménager la législation nationale pour pouvoir introduire des mesures visant à améliorer la couverture sanitaire et la protection sociale des travailleurs agricoles. On a également suggéré que le Bureau régional renforce son programme de santé des travailleurs, en accordant une attention spéciale aux travailleurs agricoles et à la mise en place de projets pilotes de démonstration des activités SSP au niveau des districts. L'échange de données d'expériences sur les SSP à l'intention des travailleurs agricoles de différents pays africains devrait être fortement encouragé par le biais des programmes CTPD.

207. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC36/R11 sur les discussions techniques de la trente-sixième session du Comité régional.

CHOIX DE SUJET DES DISCUSSIONS TECHNIQUES DE 1987

208. Le Comité régional a choisi pour les discussions techniques de sa trente-septième session le thème suivant : "Appui opérationnel aux soins de santé primaires (niveau périphérique)".

209. Le Comité a adopté la Décision No 7 sur ce point.

DESIGNATION DU PRESIDENT ET DU PRESIDENT SUPPLEANT DES DISCUSSIONS
TECHNIQUES POUR 1987

210. Sur proposition du Président, le Comité a désigné le Dr Dibandala Ngandu-Kabeya et le Dr Martin P. Mandara comme Président et Président suppléant des discussions techniques de la trente-septième session du Comité régional.

211. Le Comité a adopté la Décision No 8 sur ce point.

DATES ET LIEUX DE LA TRENTE-SEPTIEME ET DE LA TRENTE-HUITIEME SESSIONS
DU COMITE REGIONAL

212. En présentant le document AFR/RC36/18, le Directeur, Programme de Soutien, a attiré l'attention des participants sur l'Article 48 de la Constitution qui prévoit que les Comités régionaux se tiendront aussi souvent que nécessaire et détermineront les lieux de chaque réunion. L'attention du Comité a également été attirée sur le coût élevé des sessions du Comité régional lorsqu'elles se tiennent loin du Bureau régional.

213. En conséquence, compte tenu de la résolution du Conseil exécutif EB75.R7 qui vise à une utilisation optimale des ressources limitées de l'OMS à tous les niveaux organiques et en particulier des fonds alloués aux budgets programmes régionaux pour la coopération avec les Etats Membres, le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC35/R10 lors de sa trente-cinquième session à Lusaka, et a décidé que le Comité régional se réunira au moins une fois tous les deux ans au Bureau régional.

214. En conséquence, le Comité a décidé de tenir sa trente-septième session à Bamako, au Mali, en septembre 1987, et sa trente-huitième session à Brazzaville (Congo) en septembre 1988. Le Comité a donc adopté la Décision de procédure No 9.

215. En outre, le Comité régional a pris note des aimables invitations de la République du Niger et de la République du Burundi. Ces invitations seront prises en considération pour la trente-neuvième et la quarante et unième sessions respectivement, conformément à la résolution AFR/RC35/R10.

Respect des engagements pris dans le cadre de l'accord entre le gouvernement du pays hôte et l'Organisation mondiale de la Santé

216. Le Directeur régional a rappelé les difficultés rencontrées par le Secrétariat ces dernières années pour assurer une bonne organisation de la session lorsqu'elle se tient loin du Bureau régional. Il a exprimé le voeu que les Etats Membres prêtent attention aux critères imposés aux termes de l'accord entre le gouvernement du pays hôte et l'Organisation concernant les moyens matériels et les services nécessaires à la session du Comité régional.

CONCLUSIONS

217. La trente-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique s'est ouverte le 10 septembre 1986 à Brazzaville en présence de Son Excellence, le Colonel Denis Sassou Nguesso, Président de la République populaire du Congo et Président en exercice de l'Organisation de l'Unité Africaine. Au cours de la cérémonie d'ouverture, le Dr H. Mahler, Directeur général de l'OMS, le Professeur Agbeta, Président par intérim, le Dr G. L. Monekosso, Directeur régional et le Président de la République, ont prononcé des allocutions. Ils ont tous fait état de la situation socio-économique difficile à laquelle la Région africaine et les organisations internationales sont confrontées et ils ont demandé que l'on fasse preuve d'initiative pour renverser la situation.

ANNEXES

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

Qui est comptable de la santé pour tous, et auprès de qui ?

Monsieur le Président,

Excellences, Honorables Représentants,

Mesdames et Messieurs,

Collègues et Amis,

Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé

1. Il y a quatre mois, la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé s'est tenue à Genève. A en croire les commentaires de la presse, ce fut une sorte de kermesse politique où la santé n'avait guère sa place. La réalité est tout autre. Malgré le risque permanent de conflit politique majeur, la santé a occupé l'essentiel des débats. Que l'on ait su éviter tout dérapage politique est la preuve que le bon sens a prévalu lorsque la discussion prenait un tour inquiétant. Honorables Représentants, nous devons tous, vous autant que nous, ne jamais nous départir de ce bon sens pour que votre Organisation survive et demeure la seule Organisation sanitaire internationale à caractère social.

Evaluation de la stratégie de la santé pour tous

2. Le point le plus important de l'ordre du jour de la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé était l'évaluation mondiale de la stratégie de la santé pour tous à laquelle votre Région a apporté une utile contribution. Quatre-vingt-dix pour cent des Etats Membres ont présenté un rapport sur leur stratégie. Je puis dire que c'est là un phénomène social unique, la preuve que vous considérez sérieusement l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000 et un démenti cinglant pour tous ceux qui voient dans notre objectif un simple artifice de l'OMS. La principale leçon que nous avons apprise est la suivante : l'évaluation doit être faite par vous chez vous et dans le cadre

de la gestion courante de vos systèmes de santé, mais surtout pas à seule fin d'envoyer un rapport à l'OMS dans deux ans. Nous avons aussi appris que l'évaluation doit être un tremplin pour l'action et pas simplement une compilation destinée aux archives. Dès lors, le bon sens veut que tout ce qui va ressortir de votre évaluation serve à améliorer votre système de santé. De plus, les souvenirs récents sont généralement plus précis que les anciens, sauf peut-être chez quelques vieillards artérioscléreux et aucun d'entre nous n'en est encore là. Utiliser immédiatement les conclusions de votre évaluation pour améliorer votre système de santé au lieu de vous référer ultérieurement au rapport correspondant est donc aussi une simple question de bon sens.

Systèmes de santé de district

3. Dans mon exposé de l'an dernier, j'ai parlé de prendre la santé pour tous en ligne de mire et je vous ai recommandé, pour atteindre vos cibles, de définir des programmes d'action dans le domaine des soins de santé primaires. Dans ce contexte, j'ai brièvement mentionné les systèmes de santé de district. Or, ce thème a été repris et largement commenté lors de la dernière Assemblée de la Santé. On a alors émis de nouvelles idées dont j'aimerais vous informer pour que nous puissions tous en faire notre profit. Dans une organisation démocratique comme l'OMS, cette procédure est la seule concevable : les idées lancées aux Comités régionaux sont ensuite examinées par l'Organe directeur suprême de l'Organisation puis, retournent aux Comités régionaux pour action.

4. Il apparaît clairement que les systèmes de santé de district peuvent donner aux gens une bonne occasion de contribuer effectivement à façonner leurs propres soins de santé; étant donné que la taille du système de district le met à leur portée, ils peuvent constater par eux-mêmes ce qui fonctionne de façon satisfaisante ou non et ils sont assez près de ceux qui gèrent le système pour influencer sur leurs décisions. Il faut toutefois éviter d'idéaliser la situation. La décentralisation vers les districts doit se faire dans le cadre d'une politique nationale judicieuse et être politiquement et financièrement acceptable. Les autorités du district doivent avoir les

moyens d'agir mais aussi l'obligation de faire preuve de bon sens. Ils doivent être responsables vis-à-vis non seulement des gens du district, mais aussi des autorités centrales. Ces autorités centrales doivent définir, dans le cadre de leurs responsabilités politiques et budgétaires, la politique de santé du pays de manière à ce qu'elle constitue une base d'action ainsi que certaines normes techniques et financières. Ce faisant, ils doivent aussi laisser place à l'initiative dans les limites de ces politiques et normes sans quoi la décentralisation ne serait qu'un vain mot. J'ajouterai que le système de santé n'est qu'une partie du système social et économique du pays de sorte que sa structure administrative doit être en harmonie avec l'appareil administratif du pays. Il va de soi que le système de santé peut proposer des innovations administratives, mais il faut les faire adopter par les autorités politiques. Si je mentionne ces quelques points, c'est parce qu'en les négligeant nous risquons de nous heurter à des obstacles politiques infranchissables qui nous empêcheront d'appliquer nos bonnes intentions.

5. On peut aussi imaginer la situation opposée où le transfert de l'autorité du centre au district serait interprété comme une totale liberté d'action. Récemment, j'ai eu connaissance du cas d'un pays où le Président avait décrété une totale décentralisation au profit des districts. Les hôpitaux de district se sont donc mis à acheter des médicaments sur place sans tenir compte de la politique pharmaceutique nationale ni de la liste de médicaments essentiels qui avait été établie pour l'ensemble du pays. Ils ont ainsi rapidement épuisé leur budget médicaments alors qu'une centrale d'achats aurait pu leur permettre de réduire les coûts de 40 % et d'avoir assez de médicaments pour toute l'année. Une telle situation pourrait se produire avec d'autres fournitures ainsi qu'avec le matériel, la logistique et les systèmes de communication. Le district fait partie d'un tout et qui dit décentralisation ne dit pas anarchie; il faut une gestion responsable.

6. Mais le message que j'aimerais surtout vous adresser aujourd'hui est le suivant : il ne faut pas considérer la mise en place de systèmes de santé de district comme un nouvel exercice abstrait entouré d'une aura de mysticisme. Tous les ingrédients nécessaires à cette mise en place existent déjà et ont été largement décrits dans le rapport d'Alma-Ata ainsi que dans la stratégie

mondiale de la santé pour tous. Ils ont servi de base à l'évaluation des stratégies nationales. Ces ingrédients doivent être mélangés aux doses requises : c'est là un passionnant défi pour une recherche pragmatique sur les systèmes de santé. Votre OMS est prête à aider chacun d'entre vous à relever ce défi et elle est même très désireuse de le faire. En dernière analyse toutefois, c'est à vous qu'il incombe d'y faire face : l'ère du paternalisme est révolue.

Responsabilités politiques et budgétaires

7. De même, Honorables Représentants, que le transfert de responsabilités du gouvernement central au niveau du district doit se faire dans le cadre d'une politique nationale et être politiquement et financièrement acceptable, de même le transfert de responsabilités de l'OMS aux gouvernements des Etats Membres doit s'inscrire dans une politique collective et revêtir une forme politiquement et financièrement acceptable. Je n'ai pas besoin de m'étendre ici sur le cadre politique collectif. Nous l'avons élaboré ensemble, nous y vivons et nous n'avons pas peur d'en évaluer les conséquences. Je vais donc commencer avec la responsabilité budgétaire. Pour tirer le meilleur parti de ce que l'OMS peut vous offrir, vous devez exploiter au maximum toutes ses ressources. Il ne s'agit pas seulement, tant s'en faut, de ressources financières mais aussi de ressources humaines, morales, affectives et intellectuelles, d'informations et de produits de l'expérience. Si elles sont vastes, c'est parce qu'elles représentent la somme des efforts déployés dans les 166 Etats Membres en vue de la santé pour tous. Malheureusement, les ressources financières, elles, ne sont pas en proportion car sévèrement limitées et les choses ne font que s'aggraver.

8. C'est précisément pour vous aider à utiliser au mieux les ressources de l'OMS que nous avons consacré tant d'énergie à instaurer des politiques régionales en matière de budget programme. Je vous ai personnellement donné des directives qui résument les fruits d'années de travail en commun passées à améliorer la pertinence de nos investissements sanitaires et à rendre leur utilisation plus efficace. Elles montrent comment vos ressources collectives peuvent être utilisées judicieusement pour vous aider à construire des systèmes de santé qui reflètent bien vos stratégies de la santé pour tous.

Elles montrent comment vous pouvez constamment renforcer les moyens dont vous disposez à cet effet et gérer le système vous-même en utilisant l'information - connaissances, savoir-faire et expérience - accumulée par l'OMS depuis des années grâce, dans une large mesure, à vos propres efforts. Elles montrent aussi comment utiliser votre OMS pour rationaliser et mobiliser vos propres ressources et parvenir à la situation tant désirée de l'autoresponsabilité nationale en matière de santé. Elles montrent enfin comment tout ceci peut se faire très démocratiquement ainsi qu'il convient dans l'OMS des années 1980 et 1990.

9. Pourquoi donc, Honorables Représentants, êtes-vous si nombreux à hésiter lorsqu'une telle occasion s'offre à vous ? Pourquoi êtes-vous si nombreux à continuer d'utiliser votre Organisation simplement comme l'un des nombreux organismes de financement qui vous donnent des miettes ? Pourquoi êtes-vous si nombreux à considérer encore votre Organisation comme une donatrice et non comme un partenaire ? Aussi longtemps que vous adopterez cette attitude, vous utiliserez mal vos ressources collectives. Mais si vous acceptez ce partenariat, vous vous rendrez compte de ce que je vous répète année après année et jour après jour, à savoir que l'OMS est votre Organisation. Vous pouvez être vos propres bourreaux ou vos propres sauveurs.

10. Pourquoi, me direz-vous, utiliser de tels termes : bourreaux et sauveurs ? Pourquoi ce ton apocalyptique ? C'est parce que nous devons faire face à des attaques de l'extérieur et à des lacunes gestionnaires à l'intérieur et que les deux ne sont pas sans lien entre elles. Nous faisons un magnifique travail de planification, de surveillance et d'évaluation. Malheureusement, notre soutien des programmes nationaux à l'intérieur des pays est loin d'être aussi remarquable. Nous ne dépensons pas encore notre argent aussi judicieusement que nous le pourrions et le devrions dans les pays. Malgré le processus extrêmement souple de programmation-budgétisation de nos ressources dans les pays, malgré la politique régionale en matière de budget programme récemment définie, malgré les ressources gestionnaires introduites pour faciliter une utilisation optimale de nos ressources à l'appui de vos programmes de santé gérés par vos personnels de santé, malgré tout cela, vous êtes trop nombreux à dépenser beaucoup trop pour des achats ponctuels de

fournitures et de matériel et une trop grande part de ces achats s'effectue dans le dernier quart de l'exercice biennal; parfois, vous dépensez plus pour ces articles pendant ce dernier semestre que pendant les trois précédents. Nos critiques y voient clairement le signe que nous ne consacrons pas notre argent à des activités planifiées. Trop nombreux sont encore ceux d'entre vous qui ne planifient pas l'octroi des bourses, n'utilisent pas convenablement les boursiers à leur retour et n'informent même pas votre Organisation de ce qu'ils deviennent alors qu'ils représentent notre investissement commun.

11. Rien de neuf dans ce que je vous dis ici : je le répète en effet depuis des années. Cette répétition tient un peu du masochisme et pourtant, Honorables Représentants, je vous le redis cette année avec plus de vigueur que jamais car le climat extérieur a changé. L'indulgence que l'on pouvait avoir dans le passé pour des administrateurs sanitaires idéalistes a fait place à la désillusion, aux soupçons, voire à une franche hostilité. Je ne prétends pas que cela soit dû entièrement à nos faiblesses gestionnaires mais celles-ci sont l'huile qui a attisé le feu. Voilà bien longtemps que je prévois cette situation. Il y a deux ans, je vous disais déjà que si vous n'amélioriez pas la gestion des activités de coopération dans les pays, la composante coopération technique de notre budget ordinaire risquait de ne pas survivre aux critiques dont elle serait l'objet, ce qui mettrait un terme aux arrangements régionaux prévus par notre Constitution. C'est pourquoi j'étais si impatient d'introduire la politique régionale en matière de budget programme et d'instaurer un nouveau type de vérification financière qui vous montre comment vos ressources collectives sont utilisées ou non par les Etats Membres pour établir le type de politiques et de programmes approuvé par vous au sein des Organes directeurs.

12. Peut-être est-il déjà trop tard. L'austérité est à l'ordre du jour et une fois imposée dans une partie du globe, elle peut aisément se propager ailleurs pour entraîner une véritable débâcle financière. Les signes précurseurs sont déjà là et moins on en parlera en public, mieux cela vaudra.

Crise de confiance

13. Honorables Représentants, ce que nous appelons par euphémisme une crise de liquidité est en réalité beaucoup plus que cela : c'est une véritable crise de confiance. Comment pouvons-nous restaurer cette confiance ? Certainement pas en jonglant avec les mots mais en démontrant sur le terrain que nous sommes capables de pratiquer ce que nous prêchons, que nous pouvons utiliser nos ressources avec efficacité et efficacité et que nous parviendrons à atteindre notre objectif d'ici l'an 2000.

14. Je sais que certains pays sont précisément en train de faire une telle démonstration, mais ils sont encore bien trop peu nombreux. Il nous faut une masse critique de pays comme ceux-là qui soient la preuve vivante que notre stratégie est sans contestation possible, non seulement viable mais aussi la seule solution raisonnable à une situation caractérisée par des problèmes croissants et des ressources qui vont en s'amenuisant. C'est, en fait, une stratégie miraculeuse, pas surnaturelle bien sûr mais au contraire extrêmement pratique, le fruit d'un dur labeur et du bon sens. Je serais franchement optimiste et insufflerais cet optimisme aux autres si je pouvais seulement être sûr que vous faites vraiment tout ce qui est en votre pouvoir pour tirer le meilleur parti de ce que votre Organisation vous offre. Quand je dis vous, j'entends nous tous. Loin de moi l'idée que le Secrétariat ait su éviter l'écueil d'une bureaucratie excessive. Cette bureaucratie ralentit notre action et fait planer un doute sur la sincérité de nos tentatives. Nous devons l'assouplir pour ouvrir la voie à des initiatives du genre de celles que j'ai mentionnées il y a un instant, initiatives qui ne peuvent que prospérer dans un cadre de politique collective et un climat de responsabilité politique et financière.

15. Aujourd'hui, Honorables Représentants, nous passons en jugement. Nous pourrions en sortir avec tous les honneurs si seulement nous utilisions les instruments dont nous disposons. Notre politique et notre stratégie sont uniques. Nous avons un programme général de travail raisonnable qui peut vous aider à mettre en place des infrastructures sanitaires conformes aux politiques collectives et à utiliser une technologie véritablement appropriée à votre pays. Notre budget programme est loin d'être insignifiant : c'est en

fait un puissant instrument à condition que nous acceptions de l'utiliser comme tel. Je dois ajouter que les mesures institutionnelles prises par votre Directeur régional, à savoir la création des postes sous-régionaux du Bureau régional, mettent les ressources de l'Organisation plus près de vous qu'elles ne l'ont jamais été. Toutefois, je ne vais pas vous prier de vous conformer à mes orientations concernant la politique régionale en matière de budget programme. Je ne vais pas vous prier de commencer à contrôler de quelle manière vous utilisez ou non vos ressources collectives pour élaborer des politiques judicieuses et bien gérer vos programmes en vue de donner effet à ces politiques. Je n'ai plus, pour ma part, à prier qui que ce soit. Votre Organisation a mis en place ces instruments en votre nom. C'est à vous de décider si vous voulez les utiliser et si oui, comment en tirer le meilleur parti. Cela relève de vos responsabilités politiques et je suis sûr que vous ferez preuve de bon sens à cet égard. Si nous utilisons sagement nos ressources collectives, quoi qu'il arrive, votre Organisation ne parviendra pas seulement à survivre : elle prospérera grâce à l'impulsion qui lui est donnée par ses importantes décisions collectives ainsi que par les connaissances et l'expérience précieuses accumulées par elle. Mais si vous continuez à utiliser vos ressources au coup par coup et sans planification, elles vont disparaître ne laissant guère derrière elles que le squelette d'une Organisation jadis prospère.

Qui est comptable de la santé pour tous, et auprès de qui ?

16. Eh bien, direz-vous, si l'OMS sombre dans l'oubli, quelle différence cela fera-t-il ? Je crois que cela changerait beaucoup de choses. Les organisations sont peut-être sans importance, mais pas les gens. Ceux de cette Région ont besoin en permanence de votre appui et de vos orientations jusqu'au moment où ils atteindront le stade tant espéré de l'autoresponsabilité en matière de santé. Vous êtes les gardiens régionaux de la santé. Au sein de votre Organisation, chacun de vous est responsable vis-à-vis de l'ensemble des autres. Ceci n'implique aucunement une renonciation à votre responsabilité individuelle; indépendamment de votre responsabilité morale envers toute la population de la Région, c'est vous qui subirez les conséquences de vos actions à l'intérieur de votre propre pays.

17. J'ai dit qu'au sein de votre Organisation, vous étiez responsables vis-à-vis de l'ensemble des autres. Et au-dehors, qu'en est-il ? Là, vous êtes jugés tous les jours par le monde extérieur, lequel ne considère pas l'action de santé comme un investissement aux fins du développement, mais plutôt comme une dépense regrettable de ressources qui pourraient être mieux employées dans d'autres secteurs pour donner un élan à l'économie. Il n'y a qu'un moyen de combattre cet environnement hostile. C'est en démontrant sur le plan pratique que, grâce à un bon usage de vos propres ressources et de celles que vous possédez en commun à l'OMS, sans oublier celles que vous apportent des sympathisants extérieurs éclairés, vous pouvez rapidement progresser vers l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000, et vous progressez réellement, et que, ce faisant, vous contribuez à la réalisation d'autres buts sociaux et économiques de vos peuples.

18. Oui, Monsieur le Président et Honorables Représentants, le système de valeurs sur lequel se fonde l'objectif de la santé pour tous pourrait aussi inspirer d'autres objectifs socio-économiques. Malheureusement, il ne l'a pas encore fait. S'il s'est instauré, grâce en grande partie à votre OMS, un haut degré d'interdépendance nationale et de solidarité internationale en matière de santé, cette solidarité internationale est quasiment inexistante dans les autres secteurs du développement. Bien au contraire, les dialogues nord-sud et sud-nord se sont transformés en dialogues de sourds et je suis au regret de constater que cette surdité frappe l'une et l'autre partie et qu'elle est en fait universelle. Elle risque fort de gagner ceux qui oeuvrent pour la santé du monde; mais vous pouvez, Honorables Représentants, aider à rétablir un climat de confiance mutuelle par une action exemplaire dans le domaine de la santé.

19. Afin de réussir, il vous faudra faire preuve d'un remarquable talent de leader, ne serait-ce que pour vaincre un cynisme omniprésent et une apathie non moins pernicieuse. D'ailleurs, un succès dans le domaine de la santé pourrait éventuellement aider à restaurer la confiance dans d'autres sphères du monde social et économique. Si un ferme leadership est nécessaire pour atteindre un objectif aussi clairement défini et universellement accepté que la santé pour tous, je vous laisse imaginer la fermeté qui s'impose pour que notre objectif sanitaire commun débouche sur des objectifs de développement

socio-économique plus larges et sur l'instauration d'un véritable dialogue international en vue de les atteindre. Vous pouvez exercer ce leadership si vous le tentez avec assez d'énergie, confortés par un système de valeurs qui, pour être commun à l'ensemble de votre Organisation, n'en est pas moins très peu banal et par la politique sanitaire qui en découle. Vous allez ainsi combler un vide manifeste, non par vaine gloriole, mais dans l'intérêt de vos peuples car, en dernière analyse, c'est à eux que vous êtes comptables de votre action alors que l'OMS, elle, l'est vis-à-vis de tous les peuples du monde.

Je vous remercie.

ALLOCATION DU PROFESSEUR AISSAH AGBETRA,
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE,
DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA CONDITION FEMININE DU TOGO,
PRESIDENT EN EXERCICE DE LA TRENTE-CINQUIEME SESSION
DU COMITE REGIONAL

Monsieur le Président de la République populaire du Congo,
Messieurs les Ministres et chers Collègues,
Monsieur le Directeur général de l'OMS,
Monsieur le Directeur régional de l'OMS,
Distingués Délégués,
Mesdames, Messieurs,

C'est pour moi un honneur exceptionnel et un très grand plaisir d'accueillir ici même, au siège de notre Région africaine, Son Excellence le Président Denis Sassou Nguesso, Président de la République populaire du Congo, Président en exercice de l'OUA qui, malgré ses très lourdes charges et ses innombrables préoccupations, a bien voulu rehausser de sa présence la cérémonie solennelle d'ouverture de cette trente-sixième session de notre Comité.

Monsieur le Président, il est des circonstances où les discours paraissent superflus, tant l'émotion est grande et la communion parfaite. C'est le sentiment qui, sans aucun doute, anime en ce moment même l'Assemblée réunie en accueillant pour la première fois dans l'histoire du Comité régional, le Président en exercice de l'Organisation de l'Unité Africaine dans ce sanctuaire de dialogue et de concertation sur les problèmes sanitaires qui minent l'ensemble de notre continent. Nous pouvons vous assurer que votre seule présence à nos côtés constitue un réconfort et un véritable encouragement dans la recherche de solutions viables à nos différents problèmes.

Vous me permettez donc, Excellence Monsieur le Président, tout en réaffirmant l'admiration que les Africains que nous sommes portons à votre prestigieuse personne, de saisir cette solennelle opportunité pour vous présenter, au nom des Honorables Ministres et Chefs de Délégations ainsi que des Distingués Délégués ici présents, nos plus vives et respectueuses félicitations pour la confiance mille fois méritée que vos pairs et à travers eux l'Afrique tout entière vous a témoignée lors de la dernière Assemblée de l'OUA à Addis Abéba en vous confiant cette lourde responsabilité.

Monsieur le Président, pour comprendre l'étendue et la facture de votre action en faveur de notre continent, il suffirait peut-être de se rappeler le vibrant appel que vous venez de lancer lors de votre discours d'investiture en invitant tous vos pairs, je vous cite : "à balayer devant leurs portes." En effet, dans un monde au lendemain incertain et en proie à une crise permanente, nous, Africains devons de plus en plus prendre d'abord la plus grande conscience de nos responsabilités.

Connaissant votre détermination dans la poursuite de vos objectifs, le peuple africain est plein d'espoir en vous. Du reste, cette détermination s'est déjà traduite dans la part active que votre pays, sous votre vigoureuse impulsion, a prise dans la recherche des solutions aux problèmes qui agitent le monde africain. Aujourd'hui, le Congo n'est-il pas devenu une terre de médiation et de conciliation où plusieurs différends entre frères Africains se discutent ?

Aucun Africain digne de ce nom ne peut se sentir vraiment libre, lorsqu'il sait qu'on dénie à ses frères, d'une façon ou d'une autre, le droit de se sentir homme sur la propre terre de ses ancêtres.

Voilà pourquoi, Monsieur le Président, nous autres, responsables de la santé, ne pouvons laisser échapper cette occasion sans louer les brillants efforts que Votre Excellence a déployés ainsi que le rôle frappant qu'elle a joué çà et là pour la réhabilitation des valeurs humaines, l'instauration d'un ordre économique plus juste en vue de la satisfaction des besoins fondamentaux de nos populations.

Nous ne saurions terminer, Monsieur le Président, sans prendre la liberté de vous dire combien nous sommes d'avance assurés que les sages indications que vous donnerez à nos assises marqueront, à n'en pas douter, un tournant décisif dans la marche en avant de nos pays vers un mieux-être intégral de nos braves populations.

Enfin, qu'il nous soit permis de vous adresser, et à travers vous au peuple frère du Congo, au nom des Honorables Ministres et Chefs de Délégations ainsi que des Distingués Délégués, notre profonde gratitude pour l'hospitalité généreusement africaine dont nous avons, de tous temps, été l'objet, chaque fois que nous nous retrouvons dans cette charmante ville de Brazzaville.

Nous avons aussi le privilège d'accueillir aujourd'hui Son Excellence le Docteur H. Mahler, Directeur général de l'OMS qui, cette année encore, nous fait l'honneur de venir à notre session.

Monsieur le Directeur général de l'OMS, nous vous sommes très reconnaissants pour l'attachement que vous n'avez cessé de porter à notre Région et que vous concrétisez chaque fois que votre calendrier le permet en prenant part personnellement à notre Comité régional. Nous savons que vous comprenez mieux que personne nos problèmes et que nous pouvons compter sur vous et sur vos collaborateurs pour relever le défi de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Vous nous avez aussi habitués, Monsieur le Directeur général, à de véritables allocutions-programmes et c'est toujours pour nous une grande joie que d'avoir à vous écouter sur les soins de santé primaires. Votre dernière allocution à la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 1986, a particulièrement retenu toute notre attention en nous montrant combien vos idées sont identiques aux nôtres dans la mise en oeuvre des soins de santé primaires.

Soyez convaincu d'une chose et pour cela tous mes collègues ici présents sont d'avis avec moi : la volonté politique pour la mise en oeuvre des soins de santé primaires n'est ni un mythe ni un vain mot dans notre Région. Le problème essentiel qui nous hante c'est la surveillance permanente de ces "crocodiles" dont vous avez si bien parlé à Genève et qui, sans connaître les profondes motivations de nos braves populations, arrivent chez nous sous des formes diverses, prêts à nous dévorer. A l'heure où les marécages sanitaires semblent parfois s'étendre et s'approfondir dans certaines de nos régions, vous conviendrez avec nous qu'il nous faudra rester plus que jamais vigilants '

Messieurs les Ministres et chers Collègues,
Mesdames, Messieurs,

Ainsi donc, nous voici réunis une fois encore à notre siège, en vue de confronter nos expériences, jeter de nouvelles bases programmatiques et élaborer de nouvelles directives pour l'année à venir.

La tradition veut qu'en pareille circonstance, le Président de séance s'acquitte de l'agréable devoir d'adresser quelques mots aux différentes délégations soeurs venues à notre Comité.

Il m'est d'autant plus agréable de me conformer à cette tradition qu'il y a un an, à Lusaka, vous me faisiez l'insigne honneur de m'élire comme Premier Vice-Président de notre Comité. Le hasard des circonstances a voulu que quelques temps après, notre Président en titre, promu à d'autres responsabilités, laisse vacant un fauteuil dans lequel une fois de plus vous me faisiez l'amitié de m'installer, et c'est fort de cette confiance que j'ai pu vous représenter à la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé à Genève, en mai dernier, comme Vice-Président.

Ce n'est donc pas sans une certaine émotion que je saisis l'occasion qui m'est offerte aujourd'hui pour non seulement souhaiter la bienvenue aux Honorables Distingués Délégués qui ont bien voulu faire le déplacement pour la présente session, mais aussi et surtout pour vous adresser la profonde reconnaissance de mon pays ainsi que la mienne propre pour cette marque de confiance et de fraternité renouvelée.

Je ne saurais non plus manquer de faire part de mes vifs remerciements à toute l'équipe de notre Secrétariat régional qui m'a considérablement facilité la tâche pendant toute la durée de ce mandat.

Mesdames, Messieurs, Distingués Délégués, un rapide coup d'oeil sur l'ordre du jour qui nous est proposé montre que des sujets d'une importance capitale seront abordés. Cependant, le thème essentiel de notre réunion est l'examen traditionnel des activités sanitaires menées dans notre Région au cours de l'année écoulée et des perspectives qui, à nos yeux, s'offrent pour notre action future. Comme vous le savez depuis la dernière réunion, la situation sanitaire est demeurée difficile et instable dans la plupart de nos pays.

A ce propos, vous me permettrez tout d'abord en votre nom à tous, de présenter au Directeur régional le Professeur G. L. Monekosso, notre Secrétaire exécutif, et à ses collaborateurs toutes nos félicitations pour la célérité et la détermination avec lesquelles les nouvelles structures du Bureau régional ont été mises en place pour une meilleure efficacité. Je pense tout spécialement à la création des Bureaux sous-régionaux qui sont déjà

opérationnels, à AFROPOC, nouveau système de gestion à AFRO et au renforcement en cours dans les Représentations OMS au niveau des pays. Notre Directeur régional, homme de terrain, a, depuis sa prise de fonction, rendu visite à un certain nombre de pays dont le Togo afin de se rendre compte lui-même des problèmes réels qui se posent dans la mise en oeuvre des soins de santé primaires.

Par ailleurs, l'Année africaine de la Vaccination a reçu un écho très favorable partout, compte tenu du retard pris.

Tous nos pays ont renforcé la sensibilisation et la mobilisation des populations avec l'aide de plusieurs organismes et bien sûr de notre Organisation, l'OMS, en centrant les affiches, les causeries et les émissions radio-télévisées sur le PEV et plus spécialement sur 1986, Année africaine de la Vaccination.

Vous conviendrez avec moi que l'essentiel est de réussir une bonne préparation car elle conditionnera toutes les activités du PEV jusqu'en 1990, année où nous devons tous avoir vacciné au moins 75 % de la population cible.

Le soutien à tous les pays d'Afrique par notre Bureau régional ne fait aucun doute à personne et il sera d'autant plus effectif et efficace que la décentralisation au niveau du Bureau régional est une réalité.

S'agissant de la résolution sur l'accélération des soins de santé primaires au niveau local (district pour certains pays, préfecture ou arrondissement pour d'autres), en d'autres termes au niveau de la plus petite unité politico-administrative de chaque pays, plusieurs réunions y ont été consacrées et ont permis de mettre au point un scénario qui permettra à chacun de nous d'envisager sinon l'accélération, du moins la mise en oeuvre effective des soins de santé primaires à partir du niveau local.

Il reste que ce scénario élaboré par le Bureau régional, discuté et mis au point avec les techniciens de nos pays, mérite d'être largement diffusé dans nos langues de travail pour servir de canevas, voire de document de base pour l'accélération des soins de santé primaires au niveau local.

Il va sans dire que c'est également au niveau local que l'action intersectorielle pour la santé nous semble plus facile à réaliser. A ce titre, notre Secrétariat exécutif a organisé à Brazzaville une réunion au cours de laquelle des Ministres de la Santé et ceux d'autres secteurs de l'économie nationale de nos pays ont eu à discuter de thèmes tels que : Santé et Agriculture, Santé et Education, Santé-Hydraulique et Assainissement. Certains de nos collègues ici présents ont pris part à cette réunion et ont compris que nous devons essayer de rompre les barrières administratives qui existent entre nos ministères et les autres afin de mieux coordonner et exécuter rationnellement toutes les actions menées par nos secteurs respectifs pour le bien-être de nos populations.

Dans mon pays le Togo, la campagne de sensibilisation pour le PEV bat son plein et dès la fin de ce mois, le Chef de l'Etat le Général Gnassingbé Eyadema lancera personnellement et officiellement cette grande opération qui va donner une impulsion certaine à tous les Togolais en vue d'en assurer la totale réussite.

D'un autre côté, notre pays a terminé sa programmation sanitaire nationale dans laquelle sont consignés politiques, objectifs, stratégies et plans d'action pour la mise en oeuvre des soins de santé primaires. Le système de santé tel qu'il existait a été modifié et comporte la création de directions régionales pour mieux appuyer les actions exécutées au niveau des préfectures, c'est-à-dire au niveau local. Cette décentralisation du système national de santé va permettre des progrès plus concrets vers l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

Messieurs les Ministres et Chefs de Délégations,
Mesdames, Messieurs,

Une question d'emblée nous vient à l'esprit, c'est celle des moyens à mettre en oeuvre pour la résolution concrète de nos problèmes sanitaires car, bien que notre continent dispose d'immenses potentialités naturelles, la plupart de nos pays demeurent dans un état de sous-développement global. Chaque année, notre responsabilité s'accroît face à de nouvelles données qui menacent notre continent.

En effet, force nous est de constater que la crise économique, si elle semble favorable aux pays industrialisés, reste encore impitoyable pour l'Afrique qui se débat dans des conflits fratricides et des guerres entretenus par des manoeuvres de déstabilisation ou par l'apartheid. De nombreux problèmes aux solutions urgentes continuent de se poser à nous et ce de manière cruciale tels ceux occasionnés par les catastrophes naturelles, les criquets migrateurs qui viennent hypothéquer encore une fois les efforts consentis par certains pays qui sortent à peine d'une sécheresse elle-même déjà dévastatrice. Pourtant l'agriculture et l'amélioration de la productivité sont une préoccupation constante si nous voulons lutter efficacement contre la malnutrition.

Il est aussi clair que parmi les autres domaines de nos préoccupations actuelles figurent en bonne place le syndrome d'immunodéficit acquis (SIDA), un mal qui, bien que répandant la terreur partout dans le monde entier, aurait peut-être, pour des raisons de pure commodité, une origine africaine.

Le Bureau régional a, comme vous pouvez l'imaginer en pareilles circonstances, pris des dispositions nécessaires pour rassembler toutes les informations sur le SIDA et commencé à mettre en place au niveau des pays un programme de plan d'action contre le SIDA.

Il s'agira avant tout d'éviter la contamination de nos populations par transfusion sanguine et aussi de les informer sur le mode de transmission de ce nouveau fléau, afin d'éviter qu'il ne devienne un autre problème de santé publique pour l'Afrique.

Tout cela doit nous inciter à resserrer nos rangs sur tous les plans et à faire la politique de nos moyens en comptant d'abord et avant tout sur nos propres forces.

Excellence Monsieur le Président en exercice de l'OUA,
Monsieur le Directeur général de l'OMS,
Monsieur le Directeur régional de l'OMS,
Messieurs les Ministres et Chefs de Délégations,
Distingués Délégués,
Mesdames, Messieurs,

C'est là quelques-unes des difficultés qui jonchent le chemin vers la santé pour tous d'ici l'an 2000 dans notre Région.

Je suis certains que chacun de nous reste convaincu que l'analyse de nos problèmes communs ainsi que les solutions à proposer comportent des étapes dont vous conviendrez qu'il ne faut brûler aucune au risque de voir une si belle entreprise que celle des soins de santé primaires prêter le flanc à des critiques orchestrées par des tiers que du reste nul d'entre nous n'approuve ni ne soutient. La force que nous puiserons dans notre unité de vues de nos problèmes nous permettra d'aller de l'avant et de surmonter tous les obstacles.

C'est sur cette note de sagesse propre à l'habitude africaine que je convie les uns et les autres à faire preuve comme de coutume, de maîtrise et de compréhension au cours des discussions qui vont bientôt s'engager.

Je vous remercie.

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

Condamnés à réussir

Tel est le thème que nous avons choisi pour nous adresser devant vous :

Votre Excellence, Monsieur le Président de la République populaire du Congo,
Président en exercice de l'Organisation de l'Unité Africaine,

Vos Excellences, Messieurs les Ministres,

Mesdames et Messieurs.

1. Sans prétention, nous sommes doublement condamnés à réussir, d'une part pour la sauvegarde de l'Organisation et d'autre part, pour l'Afrique notre mère patrie. Depuis la création des agences des Nations Unies, jamais ces dernières n'ont été tant décriées qu'à l'heure actuelle.

2. Il est vrai qu'à leur genèse et après guerre, l'idéal fut noble. Promouvoir la paix mondiale et aider les pays pauvres et neufs d'âge à se bâtir. En période de prospérité économique, les moyens ont été généreux mais les chocs pétroliers aidant, les devises fortes font le yoyo. Tout grand est voué à l'économie du marché et petites et grandes économies sont de rigueur. Les agences, y compris les plus spécialisées comme la nôtre, sont passées au crible, les contributions s'amenuisent et les critiques abondent sur la médiocrité des résultats par rapport aux moyens mis à disposition. Les organisations sont remises en question et même leur raison d'être est en péril. Il faut donc, en fonction des données économiques, être plus réaliste non seulement en matière de formulation des projets, de l'utilisation d'une technologie appropriée et adaptable aux pays mais aussi dans la façon de travailler en essayant d'éviter une bureaucratie paralysante et sclérosante. Les organisations et la nôtre en particulier sont vouées à la réussite pour elles-mêmes d'abord et pour le continent qu'elles ont en face d'elles, notamment l'Afrique.

3. En premier lieu, ce continent comporte la plupart des pays les plus déshérités et les plus vulnérables du monde. Selon la Banque mondiale, 20 des 30 pays les moins développés se trouvent en Afrique. Le revenu par tête d'habitant est de US \$316. L'Afrique est extrêmement pauvre qu'on la juge par n'importe quel indicateur : espérance de vie, mortalité infantile, alphabétisation, accès à l'eau potable, ou ressources humaines.

4. Deuxièmement, les perspectives de croissance économique à moyen terme sont plus sombres que dans d'autres régions. Sur des présomptions optimistes, le "World Development Report" de 1981 fait état d'une augmentation de revenu par tête de 0,1 % par an pour la période 1980-1990.

5. Troisièmement, l'Afrique est la moins bien placée parmi les pays à bas revenu afin de profiter de l'accroissement du commerce international. La part de produits d'exportation non pétrolifères est très faible en Afrique et la Région est spécialisée dans des groupes de produits de base voués à des perspectives de profit lent.

6. Quatrièmement, l'Afrique demeure hautement dépendante d'aide sous forme de concession du fait de sa difficulté de remboursement. Enfin, seule une aide accrue dotée d'une politique et d'une volonté de réforme appropriées tiendrait toutes deux la promesse d'un investissement fructueux qui permettrait une croissance accélérée durant la décennie à venir.

7. Sans choix, sans alternative, notre porte de sortie est une condamnation au succès.

8. Que de fois nos peuples réduits à l'esclavage et plus proche de nous à la répression ont entendu vibrer à leurs oreilles ce glas de la condamnation tombé comme une sentence d'emprisonnement ou pire de mort. Nombreux sont ceux qui ont perdu peu à peu leur santé morale et physique en même temps que leur dignité d'homme. Condamner est bien une sentence qui oblige à une situation d'astreinte mais notre sentence à nous est la sentence de la vie contre la mort et notre astreinte est celle de la réussite contre l'échec. Notre bilan est négatif et la santé de notre continent va mal.

9. Djenne Jenou n'est plus ce qu'elle était, bien qu'elle fut la première cité du Niger à être urbanisée avant Jésus-Christ et Tombouctou n'est plus la route de l'or. D'où peut venir le secours ? Les pays industrialisés sont eux-mêmes en proie à des conjonctures écrasantes et le dialogue nord-sud s'est longtemps enlisé.

10. La force de l'homme est dans la foi qu'il a en lui. Il a toujours été un grand bâtisseur, il peut être l'artisan de son propre bonheur comme la main de son malheur. Il est le réceptacle d'un héritage et il doit passer le relai. En donnant vie à une nouvelle génération de genre humain, il devra pouvoir soutenir du regard son fils en ayant le sens du devoir vaillamment accompli.

11. Le temps n'est ni à la philosophie ni à la réflexion. Il est à l'action comme les verbes de notre thème en témoignent. Derrière nous, il n'y a personne maintenant pour nous protéger et nous empêcher de tomber à l'image des premiers pas de l'enfant. Notre indépendance même de fraîche date est chose acquise. "L'essentiel dans l'existence n'est pas de s'empêcher de tomber mais de se relever une fois tombé, de se relever fièrement pour affronter le défi et mener à bien le but défini dans un temps limité" - disait Saint François d'Assises.

12. Ce défi, c'est la santé de notre peuple. Nous ne pouvons copier sur les autres, il n'existe pas de modèle idéal. La recette se trouve en nous et autour de nous, dans notre environnement immédiat.

13. Depuis notre prise de fonction, nous avons agi et avons conçu les différents aspects de la santé comme un indice intégré au développement socio-économique dans la perspective large de multisectoralité.

14. Notre stratégie d'action échelonnée sur trois ans a été proposée et acceptée au Comité régional de Lusaka en 1985. Dès lors, nous avons élaboré un document de travail sur les modalités d'accélérer l'instauration de la santé pour tous en l'an 2000 dans les Etats Membres de la Région africaine. Ce document a été envoyé à tous les Etats Membres aux fins de discussion et de réajustement en fonction des spécificités locales. Puis, nous avons proposé aux pays sa mise en pratique au niveau le plus périphérique, soit le district.

15. Pour ce faire, bon nombre de pays ont aménagé leur plan cadastral. Les districts, les quartiers, les zones limités à population moyenne et contrôlable, ont été mieux définis tels que les "Local government areas" du Nigéria, les communes du Burundi, les zones du Zaïre ou encore les villages du Burkina Faso. Les exemples cités ne sont évidemment pas exhaustifs. La volonté de faire démarrer ces activités est plus que farouche dans tous les Etats Membres.

16. Puis, nous leur avons suggéré d'établir des organes administratifs de développement du district. Bon nombre de pays les possédaient déjà sans qu'ils ne soient pleinement fonctionnels. D'autres les ont instaurés et/ou réaménagés. Elément décentralisé, il sert donc de vecteur de la stratégie gouvernementale.

17. Le pendant de ce comité administratif est le comité de santé du district. Ici, nous avons, en collaboration avec certains pays, envoyé sur le terrain des équipes polyvalentes pour évaluer la situation et dégager les priorités d'action. Ces équipes polyvalentes travaillent de paire avec des homologues nationaux. Ainsi, ces derniers se forment, et ultérieurement, seront eux-mêmes formateurs.

18. Ce noyau peut muer en administrateurs, chercheurs en module de santé et devenir les éléments constitutifs d'un centre national de développement sanitaire. Cet organe-conseil auprès du Ministère de la Santé et coordonnateur auprès des ministères connexes à la santé possèdera toute information et statistique sur l'organigramme des agents de terrain et la cartographie sanitaire nationale. Par ailleurs, sur le terrain, éducateurs, gens d'information, assistantes sociales travaillent le peuple en vue de l'éducation, de l'hygiène et de la promotion de la santé par la mobilisation sociale.

19. Une fois l'infrastructure sanitaire du district mise en place, elle doit suivre un cycle gestionnaire qui : a) définit les priorités de santé dans le but d'une autoprise en charge individuelle, d'une autoresponsabilité familiale et d'une auto-organisation communautaire; b) en deuxième lieu, doit initier des activités multidisciplinaires par le biais des agents de santé et de ceux connexes à la santé; c) enfin, doit assurer une surveillance continue de ces activités en évaluant l'état de santé et du bien-être de la population, le degré de couverture médico-sanitaire et la satisfaction des besoins sociaux en matière de santé et à celles jouxtant la santé.

20. Le contrôle objectif se fera par des indicateurs de santé que nous aurons informatisés. Elles sont utilisables par le profane et extrapolables par les professionnels. Ils permettront de suivre exactement l'activité du district, de dégager les priorités et d'y remédier sans retard.

21. Les activités mises en place doivent ensuite s'étendre pour couvrir tous les districts du pays. Les cartes de district seront progressivement alimentées en données et le suivi est assuré par des rapports périodiques : trimestriel, semestriel et annuel. Les actions menées relèvent du choix gouvernemental, et il n'y a donc ni expérience pour voir ni zone de laboratoire encore moins de projet pilote.

22. Nous sommes conscients que nous ne sommes pas au bout de nos peines. Nos actions sont encore loin de satisfaire nos aspirations et que beaucoup reste à faire. Les vérités du terrain nous contraignent sans cesse à réajuster nos mesures à des normes appropriées.

23. Les structures administratives de l'OMS ont eu à s'adapter à notre stratégie de décentralisation :

- a) Le Représentant de l'OMS dans le pays est la cheville ouvrière de notre plan d'action sur le terrain. Son rôle est renforcé, il est investi de la responsabilité de ce travail local du district, d'en rapporter les évolutions et handicaps. Son apport est technique, pédagogique et matériel. Il agit selon toute latitude au rythme des besoins du pays et en accord total avec le ministère princeps concerné, soit le Ministère de la Santé, véhicule d'une politique d'Etat. Notre Bureau dans les pays est au service de l'Etat Membre.

- b) Nos trois Bureaux sous-régionaux servent notre politique de décentralisation. Ils agissent en fonction des requêtes des pays et ne constituent pas de hiérarchie intermédiaire entre les pays et le Bureau régional. Leurs principales tâches sont dévolues à la promotion du développement sanitaire dans les pays de la Sous-Région, au renforcement de la coopération et du support technique au niveau du district. Le Directeur du Bureau assisté d'une équipe multidisciplinaire et polyvalente est apte à répondre directement aux nécessités des pays, évitant la lourdeur et la lenteur de toute bureaucratie. Tous nos bureaux ne sont pas encore pleinement fonctionnels, mais sont en voie de l'être.
- c) Enfin, le Bureau régional lui-même a été restructuré, un système AFROPOC a été mis en place. Le Représentant de l'OMS au pays travaille de paire avec les responsables de la santé et élabore un plan d'organisation de leur activité. L'AFROPOC engrange toute la programmation planifiée pour l'année en cours. Toute action est budgétisée. Ce système informatisé rigoureux, sans être rigide, appelle à une discipline dans l'utilisation des fonds tout en considérant des situations non programmées et leur justification. Outre ceci, le degré de réalisation de la santé pour tous est surveillé par un terminal d'ordinateur et un service spécialisé attaché au Bureau du Directeur régional. Les indicateurs de santé sont répertoriés par district et par pays. Ainsi, retard, difficulté ou accomplissement de l'action, seront vite réparés et remédiés.

24. Conscients du déficit en ressources humaines, nous sommes en train de reconsidérer le programme de formation de nos cadres afin que d'une part, ils assurent les prestations en matière de santé du plus haut niveau au plus bas niveau, et que d'autre part, une fois formés, ils deviennent eux aussi formateurs, chefs d'équipes ou encore chercheurs.

25. De notre côté, notre action se mène conjointement avec les autres agences des Nations Unies. Nos liens sont plus étroits avec le FISE et le PNUD, et devront se consolider avec la FAO, car la santé ne se conçoit pas sans l'agriculture et l'alimentation. Bien que contraints par des restrictions budgétaires, nous déployons toutes nos ressources mais nous ne pouvons croiser le fer seuls. Nos hiérarchies supérieures nous secondent tant du point de vue technique que matériel. Leur aide doit se redoubler car l'heure est aux réalisations, verbès et actes doivent se concrétiser.

26. Enfin et non des moindres, nous avons besoin de l'appui de tout ce continent, de son peuple d'abord, mais aussi de ses dirigeants, organismes régionaux tels l'OUA, la CEA, la BAD et autres pour que cet outil de travail devienne entre les mains de ses propres bâtisseurs l'instrument du succès et de la santé de notre peuple.

27. Pour autant que l'Afrique doive trouver son chemin seule, elle ne doit pas s'isoler. L'ostracisme serait à son détriment mais toute aide, quelle que soit sa provenance, doit s'intégrer dans le plan d'action sanitaire en cours. Toute proposition disparate retarde plutôt que n'accélère le processus enclenché et est source de confusion. Le désarroi vient du fait qu'on vit dans un monde pensé par les autres. Aussi, esprit d'analyse éclairé, de mesures en fonction de nos besoins, mais également en fonction de nos ressources, doivent guider notre collaboration avec l'extérieur.

28. Communautés africaines, Etats Membres de l'OMS et leur Bureau régional en Afrique sont déjà en marche mais le moral des troupes doit être en permanence galvanisé et le secret de toute victoire selon Napoléon est dans le silence. Aussi, nous avons entrepris l'action avec un acharnement sans borne et comptant sur votre totale et entière collaboration, nous savons que nous serons seuls jugés sur nos résultats. Si les mots et les choses s'accordent, nous, plus exactement, vous, aurez réussi cette révolution sanitaire pour vos peuples en vue de la santé pour tous à l'an 2000, année qui ne devrait pas être une échéance. A la manière de Jaurès, vous auriez été à l'idéal en vous

appuyant sur le réel. Au-delà du slogan, l'an 2000 ne sert que de moteur à un dépassement de soi, et à l'acquisition d'un état que l'être humain est en droit d'exiger : sa santé et celle de ses enfants. Alors, il aura pu reconquérir sa dignité d'homme et la dignité de l'humanité tout entière, notamment celle de ces deux-tiers des déshérités qui peuplent la planète terre.

Vos Excellences,

Mesdames,

Messieurs,

29. Je vous remercie de l'attention que vous m'avez prêtée et ce grâce aux interprètes auxquels je rends hommage, sans oublier tout le personnel de l'OMS. J'espère que nous avons pu nous comprendre et au mieux nous entendre.

ALLOCUTION DE SON EXCELLENCE, LE COLONEL DENIS SASSOU NGUESSO,
PRESIDENT DU COMITE CENTRAL DU PARTI CONGOLAIS DU TRAVAIL,
PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE POPULAIRE DU CONGO,
PRESIDENT EN EXERCICE DE L'ORGANISATION DE L'UNITE AFRICAINE

Monsieur le Président de la trente-cinquième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique,

Monsieur le Directeur général de l'OMS,

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

Excellences Messieurs les Ambassadeurs et Chefs de Missions diplomatiques,

Honorables Délégués,

Mesdames, Messieurs,

Notre peuple, notre Parti et notre Gouvernement apprécie hautement le privilège que nous vaut la tenue des assises de ce trente-sixième Comité de l'Organisation mondiale de la Santé ici à Brazzaville. Aussi, en leur nom à tous et en mon nom personnel, je souhaite à tous les participants la bienvenue en terre africaine du Congo.

L'occasion est tout indiquée pour que nous adressions nos félicitations :

- au Dr Mahler, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, pour sa juste perception des problèmes du Tiers-Monde en général et de l'Afrique en particulier et pour la qualité des rapports qu'il a su instaurer entre l'OMS et les Etats Membres dans la quête des solutions aux problèmes d'aujourd'hui;
- au Dr Monekosso et à toute son équipe pour l'habileté avec laquelle la relève a été assurée et de nouvelles idées injectées dans la recherche des voies et moyens qui conduiront à la "santé pour tous d'ici à l'an 2000".

Je voudrais rendre hommage au Dr Aïssatou Koné-Diabi, nommée Directrice, Management du Programme qui, assurant le rôle de deuxième responsable du Bureau régional, prouve, par sa compétence et son sens des relations humaines, que l'ère nouvelle est aussi celle de la femme africaine.

Monsieur le Président,

Nous retrouvant dans cette salle et à l'occasion d'une manifestation d'une aussi grande importance, nous ne pouvons manquer de nous souvenir de ce grand homme et grand humaniste que fut le Dr Alfred Auguste Comlan Quenum, premier Directeur africain de notre Bureau, qui nous a quitté brutalement le 15 août 1984. En votre nom à tous, que sa mémoire soit ici honorée.

Monsieur le Président,

Messieurs les Directeurs,

Excellences, Mesdames, Messieurs,

La crise économique qui secoue le monde et sévit avec une acuité particulière dans le Tiers-Monde, revêt l'allure d'un drame en Afrique. Elle hypothèque lourdement les efforts investis par notre Organisation et nos Etats en faveur de la santé de nos populations.

De plus, des guerres fratricides entretenues par des intérêts égoïstes menacent constamment le précieux et combien fragile acquis dans le domaine de la santé. Si bien que, face à la crise et à ses effets, aux calamités naturelles et à leurs séquelles, aux conflits armés internes et à leurs conséquences, le développement sanitaire en Afrique évoque volontiers l'image des Danaïdes face à leur tonneau. Mais, plus est ardu l'effort, plus le mérite est grand; c'est pourquoi, s'atteler à une telle oeuvre avec détermination, opiniâtreté, doit être une attitude privilégiée pour chacun de nous parce qu'il s'agit de l'homme, le capital le plus précieux. Lui qui se situe au commencement et à la fin de toutes nos ambitions de promotion, de rénovation, de qualification.

Ainsi, dans cette logique, la République populaire du Congo qui mesure le chemin parcouru, estime qu'il n'y a pas lieu de dételer, de jeter le manche après la cognée car, en dépit des péripéties les plus diverses, l'Organisation mondiale de la Santé a mené et continue de mener des actions dont la somme force l'admiration et prouve que la lutte vaut la peine d'être poursuivie.

Nous apprécions plus particulièrement l'Organisation pour son apport en ressources humaines, financières et matérielles, pour sa contribution à la réorganisation des systèmes de santé des Etats Membres, notamment ceux de notre Région.

Monsieur le Président,

Nous avons noté, en lisant l'ordre du jour provisoire, qu'au cours de cette session vous aurez à débattre de la politique régionale en matière de budget programme, du programme de lutte contre les maladies diarrhéiques et de la stratégie révisée contre le paludisme. Autant de thèmes dont l'opportunité, la pertinence et l'intérêt trouvent une résonance favorable en nous, tant ils répondent aux interrogations et priorités qui sont les nôtres.

Nous apprécions également le thème choisi pour les discussions techniques, à savoir : "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".

La République populaire du Congo, persuadée que la réalisation du mot d'ordre "autosuffisance alimentaire d'ici à l'an 2000" passe nécessairement par le développement de l'agriculture et donc par l'amélioration de la santé des travailleurs agricoles, est convaincue que ce thème correspond aux préoccupations majeures de la plupart des Etats de notre Région.

Les conclusions qui en résulteront seront, à n'en pas douter, judicieusement exploitées par l'ensemble des Etats Membres.

Monsieur le Président,
Messieurs les Directeurs,
Excellences Messieurs les Ambassadeurs et Chefs de Missions diplomatiques,
Mesdames, Messieurs,

Victime de la crise économique mondiale et de ses conséquences néfastes, comme tous les pays de la région, la République populaire du Congo demeure néanmoins résolue à consolider ses acquis dans le cadre de la conquête de la "santé pour tous en l'an 2000". Tenant compte des engagements pris par notre pays à la face du monde, depuis Alma-Ata notamment, en matière de santé et de promotion sociale, notre Parti, le Parti Congolais du Travail, a donné des orientations précises ayant permis l'élaboration et l'exécution du programme de développement socio-médical dans le cadre de notre Premier Plan quinquennal 1982-1986.

Nous avons eu l'occasion de faire état des efforts déjà accomplis à cette même tribune lors de la trente-troisième session du Comité. Depuis, des actions supplémentaires ont été menées, traduisant notre volonté soutenue de garantir la santé de nos populations.

Nous avons ainsi mis en place le Programme national des Soins de Santé primaires dont les objectifs et le Programme d'action 1986-1990 viennent d'être examinés par le Conseil national de la Santé et des Affaires sociales. La tranche annuelle 1986 est en exécution dans les centres urbains secondaires et les zones rurales sous le contrôle des comités de santé, installés à cet effet à différents niveaux de nos structures administratives.

Ce programme permettra de poursuivre et de renforcer, entre autres, les actions préventives et curatives, par le biais de l'approvisionnement en médicaments essentiels d'une part, du programme élargi de vaccination, de l'hygiène et de l'assainissement et de l'alimentation et de la nutrition d'autre part. Notre effort à venir tendra également à mettre en pratique l'une des recommandations fondamentales du Conseil national de la Santé et des Affaires sociales, à savoir assurer une meilleure participation de la population et de secteurs connexes sur lesquels reposent essentiellement les soins de santé primaires.

Dans le cadre de l'Année africaine de la Vaccination, nous espérons porter le taux actuel de couverture vaccinale de 40 à 80 % à l'occasion de la campagne nationale de vaccination prévue en novembre 1986.

Les solutions appropriées aux problèmes actuels de santé exigent l'amélioration du système curatif. C'est pourquoi l'exécution du programme d'aménagement et d'équipement des formations sanitaires se poursuit, en dépit de nos difficultés conjoncturelles. En outre, de nouvelles unités ont vu le jour, d'autres sont en voie d'édification. Ainsi au titre de l'année 1986, nous mettrons en fonctionnement d'ici à décembre, deux hôpitaux de district, appelés "hôpitaux de base", et cinq centres de santé intégrés, tandis que le centre hospitalier et universitaire de Brazzaville est en chantier et sera opérationnel en 1988.

Les efforts de réorganisation du système national de santé sont déployés, afin de mettre celui-ci en adéquation avec la stratégie directrice des soins de santé primaires. Parallèlement, nous procédons à une description précise des postes des personnels de santé.

Nous nous sommes en effet fixés comme objectifs dans ce domaine le recyclage et la formation d'un personnel de santé et des affaires sociales capable d'aider les populations à autogérer leur bien-être.

Comme vous le constatez, la République populaire du Congo consent des efforts importants dans la résolution des problèmes de santé des larges masses populaires. Elle sait aussi mesurer l'aide, combien nécessaire, qui vient appuyer ses efforts. Je voudrais rendre ici un hommage spécial à l'Organisation mondiale de la Santé et dire combien a été bénéfique l'impact de son appui à nos efforts, notamment en matière de formation du personnel de la santé où sa contribution dans le cadre du budget programme est très large.

Monsieur le Président,

Promouvoir la santé pour tous peut apparaître comme très ambitieux de prime abord pour nos régions en développement; des obstacles de toutes sortes entravent la réalisation d'une telle ambition dont l'ignorance, la pauvreté, le sous-développement et les calamités naturelles ne sont pas les moindres.

Or, à quelques nuances près, la quasi-totalité des pays de la Région se trouvent dans cette situation; ils ont donc le devoir de conjuguer leurs efforts pour la résolution des problèmes sanitaires.

La coopération technique entre les pays de la Région s'avère plus que nécessaire; elle est indispensable pour atteindre un si noble objectif.

L'Organisation de Lutte contre les Endémies en Afrique centrale (OCEAC) est une des heureuses manifestations sous-régionales de cette coopération. La République populaire du Congo peut se féliciter de sa participation active dans la lutte contre la trypanosomiase au sein de cette organisation.

Mais la coopération sanitaire régionale demande à être développée davantage, et à donner plus de preuves de son efficacité. La République populaire du Congo, en ce qui la concerne, veut concourir à l'amélioration de la qualité de cette coopération et oeuvrer pour l'ouverture de nouveaux horizons à l'échelle continentale.

Monsieur le Président,

Monsieur le Directeur général,

Honorables Délégués,

La volonté commune des Africains de poursuivre avec tenacité l'objectif de la santé pour tous reste néanmoins soumise à un préalable : la paix et la justice sociale indispensables sur l'ensemble de notre continent, et plus généralement dans le monde.

Vos Chefs d'Etat respectifs qui ont adhéré unanimement à l'objectif de l'Organisation mondiale de la Santé se sont engagés, par voie de conséquence, à extirper de notre cher continent les maux qui font obstacle à ce programme, à savoir : les inquiétudes sociales, les guerres fratricides, le racisme et l'apartheid. Sans la paix et la justice sociale, point de véritable santé pour l'Afrique.

Dans un contexte de discrimination raciale, point de véritable santé pour l'Afrique. Avec le racisme institutionnalisé qu'est l'apartheid, point de véritable santé pour l'Afrique. Telle est l'éclatante évidence qui s'impose à la conscience de tous.

Monsieur le Président,
Mesdames et Messieurs,

Face aux préoccupations de la communauté internationale, malgré la réprobation générale et ce, quelques jours seulement après le huitième Sommet des pays non-alignés tenu aux portes même de l'Afrique du Sud, le régime raciste de Prétoria vient, une fois de plus, de répondre par le mépris et l'arrogance à la volonté de changement exprimée chaque jour avec plus de détermination par les combattants de la liberté soutenus par tous les peuples et toutes les forces de paix.

Ainsi donc, sur la liste déjà trop longue des victimes de l'apartheid, viennent de s'inscrire trois assassinats crapuleux de combattants de la liberté.

L'Afrique entière, par ma voix, condamne ces actes odieux et criminels, véritable menace pour la paix et la sécurité internationales et en appelle à toutes les institutions internationales, notamment l'Organisation des Nations Unies, à tous les hommes de bonne volonté, à toutes les puissances occidentales qui soutiennent le régime de Prétoria, pour qu'ensemble nous opposions à ce génocide des mesures décisives susceptibles de mettre fin à ce régime injuste et rétrograde, faute de quoi l'objectif de la "santé pour tous d'ici l'an 2000" n'aura pas de signification réelle en Afrique du Sud raciste.

Monsieur le Président,
Messieurs les Directeurs,
Excellences, Mesdames, Messieurs,

L'élimination de ces obstacles qui sont aussi "lèpre" et "chancres", conditionne donc la concrétisation de nos aspirations, la réussite de nos démarches et le couronnement de nos efforts en matière de santé. Puisse chacun de nous prendre en considération cet impératif et oeuvrer dans sa sphère, pour notre commune victoire.

J'ai la conviction que notre présente session nous apportera une contribution de qualité. Nos vœux de succès vous accompagnent.

Vive l'Unité africaine !

Vive l'Organisation mondiale de la Santé !

Je déclare ouverte la trente-sixième session du Comité régional de l'OMS.

Je vous remercie.

MESSAGE DE SON EXCELLENCE LE SECRETAIRE GENERAL DE
L'ORGANISATION DE L'UNITE AFRICAINE (OUA)

Madame le Président,
Honorables Ministres,
Membres du Comité régional,
Distingués Délégués,

J'ai l'honneur de vous transmettre les salutations et félicitations chaleureuses de Son Excellence, Monsieur Idé Oumarou, Secrétaire général de l'OUA, pour les travaux fructueux que vous venez de terminer.

Madame le Président,

Hier le Professeur G. L. Monekosso, notre Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, a fait état de la réunion ministérielle de l'OUA sur la santé qui doit se tenir en avril 1987 au Caire, en Egypte. En qualité de Directeur du Bureau sanitaire de l'OUA, j'aimerais donner quelques précisions à ce sujet aux éminents Délégués ici présents.

Madame le Président,

Les Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'OUA, lors de leur vingt et unième session à Addis-Abéba, en juillet 1985, avaient adopté une résolution relative à l'organisation d'une réunion des Ministres de la Santé de l'OUA qui devait se tenir chaque année avant l'Assemblée mondiale de la Santé de l'OMS en mai. Le Ministre égyptien de la Santé, lorsqu'il se trouvait à Genève lors de la Trente-Neuvième Assemblée mondiale en mai dernier, a donc proposé que son pays accueille cette réunion d'avril 1987.

Deuxièmement, le principal objectif de cette réunion des Ministres de la Santé de l'OUA est, entre autres, de réunir tous les Etats Membres de l'OUA pour qu'ils puissent harmoniser leurs stratégies sanitaires de façon qu'elles puissent être soumises par le Conseil des Ministres de l'OUA à l'instance politique la plus importante du continent, notamment le sommet des Chefs d'Etat et de Gouvernement, afin d'obtenir l'appui politique nécessaire aux décisions que nous aurons prises et faciliter leur application. Le meilleur exemple de ce qui précède est l'action internationale et intersectorielle pour la promotion de la santé dont a fait état hier le Directeur régional.

Madame le Président,

Il y a un autre point dont j'aimerais faire état ici, à savoir que ce ne sont pas tous les Etats Membres de l'OUA qui appartiennent à la Région africaine de l'OMS. Nous avons six autres Etats Membres de l'OUA qui se trouvent en dehors de la Région africaine. Ils appartiennent à la Région de la Méditerranée orientale dont le Siège est à Alexandrie, d'où la nécessité de les réunir sous les auspices de l'OUA.

Troisièmement, les préparatifs relatifs à cette réunion sont en cours entre le Secrétariat général de l'OUA, notamment son Bureau sanitaire et le Gouvernement égyptien. Tout ceci se fait en étroite collaboration avec les Bureaux régionaux de l'OMS pour l'Afrique et de la Méditerranée orientale, à Brazzaville et à Alexandrie respectivement.

Finalement, Madame le Président, j'espère que j'ai été suffisamment clair au cours de cette brève présentation. Toutefois, des détails complémentaires sur cette question seront donnés à tous les Etats Membres lorsque l'invitation, le programme et le projet d'ordre du jour leur seront envoyés pour solliciter leur participation à cette réunion.

La réunion sera organisée de façon que les Ministres de la Santé de l'OUA puissent y participer en se rendant à Genève pour la Quarantième Assemblée mondiale de la Santé.

Je vous remercie de votre attention.

ORDRE DU JOUR

1. Ouverture de la trente-sixième session (document AFR/RC36/1)
2. Adoption de l'ordre du jour provisoire (document AFR/RC36/11 Rév.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 succinct du Directeur régional (document AFR/RC36/3)
 - 6.2 Examen du programme de lutte contre les maladies diarrhéiques (document AFR/RC36/20)
 - 6.3 Prix Comlan A. A. Quenum (document AFR/RC36/21)
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 (documents AFR/RC36/5 et AFR/RC36/5 Add. 1)
 - 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)
8. Examen du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC36/9)
 - 8.1 Politique régionale en matière de budget programme (document AFR/RC36/4)
 - 8.2 Projet de Budget Programme 1988-1989 (documents AFR/RC36/2, AFR/RC36/2 Add.1 et AFR/RC36/2 Corr.1)
 - 8.3 Huitième Programme général de Travail pour une période déterminée 1990-1995 (document AFR/RC36/10)
 - 8.4 Stratégie régionale révisée de la lutte antipaludique (document AFR/RC36/22 et Errata)

- 8.5 Rapport des Réunions sous-régionales pour le Programme (document AFR/RC36/12)
- 8.6 Rapport du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS) - (document AFR/RC36/13)
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 1987 (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.

LISTE DES DOCUMENTS

- AFR/RC36/1 - Séance solennelle d'ouverture de la trente-sixième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique
- AFR/RC36/2 et Corrigendum 1 - Projet de Budget Programme 1988-1989
- AFR/RC36/2 Add.1 - Prévisions d'engagements de dépenses au titre du budget ordinaire et analyse des augmentations et des diminutions par programme
- AFR/RC36/3 - Activités de l'OMS dans la Région africaine en 1985
- AFR/RC36/4 - Politique régionale en matière de budget programme
- AFR/RC36/5 - Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif
- AFR/RC36/5 Add.1 - Examen des directives actuelles concernant les relations de l'OMS avec les organisations non gouvernementales (ONG)
- AFR/RC36/6 - Ordres du jour de la soixante-dix-neuvième session du Conseil exécutif et de la Quarantième Assemblée mondiale de la Santé : Répercussions régionales
- AFR/RC36/7 Rév.1 - Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé
- AFR/RC36/8 - Discussions techniques à la Quarantième Assemblée mondiale de la Santé (1987)
- AFR/RC36/9 - Rapport du Sous-Comité du Programme
- AFR/RC36/10 et Corrigendum 1 - Huitième Programme général de Travail (PGT.8)
- AFR/RC36/11 Rév.1 - Ordre du jour provisoire
- AFR/RC36/12 - Rapport des réunions sous-régionales pour le Programme
- AFR/RC36/13 - Rapport de la sixième réunion du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS)
- AFR/RC36/14 - Liste provisoire des participants
- AFR/RC36/15 - 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"

-
- AFR/RC36/16 - Désignation du Président et du Président suppléant des discussions techniques pour 1987
 - AFR/RC36/17 - Choix du thème des discussions techniques en 1987
 - AFR/RC36/18 - Dates et lieux des trente-septième et trente-huitième sessions du Comité régional
 - AFR/RC36/19 - Projet du rapport du Comité régional
 - AFR/RC36/20 - Examen du programme de lutte contre les maladies diarrhéiques
 - AFR/RC36/21 - Prix Comlan A. A. Quenum
 - AFR/RC36/22 et Errata - Stratégie régionale antipaludique
 - AFR/RC36/23 - Programme provisoire de travail du Sous-Comité du Programme
 - AFR/RC36/24 - Répartition par pays des fonctions exercées au cours des Comités régionaux précédents
 - AFR/RC36/25 - Ordre du jour de la réunion du Sous-Comité du programme tenue le 17 septembre 1986
 - AFR/RC36/26 - Participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique 1986-1987
 - AFR/RC36/27 - Rapport de la réunion du Sous-Comité du Programme tenue le 17 septembre 1986
 - AFR/RC36/TD/1 - 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 (Discussions techniques)
 - AFR/RC36/TD/2 et Corrigendum - Guide pour les discussions techniques
 - AFR/RC36/Conf.Doc/1 - Allocution du Dr H. Mahler, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé
 - AFR/RC36/Conf.Doc/2 - Allocution du Professeur Aïssah Agbeta, Ministre de la Santé publique, des Affaires sociales et de la Condition féminine du Togo, Président de la trente-cinquième session du Comité régional
 - AFR/RC36/Conf.Doc/3 - Allocution du Dr G. L. Monekosso, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique

-
- AFR/RC36/Conf.Doc/4 - Allocution de Son Excellence le Colonel Denis Sassou Nguesso, Président du Comité central du Parti Congolais du Travail, Président de la République, Chef du Gouvernement de la République populaire du Congo, Président en exercice de l'Organisation de l'Unité Africaine
- AFR/RC36/WP/1 - Rapport du Sous-Comité des Désignations
- AFR/RC36/SCC/1 - Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
- AFR/RC36/SCC/2 - Rapport du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs.

LIST OF PARTICIPANTS
LISTE DES PARTICIPANTS
LISTA DOS PARTICIPANTES

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

ALGERIA
ALGERIE
ARGELIA

M. Mohamed Islam Madany
Directeur des Relations internationales du Ministère de la Santé

Professeur Driss Mammeri
Conseiller du Ministre de la Santé

ANGOLA

Dr Luis Gomes Sambo
Vice-Ministro da Saúde

Dr Domingos Lourenço
Delegado Provincial da Saúde do Zaire

Dona Maria de Lourdes Melo
Directora da Escola Técnica de Enfermagem

Dona Filomena de Fátima Santana de Sousa
Técnica de Departamento Organismos Internacionais
Secretária de Estado da Cooperação

BENIN
BENIM

M. A. Atchade
Ministre de la Santé publique
Chef de délégation

Dr H. Sanoussi
Directeur général du Ministère de la Santé publique

BOTSWANA
BOTSUANA

Hon. Mr J. L. T. Mothibamele
Minister of Health
Leader of the delegation

Dr E. T. Maganu
Ag. Deputy Permanent Secretary
Director of Health Services

BURKINA FASO

Dr (Mme) Azara Bamba
Ministre de la Santé publique
Chef de délégation

Dr Mahamady Diallo
Directeur provincial de la Santé du Bazega

BURUNDI

Major Dr F. Sabimana
Ministre de la Santé publique
Chef de délégation

Dr P. Mpitabakana
Inspecteur général de la Santé publique

Dr C. Ndikumana
Directeur général de la Santé publique

CAMEROON
CAMEROUN
CAMAROES

Professeur V. Anomah Ngu
Ministre de la Santé publique
Chef de délégation

Dr P. C., Mafiamba
Conseiller technique No 1
Ministère de la Santé publique

Dr D. N. Mfonfu
Chef de Service d'Epidémiologie

Professor D. N. Lantum
Professor of Community Medicine
Deputy Director UCHS/CUSS, Yaoundé

CAPE VERDE
CAP-VERT
CABO VERDE

Dr Ireneu Fileto Gomes
Ministro da Saúde, Trabalho e Assuntos Sociais
Chefe da delegação

Dr Antonio Pedro da Costa Delgado
Director Geral de Saúde

Dra Maria de Luz Neves Nobre Leite
Directora Geral de Farmácia

CENTRAL AFRICAN REPUBLIC
REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
REPUBLICA CENTRAFRICANA

M. X. S. Yangongo
Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales
Chef de délégation

Dr D. Kpoussá-Mamadou
Directeur général de la Santé publique

M. P. N'Goutti
Directeur des Etudes, de la Planification et des Statistiques

Dr S. Bédaya-Ngaro
Professeur à l'Université et Directeur général
du Projet "Qualité de la vie"

Dr A. Banga-Bingui
Inspecteur central de la Santé et des Affaires sociales

CHAD
TCHAD
CHADE

Mr Mahamat Nour Mallaye
Ministre de la Santé publique
Chef de délégation

M. Ngassadi Kinde
Directeur du Génie sanitaire
et de l'Assainissement

M. Néatobei Bidi
Chargé d'Affaires à l'Ambassade
du Tchad au Congo

COMOROS
COMORES

M. Hassanali Ali
Ministre de la Santé publique et de la Population
Chef de délégation

M. Saïd Mohamed Sagaf
Conseiller technique du Ministre de la Santé

CONGO

Professeur C. Bouramoue
Ministre de la Santé et des Affaires sociales
Chef de délégation

Dr A. Gando
Directeur général de la Santé publique

Dr D. Ndeli
Conseiller sanitaire

M. E. Mbaloula
Attaché au Cabinet du Chef de l'Etat
Département des Affaires médico-sociales

Dr Niaty Benze
Directeur du Programme national des SSP

Dr A. Enzanza
Directeur de la Médecine curative

Dr J. Galessamy-Ibombot
Directeur de la Santé scolaire, universitaire
et de la Médecine du Sport

M. Jean de Dieu Obouaka
Directeur de Pharmacies et des Laboratoires

Dr S. Nzingoula
Directeur de la Santé maternelle et infantile
et de l'Education pour la Santé

Dr G. Madzou
Directeur de la Médecine préventive

COTE D'IVOIRE

Professeur M. A. Djedje
Ministre de la Santé publique
et de la Population
Chef de délégation

Dr B. A. Bella
Directeur des Relations régionales
et internationales

M. R. Aby Beugré
Attaché de Cabinet au Ministère de la Santé

EQUATORIAL GUINEA
GUINEE EQUATORIALE
GUINE EQUATORIAL

Sra Pilare Djombe de Mbuamangongo
Vice-Ministro de Sanidad
Jefe de la delegacion

Dr F. Abeso Owono
Director General de Sanidad
Ministerio de Sanidad

ETHIOPIA
ETHIOPIE
ETIOPIA

Dr Getachew Taddesse
Vice-Minister of Health
Leader of the delegation

Mr Hailu Meche
Head, Planning and Programming Bureau

GABON
GABAO

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

M. M. Mboumba
Directeur général de la Santé publique

GAMBIA
GAMBIÈ
GAMBIA

Hon M. C. Jallow
Minister of State
Leader of the delegation

Mrs R. De Almeida
Deputy Permanent Secretary

GHANA
GANA

Dr (Mrs) Mary S. Grant
Under Secretary for Health
Leader of the delegation

Dr B. N. Ababio
Deputy Director of Medical Services, Greater Accra

GUINEA
GUINEE
GUINE

Dr Mamadou Pathé Diallo
Ministre de la Santé et des Affaires sociales
Chef de délégation

Dr Mohamed Sylla
Directeur général de la Santé

Dr Mohamed Mahi Barry
Directeur préfectoral de la Santé de Conakry II

GUINEA-BISSAU
GUINEE-BISSAU
GUINE-BISSAU

Dr Paulo Carlos de Medina
Secretário Geral do Ministério da Saúde
Chef da delegação

Dr Paulo Mendes
Director da Epidemiologia

Dr Jose Carlos Goncalves
Director da Maternidade do Hospital Simão Mendes

KENYA
QUENIA

Hon H. R. Cheboiwo
Assistant Minister of Health
Leader of the delegation

Mr S. Shitemi
Permanent Secretary
Ministry of Health

Dr J. Maneno
Assistant Director of Medical Services
Ministry of Health

Mrs L. Ongaya
Senior Nursing Officer

LESOTHO
LESOTO

Hon. Dr S. T. Makenete
Minister of Health
Leader of the delegation

Dr A. P. Makenete
Director of Health Services

Dr A. P. Maruping
Director of Health Services

LIBERIA
LIBERIA

Dr Aloysius Hanson
Director, Liberian Institute for Biomedical Research

MADAGASCAR

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

Dr V. Raharijaona
Inspecteur au Ministère de la Santé

MALAWI

Mr B. L. Walker
Principal Secretary, Ministry of Health
Leader of the delegation

Dr G. W. Lungu
Deputy Chief Medical Officer

MALI

Mme Aissata Cissé Sidibe
Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales
Chef de délégation

Dr Zakaria Mahamadine Maiga
Conseiller technique au Ministère de la Santé

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

Dr J. A. B. Brière de l'Isle
Directeur national de la Santé publique

MAURITANIA
MAURITANIE
MAURITANIA

Dr Mohamed Lemine Ba
Directeur de la Santé publique

Dr Idrissa Sow
Directeur du Projet de Renforcement des Services
de Santé rurale
(Projet de SSP avec volet PEV)

MAURITIUS
MAURICE
ILHA MAURICIA

Hon. M. L. A. Jagdishwar Goburdhun
Minister of Health

MOZAMBIQUE
MOCAMBIQUE

Dr Pascal M. Mocumbi
Ministro da Saúde
Chefe da Delegação

Dr Abdul Razak Noormahomed
Chefe do Departamento de Planificação

Mr Bonifácio Cardoso David Cossa
Chefe da Secção de Cooperação Bilateral
Departamento da Cooperação Internacional

NIGER

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

Dr Mamoudou Soumaila
Directeur du Centre national antituberculeux de Niamey

NIGERIA

Professor O. Ransome-Kuti
Hon. Minister of Health
Leader of the delegation

Dr (Mrs) M. O. Aromasodu
Chief Consultant (Public Health)

Mr O. G. Akilapa
Principal Assistant Secretary
(State & External Relations)

RWANDA
RUANDA

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

Dr E. Kazima
Directeur général a.i. de la Santé publique

Dr M. Bugingo
Médecin-Directeur de l'Hôpital et Région sanitaire de Gisenyi

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

Dr Antonio Soares Marques Lima
Director de Assistência Médica

SENEGAL

M. Thierno Niang
Directeur de Cabinet du Ministère de la Santé

SEYCHELLES
ILHAS SEYCHELLES

Mrs M. P. Lloyd
Principal Secretary
Leader of the delegation

Dr R. E. Brewer
Consultant Pathologist, Victoria Hospital

SIERRA LEONE
SERRA LEOA

Hon. Dr Wiltshire Johnson
Minister of Health
Leader of the delegation

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

Mrs Meliora B. Davies
Deputy Secretary

SWAZILAND
SOUAZILAND
SUAZILANDIA

Hon. Chief Siphon Shongwe
Minister of Health
Leader of the delegation

Dr Qhing Qhing Dlamini
Medical Officer for Public Health

Ms Maggie Makhubu
Chief Nursing Officer

TOGO

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

Dr Houénassou-Houangbé
Directeur général de la Santé publique

Dr Tchasseu Karsa
Directeur de la Division de l'Epidémiologie/PEV/CCCD

UGANDA
OUGANDA

Dr I. J. Batwala
Deputy Minister of Health
Leader of the delegation

Dr J. H. Kyabaggu
Assistant Director of Medical Services

TANZANIA
TANZANIE

Hon. Dr A. D. Chiduo
Minister of Health and Social Welfare
Head of delegation

Hon. Maulidi Makame Abdulah
Minister of Health - Zanzibar

Professor P. R. Hiza
Chief Medical Officer

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

ZAIRE

Dr Binyingo-Embonga Mata-Botoke
Conseiller du Commissaire d'Etat à la Santé publique
et aux Affaires sociales
Chef de délégation

Dr Kahozi Sangwa
Superviseur des Zones de Santé - Projet SANRU

ZAMBIA
ZAMBIE
ZAMBIA

Hon. P. S. Chitambala
Minister of Health
Leader of the Delegation

Dr E. K. Njelesani
Director of Medical Services

Dr W. M. Lungu
Assistant Director of Medical Services

Miss W. C. Kasapo
Assistant Chief Nursing Officer

ZIMBABWE
ZIMBABUE

Hon. Dr S. T. Sekeramayi
Minister of Health
Leader of the delegation

Dr D. G. Makoto
Principal Medical Director (Health Care Services)

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

NAMIBIE
NAMIBIA

Dr Iyambo Indongo
Secretary for Health and Social Welfare
SWAPO
B.P. Box 953
Luanda
Angola

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

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

Dr V. Jantjie
P.O. Box 4082
Harare
Zimbabwe

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

International Labour Organization
Organisation internationale du Travail
Organização Internacional do Trabalho

M. B. Chaouch
Directeur du Bureau de l'OIT
B.P. 7248
Kinshasa
Zaire

M. A. Touré
s/c PNUD - B.P. 465
Brazzaville
République populaire du Congo

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

Mr E. O. Idusogie
Regional Food Policy and Nutrition Officer
FAO Regional Office for Africa
P.O. Box 1628
Accra
Ghana

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

M. Mahadev Jalem
Resident Representative a.i.
UNDP
P.O. Box 465
Brazzaville
République populaire du Congo

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

M. N. Santos
Deputy Regional Director
West-Central Regional Office
04 Bp 443
Abidjan
Côte d'Ivoire

Mr J. F. Aguire
 Représentant du FISE
 B.P. 240
Brazzaville
 République populaire du Congo

World Bank
Banque mondiale
Banco Mundial

Ms Ishrat Z. Husain
 Chief East Asia, Western Africa Division
 Population, Health and Nutrition Department, IBRD
 1818 H. Street, N.W.
Washington D.C., 20433
 USA

Mr Stephen M. Denning
 Chief, South Asia,
 Eastern and Southern Africa Division
 Population, Health and Nutrition Department, IBRD
 1818 H. Street, N.W.
Washington D.C., 20433
 USA

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

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

Dr Amin H. Salama
 Director of OUA Health Bureau
 P.O. Box 3243
Addis Ababa
 Ethiopia

Organization for Coordination in the Control of
Endemic Diseases in Central Africa
Organisation de Coordination pour la lutte
contre les Endémies en Afrique centrale (OCEAC)
Organização de Coordenação para o Combate
as Endemias na Africa Central (OCEAC)

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

Institut Panafricain pour le Développement
Panafrican Institute for Development
Instituto de Fomento Pan-Africano

Professeur Alfred Mondjanagni
Secrétaire général
B.P. 4056
Douala
Cameroun

6. REPRESENTATIVES OF NON-GOVERNMENTAL ORGANIZATIONS
REPRESENTANTS DES ORGANISATIONS NON-GOUVERNEMENTALES
REPRESENTANTES DE ORGANIZACOES NAO-GOVERNAMENTAIS

Commonwealth Regional Health Secretariat
Secrétariat sanitaire régional du Commonwealth
Secretariado Regional do Commonwealth para a Saúde

Mrs M. Kakande
Nurse Coordinator for CRHS
P.O. BOX 1009
Arusha
Tanzania

World Council of Churches and Christian Medical Commission
Conseil mondial des Eglises et Commission médicale chrétienne
Conselho Mundial das Igrejas e Comissao Médica Crista

Dr Belewete Fulakambu
Département médical kimbanguiste
Eglise Jésus-Christ sur la Terre
B.P. 7069
Kinshasa
Zaïre

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

Dr A. Mackoumbou-Nkouba
Médecin-Colonel
Directeur Central du Service de Santé des Armées
Hôpital central des Armées
B. P. 864
Brazzaville
République populaire du Congo

7. OBSERVERS
OBSERVATEURS
OBSERVADORES

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

Mr C. M. Pintaud
Deputy Member of Board of Management of Sandoz Ltd
St Alban Anlage 37
4052 Bale
Switzerland

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

Dr Nadjib Ben-El-Kadi
Président de l'Association des Ecoles de Médecine en Afrique (AMSA)
Membre du Comité exécutif de la FMEM
233, Rue de Charenton
7502 Paris
France

Confederation of African Medical Associations and Societies (CAMAS)
Confédération des Associations et Sociétés médicales d'Afrique (CASMA)
Confederação das Associações e Sociedades Médicas de Africa (CASMA)

Professeur E. Gondote
Faculté des Science de la Santé
B.P. 188
Cotonou
Bénin

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

Professeur P. O. Fasan
Executive Director, WAHC
P.M.B. 2023
Yaba, Lagos
Nigeria

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

Mrs Christine Lwanga
IBFAN African Regional Office
P.O. Box 34308
Nairobi
Kenya

RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME

INTRODUCTION

1. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni à Brazzaville du 3 au 5 septembre 1986 sous la présidence de M. Hailu Meche (Ethiopie). La liste des participants figure en Appendice 1.
2. Le Dr G. L. Monekosso, Directeur régional, après avoir souhaité la bienvenue aux participants et rappelé les fonctions du Sous-Comité du Programme, a invité les participants à étudier de façon approfondie les documents soumis au Sous-Comité afin qu'un tableau clair du programme puisse être présenté au Comité régional la semaine suivante. Il a ensuite souhaité aux participants un bon séjour à Brazzaville.
3. Le Président a remercié le Directeur régional et son personnel de l'excellent accueil qui leur avait été réservé à leur arrivée. Il a rappelé les résolutions et les décisions qui avaient permis la création du Sous-Comité du Programme et a souligné les sept fonctions du Sous-Comité. Il a noté que six membres seulement étaient présents et que la présence de sept membres était nécessaire pour former un quorum. Un participant devait arriver dans le courant de la journée et deux autres étaient attendus le jour suivant.
4. Le programme de travail a été adopté à l'unanimité par les membres (voir Appendice 2).

POLITIQUE REGIONALE EN MATIERE DE BUDGET PROGRAMME

Remarques liminaires

5. Le document AFR/RC36/4 intitulé "Politique régionale en matière de budget programme", a été introduit par le Dr A. Tekle. Il a souligné les efforts déployés conjointement par les Etats Membres et l'OMS pour tirer le meilleur parti des ressources destinées au développement sanitaire, particulièrement pour mettre en oeuvre les politiques et stratégies nationales de SPT.

6. Ces efforts conjoints sont régis par la politique régionale en matière de budget programme qui est axée sur :

- i) l'adoption de techniques pour définir avec précision les questions de développement les plus pertinentes liées à l'atteinte des objectifs de SPT;
- ii) la sélection de zones de développement prioritaires pour les allocations de ressources au cours de la période biennale;
- iii) l'identification des formes les plus appropriées de collaboration pour atteindre les objectifs du programme;
- iv) la mise en place d'un système de programmation, de surveillance continue et d'évaluation.

7. La politique régionale en matière de budget programme souligne en outre la nécessité de disposer de mécanismes de budgétisation rationnelle aux niveaux national et régional pour appuyer de façon efficace l'instauration accélérée de SPT/2000. Au niveau opérationnel, les activités et programmes spécifiques sont recensés au cours du processus de programmation détaillée. La mise en oeuvre du budget programme est assujettie à toute la gamme des procédures de contrôle gestionnaire, en particulier à un système de surveillance continue et d'évaluation.

Discussion

8. Après l'introduction, le Sous-Comité a examiné le document chapitre par chapitre.

Principaux axes de la politique régionale en matière de budget programme

9. Le Sous-Comité a pris note de la priorité accordée dans le Projet de Budget Programme 1988-1989 aux trois programmes prioritaires à l'horizon 1990 (approvisionnement en eau et assainissement, vaccination et nutrition).

10. Il a constaté que pour la nutrition, 21 pays avaient réservé des crédits à cette fin dans le budget pays tandis que pour la vaccination, on comptait 37 pays et pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement, 36 pays.

11. Un pays qui a réservé des crédits pour un des trois programmes prioritaires à l'horizon 1990 pourrait obtenir des ressources extérieures massives pour appuyer le programme. La question est de savoir si les fonds de l'OMS pour ce programme dans le pays pourraient être utilisés pour un autre programme important.

12. Bien que la réponse soit affirmative, il est nécessaire que l'OMS reste partenaire afin que la mise en oeuvre du programme respecte la politique fondamentale de l'Organisation.

Renforcement des capacités nationales

13. Etant donné les contraintes actuelles, il convient d'apporter le plus grand soin à la détermination des priorités et à la capacité d'absorption lors des attributions de ressources.

14. Une question a été posée en ce qui concerne l'état de la recherche sur les systèmes de santé dans la Région.

15. Le fonctionnaire régional concerné a répondu qu'il y avait actuellement un réseau de centres de recherche sur les systèmes de santé, notamment :

Sous-Région I

- Institut national de Santé publique - Abidjan, Côte d'Ivoire
- Département de Médecine communautaire - Université d'Enugu, Nigéria
- Département de Médecine sociale et préventive - Ibadan, Nigéria
- Institut national de Recherche en Santé publique - Bamako, Mali.

Sous-Région II

- Département de Santé publique - Kinshasa, Zaïre
- Département de Médecine communautaire - Addis-Abéba, Ethiopie
- Département de Médecine communautaire - Nairobi, Kenya.

Sous-Région III

- Institut national de Santé publique - Maputo, Mozambique
- Centre de Recherche sur les Maladies tropicales - Ndola, Zambie.

16. Toutefois, leur impact n'a pas encore atteint le niveau prévu au départ.

17. En réponse à la question de savoir comment les pays ne disposant pas d'université et d'établissement similaire devaient développer la recherche sur les systèmes de santé, les participants ont tous estimé que la recherche sur les systèmes de santé pouvait être menée dans le cadre de n'importe quel système de santé. Les Ministères de la Santé devraient, par conséquent, promouvoir et encourager la recherche sur les systèmes de santé en tant que partie intégrante de tout programme de santé à tous les niveaux, particulièrement au niveau du district ou opérationnel.

18. Etant donné l'importance que l'on attache à la recherche sur les systèmes de santé, chaque Bureau sous-régional de développement sanitaire dispose d'un poste pour un membre du personnel ayant des responsabilités dans le domaine de la recherche et appartenant à l'équipe de soutien stratégique.

Coopération technique entre pays en développement (CTPD)

19. Le Sous-Comité a reconnu que la CTPD n'avait pas eu l'impact souhaité.

20. On a expliqué qu'avec la restructuration du Bureau régional et la création de Bureaux sous-régionaux de développement sanitaire, on pouvait raisonnablement espérer que la situation allait s'améliorer. On espère que diverses activités de CTPD seront maintenant menées sous la houlette des Directeurs des Bureaux sous-régionaux.

21. Le Bureau sous-régional de développement sanitaire pourrait recenser les problèmes propres à certains pays ou groupes de pays ainsi que les ressources disponibles pour promouvoir les activités de la CTPD.

Utilisation optimale des ressources

22. En réponse à la question de savoir comment de nombreux pays membres avaient mis en place un mécanisme pour assurer l'utilisation optimale des ressources de l'OMS au niveau des pays, il a été signalé que des mécanismes existent dans tous les pays mais que ces derniers varient d'un pays à l'autre, particulièrement en ce qui concerne leur efficacité.

23. Pour ce qui est de l'exode des cerveaux et du non retour des nationaux dans leur pays d'origine après leur formation dans un pays étranger, les participants ont demandé comment l'OMS pouvait empêcher ou minimiser cet état de choses.

24. Les mesures existantes ont été rappelées. Elles n'ont pas été mises en oeuvre par le passé mais elles sont maintenant vigoureusement encouragées.

Processus de programmation-budgétisation

25. Les problèmes susceptibles de surgir du fait de différences entre la budgétisation dans les pays et le processus de budgétisation du programme de l'OMS ont été mentionnés. A cet égard, la question de savoir combien de pays ont adopté le processus de budgétisation des programmes de l'OMS a été soulevée.

26. Bien que l'on ne dispose pas d'information, on peut espérer qu'un très grand nombre de pays adoptera ce processus.

27. Le Sous-Comité a dit qu'il appréciait à sa juste valeur le processus de budgétisation de l'OMS et a recommandé qu'elle organise des ateliers et séminaires pour former des nationaux à ce processus.

28. Les fonctions des Bureaux sous-régionaux de développement sanitaire en général et les relations et liens entre les Bureaux de l'OMS dans les pays, les Bureaux sous-régionaux de développement sanitaire et le Bureau régional ont été clarifiés.

STRATEGIE REGIONALE REVISEE DE LA LUTTE ANTIPALUDIQUE

Remarques liminaires

29. Le Dr E. G. Beausoleil a présenté le document AFR/RC36/22 intitulé "Stratégie régionale révisée de la lutte antipaludique". Le Comité régional avait adopté précédemment une stratégie antipaludique avec la résolution AFR/RC31/R11 lors de sa trente et unième session. Depuis lors, certains événements, dont l'apparition d'une résistance à la chloroquine, avaient rendu sa révision nécessaire. Il a tout d'abord expliqué que la révision de la stratégie antipaludique régionale était dans le droit fil de la résolution AFR/RC35/R5 qui a été adoptée par le Comité régional lors de sa trente-cinquième session en 1985. Le fonctionnaire régional a présenté ensuite chacun des sept chapitres du document.

30. L'analyse de la situation épidémiologique et le classement des zones impaludées, en fonction des objectifs opérationnels des activités antipaludiques, ont fait apparaître cinq zones :

- i) zones où le paludisme n'a jamais existé ou a disparu et où il n'y a aucun risque d'infection et qui ne sont pas réceptives;
- ii) zones où l'éradication du paludisme a été obtenue mais qui sont réceptives; on a fait état de deux pays : La Réunion où il n'y a pas eu de rétablissement de la transmission et Maurice où il y a eu un rétablissement de la transmission;
- iii) zones où la transmission a été ramenée à un faible niveau du fait de mesures de lutte antivectorielle prises pendant une longue période;

- iv) zones où la transmission est saisonnière avec des niveaux d'endémicité allant de hypo- à méso-endémique, avec des potentiels épidémiques;
- v) zones où le paludisme est stable avec une endémicité de niveau hyper- à holo-endémique; la situation n'a pas changé de façon marquée depuis des générations et on ne mène pas d'activités antipaludiques organisées; la plupart des pays de la Région tombent dans ce groupe.

31. Il a décrit les principales caractéristiques des principaux vecteurs du paludisme, à savoir Anophèles gambiae et Anophèles funestus qui sont les vecteurs les plus efficaces du monde et contre lesquels la lutte est la plus difficile.

32. Après avoir souligné l'importance de cette maladie du point de vue de la santé publique et du point de vue socio-économique, il a attiré l'attention du Sous-Comité sur deux importantes questions, d'une part sur les conséquences de la poursuite du schéma thérapeutique à dose unique avec de la chloroquine adopté par le Comité régional lors de sa trente et unième session, au cours de laquelle la stratégie antipaludique régionale actuelle avait été adoptée, et d'autre part, sur les conséquences possibles de ce schéma thérapeutique étant donné l'apparition et la propagation d'une résistance de P. falciparum à la chloroquine dans la Région.

33. Ce phénomène exige un changement dans le schéma thérapeutique normalisé.

34. Les chapitres 2, 3 et 4 énumèrent les principaux objectifs de la stratégie antipaludique révisée qui sont demeurés inchangés, esquissent une stratégie de lutte antipaludique et décrivent les quatre variantes tactiques de la lutte antipaludique qui ont été adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé par sa résolution WHA31.45, lors de sa Trente et Unième session en 1978.

35. Le chapitre 5 décrit les conditions fondamentales qui doivent être remplies pour mettre en oeuvre et poursuivre un programme antipaludique. A cet égard, l'attention des participants a été attirée sur trois conditions importantes :

- reconnaissance du paludisme en tant que problème et ferme décision à tous les niveaux de prendre les mesures contre cette maladie;
- aptitude à poursuivre un programme après sa mise en oeuvre;
- mise en oeuvre d'une action antipaludique dans le cadre des soins de santé primaires.

36. Le chapitre 6 aborde les critères dont il faut tenir compte lors de la sélection de technologies appropriées de lutte, tandis que le chapitre 7 définit le rôle de l'OMS et décrit l'appui et la collaboration que les Etats Membres peuvent espérer de l'Organisation.

Discussion

37. Pour ce qui est des objectifs de la stratégie antipaludique régionale (chapitre 2), la question de savoir si les objectifs étaient réalistes et pouvaient être atteints a été soulevée. Les participants ont estimé que la prévention/réduction de la mortalité et de la morbidité imputables au paludisme pouvaient être obtenues par la mise en place de structures et de services permettant d'assurer le diagnostic et la reconnaissance rapide ainsi que le traitement adéquat des cas de paludisme confirmés et suspects. Une autre mesure consistait à administrer les médicaments antipaludiques dans le cadre d'une action chimioprophylactique pour protéger les groupes vulnérables tels que les femmes enceintes. Il convient de mener une telle action antipaludique dans le cadre des soins de santé primaires tout en menant une action de soutien, notamment la mise en place des systèmes d'orientation/recours pour le traitement des cas graves et compliqués ainsi qu'en trouvant une solution au problème de la résistance aux médicaments et des zones de traitement.

38. Il a également été fait état de l'utilisation de l'action antipaludique comme point d'entrée pour les autres activités des soins de santé primaires dans les zones où les soins de santé primaires n'ont pas encore été mis en

place. Bien que cette mesure soit acceptable, on a estimé que les activités de SMI et de survie de l'enfant étaient plus appropriées comme points d'entrée pour les activités des SSP.

Recommandations

39. L'éducation et l'information du public visant à sensibiliser davantage les populations au problème du paludisme et à la promotion de l'action antipaludique à tous les niveaux, spécialement aux niveaux de la famille et des collectivités, devraient être intensifiées.

40. La recherche sur le paludisme au cours de la grossesse devrait être encouragée et intensifiée.

41. Les mesures intégrées de lutte antivectorielle, spécialement au niveau des collectivités et dans les zones urbaines, devraient être encouragées.

42. Les participants ont fait un certain nombre de suggestions pour améliorer la présentation du document.

Chapitre 6 - Sélection de mesures de lutte (paragraphe 64)

43. Le texte français devrait être modifié de façon à correspondre au texte anglais et bien indiquer qu'il n'est pas nécessaire que les quatre variantes tactiques suivent un ordre séquentiel.

Chapitre 7 - Rôle de l'OMS

44. Il a été suggéré que le document contienne des annexes complémentaires pour donner des informations, par exemple sur la mise au point de vaccins antipaludiques ainsi que sur les activités de recherche et de développement menées sur de nouveaux antipaludiques.

PROJET DE BUDGET PROGRAMME 1988-1989

Remarques liminaires

45. Monsieur A. M. B. Clarke, Directeur par intérim, Programme de Soutien, a présenté le document AFR/RC36/2 "Projet de Budget Programme 1988-1989" au nom du Directeur régional. Ce document met l'accent sur les activités au niveau des pays. En outre, tous les énoncés de programmes font clairement ressortir les incidences budgétaires du Projet de Budget Programme. Ces modifications mettent davantage en évidence tous les aspects du Projet de Budget Programme 1988-1989.

46. L'allocation régionale globale fait apparaître une augmentation de 16,1 % par rapport à 1986-1987, faisant passer le budget ordinaire pour 1988-1989 à US \$114 828 100. Ce chiffre demeurera toutefois provisoire jusqu'au moment où on aura arrêté définitivement les propositions de budget pour l'ensemble de l'Organisation.

47. Le Projet de Budget Programme repose sur un taux de change de 350 CFA pour US \$1. Si le taux du dollar tombait en-dessous de 350 francs CFA, cette chute créerait des difficultés pour la mise en oeuvre des programmes. D'autre part, si le taux dépasse 350 CFA, les économies qui en découleront devront être remises à l'OMS pour contribuer au financement du biennium suivant. La résolution WHA39.4 permet toutefois aux Bureaux régionaux de bénéficier de revenus occasionnels pour pallier les effets adverses des fluctuations des taux de change; on espère que ceci sera possible en 1988-1989.

48. Le niveau du budget programme a tenu compte des composantes de la stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000 mais également des contraintes budgétaires. Un taux de croissance zéro, en termes réels, a été retenu pour l'allocation régionale d'ensemble.

49. Les allocations de crédits aux divers pays ne sont que des chiffres provisoires susceptibles d'être révisés lorsque des propositions de budget pour l'ensemble de l'Organisation auront été arrêtées.

50. Les crédits qui figurent sous la rubrique "Autres sources" sont ceux sur lesquels un financement était ou bien assuré ou espéré au moment où les documents ont été préparés. En général, une réduction des fonds sous cette rubrique est due au fait que les différents organismes de financement sont assujettis à des cycles de programmation/budgétisation différents et que, par conséquent, des fonds supplémentaires seront probablement disponibles vers le début du biennium 1988-1989.

Analyse du programme régional

51. La présentation du budget programme 1988-1989 met en exergue les activités dans les pays, la nature et l'ampleur de l'engagement de l'OMS, l'utilisation des ressources eu égard aux cibles et objectifs des programmes de santé nationaux. Les énoncés du programme régional ont été préparés sur la base d'un examen et d'une analyse des énoncés des pays. Toutefois, le Comité a décidé de ne pas examiner les énoncés des pays dans ce document.

52. Le processus gestionnaire pour le développement sanitaire national a été accepté par tous les pays. Les Représentants de l'OMS sont inclus dans ce programme afin d'introduire un processus gestionnaire uniforme en liaison avec celui des pays. Les pays sont convaincus de la nécessité de rationaliser les processus gestionnaires et, au cours de la trente-troisième session du Comité régional, ils ont adopté la résolution AFR/RC33/R4 par laquelle le Directeur régional est prié de fournir un appui accru aux Etats Membres afin d'améliorer la gestion des ressources qui sont mises à leur disposition.

Discussion

53. Il a été procédé à un examen détaillé des divers programmes.

Programme 1.3 - Comité régional

54. Le budget du Comité régional fait apparaître une augmentation de 13,3 %. Cette petite augmentation est due au fait que le Comité régional se tient à Brazzaville une fois tous les deux ans, alors que par le passé il s'y tenait une fois tous les trois ans.

Programme 2.1.- Gestion administrative

55. La création d'un nouveau service pour la promotion et la surveillance continue de la mise en oeuvre de la santé pour tous d'ici l'an 2000 est principalement responsable de l'augmentation de 12 % dans ce programme.

Programme 2.2 - Programme du Directeur régional pour le Développement

56. Aucun changement dans les allocations budgétaires n'est apparu au titre de ce programme.

Programme 2.3 - Développement d'ensemble des programmes

57. L'augmentation substantielle de 100 % est principalement due à la création des nouveaux Bureaux sous-régionaux de développement sanitaire. Cette augmentation englobe le coût du personnel administratif, les dépenses opérationnelles et l'appui administratif aux équipes des projets interpays, tandis que les projets interpays eux-mêmes figurent sous leurs divers programmes.

Programme 2.4 - Coordination extérieure pour le développement sanitaire et social (COR)

58. Ce programme englobe maintenant trois activités bien définies :

- Mobilisation des ressources sanitaires
- Opérations d'urgence et de secours
- Coordination avec le système des Nations Unies.

59. Les activités de cette division se sont déjà révélées fructueuses en obtenant des fonds extrabudgétaires pour un montant approximatif de US \$3 millions qui doivent être utilisés pour les programmes de lutte contre le SIDA, pour le PEV et CCCD. En outre, une amélioration des relations entre le FISE et AFRO est principalement due aux activités de COR.

Programme 3 - Développement des systèmes de santé

60. Le budget de ce programme fait apparaître une augmentation de 28 % au titre des activités dans les pays, imputables au renforcement de l'évaluation de la situation sanitaire et de ses tendances. La plus grande partie de l'augmentation est due à la mise en oeuvre du processus gestionnaire pour le développement sanitaire dans les Bureaux de pays afin de fournir un appui plus grand aux Etats Membres et pour améliorer la gestion des ressources qui sont mises à leur disposition. La légère mais néanmoins notable augmentation au titre de la législation sanitaire reflète une volonté d'aider les Etats Membres à formuler leur législation sanitaire. Cette activité bénéficie également de l'assistance du Siège.

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

61. L'augmentation des crédits alloués par les pays à cette activité est assez substantielle et est due non seulement au fait qu'un plus grand nombre de pays mènent cette activité, mais également à l'importance que l'on accorde au niveau des pays au scénario échelonné sur trois ans.

Programme 5 - Personnels de santé

62. L'allocation budgétaire totale consacrée aux personnels de santé représente presque 20 % de l'allocation totale proposée au titre du budget ordinaire. Presque 25 % du total des engagements de dépenses des pays sont alloués à la formation des personnels de santé. Les programmes de formation organisés à l'intention des équipes d'agents de santé devraient être encouragés en vue de rationaliser l'utilisation des ressources. L'augmentation de l'allocation régionale reflète l'appui accru offert par les Bureaux sous-régionaux de développement sanitaire.

Programme 6 - Information du public et éducation pour la santé

63. Les activités menées au titre de ce programme ont été intensifiées au cours du dernier biennium et montrent que les Etats Membres sont conscients de l'importance de cette composante des stratégies nationales pour la santé. Presque tous les pays ont maintenant envoyé des nationaux aux Bureaux de pays de l'OMS afin de promouvoir ce programme. On encourage beaucoup actuellement le recours aux moyens de communication de masse.

Programme 7 - Promotion et développement de la recherche, y compris la recherche sur les comportements qui favorisent la santé

64. Tous les programmes ont une composante recherche. Au niveau des pays, un appui est fourni aux activités de recherche et de développement par le biais de comités consultatifs. Au Bureau régional, la coordination est assurée par RPD et relève du cabinet de DPM. La recherche sur les systèmes de santé, la reproduction humaine et la recherche concernant les maladies tropicales sont coordonnées par les Chefs de Programme I, II et III respectivement.

65. Les priorités diffèrent dans les trois Sous-Régions. La Sous-Région I s'intéresse aux problèmes de l'environnement; la Sous-Région II aux aspects de population; la Sous-Région III fait porter ses efforts sur les problèmes humains des Etats de la Ligne de Front. Le Comité a estimé que les aspects sociologiques de la santé devraient recevoir une plus grande attention.

Programme 8 - Protection et promotion de la santé en général

66. La nutrition reçoit une priorité élevée dans ce programme si l'on en juge par le fait que plus de la moitié des pays l'ont incluse dans leurs prévisions budgétaires. Ce programme bénéficie également de ressources extrabudgétaires importantes.

67. Les ressources disponibles au titre de la prévention des accidents sont minimes. Mais le programme est exécuté en consultation avec la santé et la réadaptation des travailleurs.

Programme 9 - Protection et promotion de la santé de groupes de populations particuliers

68. Un fort pourcentage de la population africaine est constitué de femmes et d'enfants. Toutefois, la santé des personnes âgées exerce une influence importante sur la santé des enfants du fait du rôle particulier que les personnes âgées jouent dans la société africaine. Les pays n'ont pas montré, dans les allocations budgétaires, un intérêt comparable pour les programmes de santé maternelle et infantile et la mise en oeuvre du programme doit avoir recours à des fonds extérieurs. Pour ce qui est des personnes âgées, il conviendrait d'encourager les activités pour sensibiliser davantage les populations à leurs besoins.

Programme 10 - Protection et promotion de la santé mentale

69. Les allocations budgétaires destinées à ce programme ne correspondent pas à la demande prévue au cours des années à venir dans ce domaine important.

Programme 11 - Promotion de la salubrité de l'environnement

70. Bien qu'on note une allocation budgétaire notable, l'effet de ce programme est susceptible de ne pas être ce que l'on souhaite aussi longtemps que ses activités sont fragmentées et non coordonnées. Il est important que les activités relatives à l'eau et à l'assainissement soient bien intégrées au niveau du village. AFRO est actuellement en train de mettre en oeuvre les SSP d'une façon intégrée au niveau des villages.

71. Le Comité a recommandé que les pays envisagent de réserver des ressources égales, environ 2-5 % des allocations du pays, pour améliorer le processus gestionnaire de façon que des progrès puissent également être réalisés dans ce domaine.

Programme 12 - Technologie diagnostique, thérapeutique et de réadaptation

72. L'augmentation au niveau des pays est due à l'attention accrue que l'on accorde à la technologie clinique, de laboratoire et radiologique. Au niveau régional, la diminution sensible est due au retrait des fonds destinés aux achats groupés de médicaments essentiels. Ces fonds n'ont jamais été utilisés par les pays de la Région au cours des périodes biennales précédentes.

Programme 13 - Prévention et lutte contre la maladie

73. La diminution d'ensemble au titre de ce programme ne signifie pas qu'il bénéficie d'une moindre priorité, mais elle est plutôt imputable aux contraintes budgétaires auxquelles doit faire face l'Organisation. Des fonds extrabudgétaires substantiels ont été mis à la disposition du programme et l'on espère que cette situation se maintiendra à l'avenir. La situation budgétaire d'ensemble pour ce programme semble être satisfaisante.

74. Il y a des signes qui montrent que les gouvernements ont commencé à assumer eux-mêmes le financement des activités, ce qui refléterait leur autosuffisance.

Programme 14 - Appui au plan de l'information sanitaire

75. On peut constater une augmentation qui est due à la mise en place de la nouvelle bibliothèque au Bureau régional.

Programme 15 - Services de soutien

76. Les deux-tiers de l'augmentation dans les crédits budgétaires destinés à ce programme sont dûs à des taux d'ajustement de change tandis qu'un tiers est dû à des augmentations réglementaires et à l'inflation.

HUITIEME PROGRAMME GENERAL DE TRAVAIL POUR LA PERIODE 1990-1995 (PGT.8)

Remarques liminaires

77. Le document AFR/RC36/10 qui représente la contribution régionale au chapitre 7 du 8ème PGT global, est présenté par le Dr A. Koné-Diabi, DPM/AFRO. Il a été rappelé au Sous-Comité du Programme que constitutionnellement, le Conseil exécutif soumettra à l'Assemblée mondiale de la Santé, en mai 1987, le 8ème PGT global couvrant la période 1990-1995. C'est le deuxième des trois programmes correspondant à la période couverte par la stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

78. Conformément aux directives de l'Organisation, les principes généraux ainsi que la structure dans les grandes lignes du 8ème PGT suivent ceux du 7ème PGT qui est en cours d'exécution (1984-1989).

79. Il est à noter, toutefois, quelques ajustements mineurs mettant en relief certaines questions importantes dans la liste ordonnée des programmes pour la période d'exécution du 8ème PGT.

80. Ce programme servira de base, en concertation étroite avec les Etats Membres, à l'élaboration des programmes à moyen terme et des budgets biennaux qui reflèteront les variations régionales et nationales pour la période considérée.

81. L'accent a été mis enfin sur l'interaction entre le 8ème PGT, la nouvelle structure décentralisée du Bureau régional et les mécanismes gestionnaires pour le développement sanitaire mis en place aux niveaux national, sous-régional, régional et global pour la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

82. Le document AFR/RC36/10 a été étudié au préalable par le Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS) du 14 au 16 juillet 1986. Les recommandations de ce Comité portent pour l'essentiel sur l'amélioration des approches proposées par l'Organisation en vue de

renforcer les capacités nationales dans un esprit d'autosuffisance. Le Comité a en outre mis l'accent sur la poursuite des efforts de l'Organisation pour la formation de toutes les catégories de personnel en matière de planification et gestion sanitaires.

83. Le Sous-Comité est ensuite invité à examiner le document AFR/RC36/13 relatif au rapport de la sixième réunion du CCADS, conjointement avec le document AFR/RC36/10, le 8ème PGT.

Discussion

84. Le Sous-Comité du Programme constate que la contribution régionale au 8ème PGT global reflète les préoccupations actuelles à court et moyen terme des Etats Membres en vue de l'objectif social de la SPT/2000. Il souligne la pertinence des programmes prévus conformément aux directives des Organes directeurs. Aussi, sous réserve de quelques commentaires sur certains programmes spécifiques, le Sous-Comité s'estime satisfait de la présentation dans son ensemble du document AFR/RC36/10 - 8ème PGT.

85. En effet, les discussions qui ont suivi l'analyse détaillée du 8ème PGT a permis au Sous-Comité du Programme de mettre l'accent sur certaines questions importantes relatives aux programmes ci-après.

86. Le Sous-Comité estime que le nouveau programme 2.6 - Gestion de l'Informatique, répond à la nécessité pour la Région de suivre l'avancée technologique en cette matière. Il note avec satisfaction les études en cours dans certains pays afin de doter les Bureaux des Représentants du soutien informatique toutes les fois que les critères et les conditions de viabilité définis par le Directeur général seront remplis. Le Sous-Comité a pris acte des efforts qui seront déployés par l'Organisation pour la mobilisation de fonds extrabudgétaires en vue d'harmoniser, au niveau de la Région, l'établissement et le développement des liens informatiques indispensables entre le Bureau régional et les pays.

87. Concernant le programme 4 - Organisation des Systèmes de Santé basés sur les SSP, le Sous-comité a réitéré son appui à la mise en oeuvre du système de santé au niveau du district. Il réclame des efforts plus soutenus du Bureau pour le renforcement de la capacité gestionnaire à tous les niveaux du système national de santé et particulièrement au niveau du district. Ceci contribuera à assurer de façon rationnelle son développement et son fonctionnement en vue de l'accélération de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

88. Pour ce qui est du programme 13 - Lutte contre la maladie en général, le Sous-Comité est satisfait de cette section du document. Toutefois, il recommande que l'Organisation, en collaboration étroite avec les Etats Membres, participe à la mise en place et au renforcement de structures et de mécanismes indispensables pour la surveillance épidémiologique et le contrôle efficace des maladies transmissibles aux niveaux national, sous-régional et régional.

89. Un accent particulier a été mis par le Directeur régional sur la souplesse et la flexibilité de ce 8ème PGT qui pourra être appliqué par chaque pays pour répondre de manière spécifique à ses problèmes prioritaires.

90. Le Sous-Comité du Programme est en outre informé qu'au cours de la prochaine réunion du Conseil exécutif, il est prévu de discuter l'opportunité de créer ou non un programme à part entière en faveur de "l'adolescence", source de préoccupation constante de l'ensemble des responsables à l'échelle mondiale.

RAPPORT DES REUNIONS SOUS-REGIONALES POUR LE PROGRAMME

Remarques liminaires

91. Conformément à la résolution AFR/RC35/R12 et à la Décision de procédure No 7 de la trente-cinquième session du Comité régional, les Réunions sous-régionales pour le Programme se sont tenues à Brazzaville du 3 au 7 mars 1986. L'objectif de ces réunions était de permettre aux Etats Membres d'élargir le dialogue avec le Directeur régional sur le programme de santé régional et plus spécifiquement d'harmoniser les sujets des réunions des groupes de travail sous-régionaux de la CTPD avec ceux des discussions techniques du Comité régional en 1987, 1988 et 1989. A partir de l'année prochaine, ces réunions seront décentralisées et qu'elles se tiendront au niveau sous-régional sous les auspices des Bureaux sous-régionaux de développement sanitaire récemment créés.

92. Les réunions ont porté sur cinq sujets qui revêtent une importance très grande pour l'avenir du développement sanitaire dans la Région africaine, notamment l'Année africaine de la Vaccination; le système AFROPOC; le Projet de Budget Programme 1988-1989; l'instauration de SPT/2000 par un appui opérationnel aux SSP; et finalement le SIDA.

93. Dans sa déclaration liminaire, le Directeur régional a souligné la nécessité pour l'OMS de fournir un appui plus grand aux Etats Membres au niveau opérationnel et l'importance du développement des personnels de santé qui est la pierre angulaire de l'instauration de SPT/2000.

94. Les participants ont passé en revue les progrès réalisés par les pays de la Région pour traduire dans les faits le programme élargi de vaccination, et plus particulièrement pour atteindre les objectifs fixés pour l'Année africaine de la Vaccination qui sont : a) d'accroître de façon marquée la couverture vaccinale des groupes de population cible en 1986, et b) de mettre en place un mécanisme pour assurer de façon continue les services de vaccination afin d'obtenir la vaccination universelle et une couverture élevée des groupes cibles d'ici à 1990. Il a été convenu que le concept de l'Année africaine de la Vaccination devrait être incorporé dans le programme régional à moyen terme dans une perspective de 4 à 5 ans et être mis en oeuvre par le biais des approches et des stratégies les mieux adaptées à chaque pays. Malgré les difficultés de financement, il conviendrait que les Etats Membres ne comptent pas uniquement sur l'assistance extérieure qui, actuellement, représente les deux-tiers des vaccins disponibles dans la Région.

95. Le nouveau système de coordination des opérations du programme d'AFRO (AFROPOC) a été salué comme un outil gestionnaire destiné à assurer l'utilisation optimale des ressources de l'OMS pour appuyer les politiques et objectifs de santé convenus collectivement par les Etats Membres. Entre autres avantages, AFROPOC devrait permettre de rationaliser la programmation, la mise en oeuvre et l'évaluation des activités que l'OMS mène en collaboration avec les pays. Ce nouveau mécanisme devrait être bien compris et maîtrisé grâce à la formation appropriée des responsables du gouvernement dans le cadre du processus gestionnaire pour le développement sanitaire national. En outre, il pourrait ultérieurement être mis en place au sein des ministères de la santé de chaque pays pour les aider à améliorer la planification, à programmer, à assurer la surveillance continue, à évaluer de façon plus rationnelle les activités nationales de développement sanitaire.

96. Figure également dans le rapport une analyse du premier Projet de Budget Programme 1988-1989 qui, dans son ensemble, repose sur une "croissance réelle zéro" mais, néanmoins, prévoit une augmentation réelle de 2 % par rapport au biennium précédent pour les activités dans les pays uniquement. Les énoncés par pays révèlent des disparités très grandes dans le choix des programmes, suggérant par conséquent que les fonds du budget ordinaire ont, ou bien été alloués à des programmes prioritaires qui sont perçus différemment par les pays, ou qu'ils ont été éparpillés sur un grand nombre de programmes afin d'attirer d'autres sources de fonds vers le secteur santé. Le service chargé de la mobilisation des ressources pour la santé qui a été récemment créé au Bureau régional vise à faciliter la mobilisation de toutes les sources potentielles de fonds nécessaires pour combler les vides dans les budgets sanitaires nationaux et compléter l'appui que l'OMS fournit au titre du budget ordinaire.

97. Le rapport éclaire en plus le cadre général proposé par le Directeur régional pour l'organisation d'un système de santé national fondé sur les SSP. Il est recommandé d'intensifier l'action au niveau opérationnel par la mise en place d'infrastructures sanitaires appropriées destinées à accélérer l'instauration de SPT/2000.

98. Finalement, en ce qui concerne le SIDA, les participants ont recommandé un certain nombre de mesures aux niveaux national et interpays ainsi qu'au niveau mondial afin de permettre aux Etats Membres de lutter efficacement contre cette maladie qui est considérée comme un problème de santé publique grave.

Discussion

99. Les membres du Sous-Comité du Programme n'ont fait que peu de commentaires qui ont essentiellement porté sur l'Année africaine de la Vaccination.

100. Les délégués ont souligné les contraintes dues à des ressources financières insuffisantes, la crise imputable au taux de change ainsi qu'au manque de ressources matérielles telles que les vaccins, le combustible, le matériel de la chaîne du froid, etc. La rupture des stocks de vaccin, le manque de combustible, etc., auront certainement un effet négatif sur la motivation des mères à amener leurs enfants aux centres de santé pour les faire vacciner.

101. En ce qui concerne la mesure dans laquelle on aura recours à la stratégie avancée au cours de l'Année africaine de la Vaccination, il apparaît que de nombreux pays ont adopté des stratégies complémentaires, l'accent étant mis sur des stratégies fixes et des stratégies avancées pour obtenir un impact à long terme. Toutefois, en fonction des conditions locales et des taux de couverture vaccinale, la stratégie avancée est également utile pour augmenter l'accès aux interventions sanitaires, y compris la vaccination.

102. Pour ce qui est du système AFROPOC, il s'agit bien d'un mécanisme de réaction coordonné à toute demande en provenance des pays, qui agit comme un arc réflexe avec des circuits sensoriels sous la responsabilité du Directeur, Coordination, Promotion et Information du Programme, des circuits moteurs constitués par les services du Directeur, Soutien du Programme et un centre nerveux constitué par le Directeur régional et par le Directeur, Gestion du Programme.

103. Pour le Sous-Comité du Programme, il est préférable de considérer 1986 comme une année de recherche et d'apprentissage pour la mise en place de ce système.

104. Le Sous-Comité du Programme a pris note de la nouvelle appellation du virus du SIDA : HIV, qui doit être utilisée à la place de l'ancienne LAV/HTLV-III.

RAPPORT DE LA SIXIEME REUNION DU COMITE CONSULTATIF AFRICAIN
POUR LE DEVELOPPEMENT SANITAIRE

Remarques liminaires

105. Le document AFR/RC36/13 a été présenté par Mme R. A. De Almeida. Le Sous-Comité a examiné le rapport de la sixième réunion du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS) qui s'est tenue à Brazzaville du 14 au 16 juillet 1986 et à laquelle ont participé les 12 membres du Comité et trois membres du Sous-Comité du Programme. Le rapport résumait les discussions du CCADS sur les quatre principaux sujets, à savoir : le nouveau

mandat du Comité; les indicateurs pour assurer la surveillance continue et l'évaluation des stratégies de SPT/2000; la politique de l'OMS en matière de bourses d'études et de développement des personnels de santé nationaux ainsi que le Huitième Programme général de Travail.

106. La trente-cinquième session du Comité régional qui s'est tenue à Lusaka (Zambie), en septembre 1985, a décidé d'adopter un scénario étalé sur trois ans pour le développement sanitaire. Compte tenu de ce scénario, le Secrétariat régional a été restructuré, l'accent étant mis sur la création de trois Bureaux sous-régionaux de développement sanitaire, dotés d'équipes de développement sanitaire chargées de fournir un appui technique, stratégique et administratif pour renforcer et mettre en oeuvre les soins de santé primaires au niveau du district ou opérationnel. Les principales orientations des programmes de collaboration de l'OMS dans la Région visent à accélérer la mise en oeuvre des stratégies pour instaurer SPT/2000 dans les Etats Membres. Conformément à cette approche, le mandat du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire a été modifié et soumis au Comité pour examen. En examinant le projet de mandat, le Comité a estimé qu'il convenait de renforcer son caractère multisectoriel en assurant la représentation de tous les secteurs concernés, y compris population et démographie, services sociaux et biomédicaux, génie sanitaire, etc. Le nouveau mandat a été adopté par le Comité.

107. Le scénario étalé sur trois ans, adopté par le Comité régional, exige pour chaque pays la préparation d'un plan de travail qui spécifiera clairement les activités et l'appui nécessaire pour les soins de santé primaires aux niveaux opérationnel, technique et stratégique. La surveillance continue et l'évaluation sont partie intégrante du processus gestionnaire pour le développement sanitaire. Pour faciliter ce processus, les indicateurs de santé sont nécessaires et un document de travail sur les indicateurs permettant à assurer la surveillance continue et l'évaluation des stratégies de SPT au niveau opérationnel a été discuté par le Comité. Le Comité s'est assuré que les indicateurs proposés étaient pertinents eu égard aux besoins effectifs au niveau opérationnel, aux personnes qui les utilisent et à l'action qui en découle.

108. Le troisième thème examiné par le Comité a trait à la nouvelle politique de l'OMS en matière de bourses d'études et aux plans nationaux de développement des personnels de santé. Le Comité a examiné la nouvelle politique de l'OMS en matière de bourses d'études qui demande instamment aux Etats Membres d'élaborer une politique nationale de développement des personnels de santé et a estimé que ce n'est que dans un cadre systématique de développement des personnels de santé que le programme de bourses d'études de l'OMS peut être utilisé de façon optimale.

109. Finalement, le Comité a discuté le projet de contribution régionale au Huitième Programme général de Travail pour la période 1990-1995. Il a examiné le document en détail, passant en revue chaque programme, conformément à la liste des programmes établie, et il a fait des commentaires et des suggestions pour son amélioration.

Discussion

110. Pour ce qui est du mandat du CCADS, il a été expliqué aux membres du Comité que la réorganisation des programmes visait essentiellement à aider les Etats Membres à appliquer au mieux les stratégies clés des SSP (participation communautaire, collaboration intersectorielle, sélection des technologies sanitaires) aux niveaux du district, périphérique ou local.

111. Pour ce qui est de l'équité et de la santé, les membres sont convaincus qu'il convient d'éviter de trop favoriser les zones urbaines comme c'est souvent le cas dans la plupart des stratégies de développement.

112. Les participants ont estimé qu'il fallait davantage tenir compte de "l'équité" dans les prestations des soins de santé destinées aux zones rurales qui ont été jusqu'à présent négligées.

113. Le Sous-Comité a noté que le scénario étalé sur trois ans et adopté par le Comité régional, en septembre 1985, était la pierre angulaire de la réorientation du programme dans la Région et de la restructuration de l'Organisation.

114. S'agissant des indicateurs, les membres du Comité ont fait remarquer que les données nécessaires pour calculer certains indicateurs sont disponibles dans les pays et ont voulu savoir s'il existait des méthodes pour les mesurer. On leur a répondu que l'OMS dispose des directives à cette fin, par exemple, "Santé pour Tous No 4" et "Série des Rapports techniques d'AFRO No 12". Ces publications décrivent le type et la nature des indicateurs ainsi que les critères et les méthodes à appliquer pour les choisir, les diverses sources d'informations, la façon de les obtenir ainsi que la méthode de calcul des indicateurs. Tout récemment, un cadre a été élaboré par AFRO (Doc. RPM.9/WP/03 Rév.2) à l'intention des pays pour accélérer la mise en oeuvre des stratégies, y compris leur surveillance continue et leur évaluation.

115. Le Sous-Comité a souligné la nécessité d'utiliser des indicateurs non classiques ou des indicateurs qualitatifs, particulièrement pour assurer la surveillance continue et l'évaluation du changement d'attitude des individus et des communautés du fait du développement sanitaire. Les participants ont reconnu qu'il fallait poursuivre les activités d'éducation pour la santé pour avoir un effet durable sur les individus en leur inculquant les attitudes nécessaires pour mener une vie saine.

116. Le Sous-Comité a également noté qu'il convenait de former des statisticiens à la collecte et à l'utilisation d'informations fiables.

117. Pour ce qui est de la coordination des activités de développement sanitaire menées avec l'appui des autres institutions des Nations Unies, il a été noté que la responsabilité incombait principalement au gouvernement. Les institutions des Nations Unies ont également un rôle important à jouer pour faciliter cette coordination, habituellement en initiant les Représentants de l'OMS.

118. Le Sous-Comité a exprimé sa satisfaction devant l'approche multi-sectorielle adoptée pour le développement et certains indicateurs. Il est à noter également que les directives nationales devront être mises au point en utilisant le cadre fourni par AFRO.

119. La question capitale qui se pose dans la gestion des programmes de bourses a trait à la pertinence et à l'efficience. En ce qui concerne l'octroi des bourses d'études, trois types de décisions doivent être prises :

- i) choix d'un candidat adéquat;
- ii) choix d'un domaine d'étude pertinent;
- iii) choix du programme de formation ou de l'institution appropriée.

Le Sous-Comité est d'avis que l'une ou l'autre de ces trois décisions pourraient faire l'objet de négociations portant sur les différents aspects.

120. Un comité de sélection national doit être constitué et doit veiller à ce que les décisions appropriées soient prises en ce qui concerne la sélection du candidat et du domaine d'étude. AFRO examinera les suggestions faites par les gouvernements et veillera à ce qu'elles soient conformes avec la nouvelle politique relative aux bourses d'études de l'OMS.

121. Les difficultés que l'on peut rencontrer en ce qui concerne la planification, la formation et l'utilisation des boursiers sont symptomatiques d'un problème plus profond, à savoir l'absence de politiques et de plans nationaux en matière de développement des personnels de santé. Faute d'un cadre de référence, le programme de bourses est très souvent géré sur une base ad hoc et, par conséquent, ne satisfait pas toujours au mieux les besoins nationaux en matière de personnels de santé.

122. Le Bureau régional de l'OMS est prêt à collaborer avec les pays pour élaborer des politiques et des plans relatifs au développement des personnels de santé par le biais d'ateliers ou de services consultatifs afin de systématiser et de rationaliser autant que faire se peut la planification, la formation et l'utilisation des personnels de santé. Le programme de bourses deviendra ainsi partie intégrante de la politique du développement sanitaire national.

123. Les membres du Sous-Comité sont d'accord en général avec les recommandations formulées par le CCADS, émettent une réserve en ce qui concerne celle libellée à l'alinéa 23. vii) du document.

124. En examinant la section du rapport traitant du Huitième Programme général de Travail, le Sous-Comité a déclaré qu'il convenait de souligner que l'approche scientifique devait fournir un appui aux groupes traditionnels. Les méthodes traditionnelles sont pragmatiques et elles ont besoin de l'appui des spécialistes scientifiques.

125. Il a également été signalé que les groupes religieux ont un caractère sectoriel et pour éviter la division, il nous faut essayer plutôt d'obtenir l'appui de groupes socio-culturels.

126. Les membres ont estimé qu'il convenait que l'OMS poursuive son appui pour mettre à jour la législation sanitaire dans les Etats Membres.

CONCLUSIONS

127. Le Sous-Comité du Programme a examiné la politique régionale en matière de budget programme et a marqué son accord avec les lignes directrices proposées.

128. La stratégie révisée de la lutte antipaludique est assortie de recommandations concrètes que les pays pourront mettre en oeuvre.

129. Le Projet de Budget Programme 1988-1989 a été examiné attentivement. Les membres du Sous-Comité ont procédé à un examen détaillé des divers programmes et proposent au Comité régional son adoption.

130. La contribution régionale au Huitième Programme général de Travail reflète les préoccupations actuelles, à court et à moyen terme, des Etats Membres et le Sous-Comité s'estime satisfait de sa présentation.

131. Le Sous-Comité du Programme fait sienne les conclusions et recommandations de la sixième Réunion du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS).

132. Les membres du Sous-Comité ont été informés du rapport des Réunions sous-régionales pour le Programme tenues en application de la Décision de procédure No 7 de la trente-cinquième session du Comité régional.

APPENDICE 1

LIST OF PARTICIPANTS
LISTE DES PARTICIPANTS

BURUNDI

Dr P. Mpitabakana
Inspecteur général de la Santé publique
B.P. 1820
Bujumbura

BURKINA FASO

Dr M. Diallo
Directeur provincial de la Santé du Bazega
Ministère de la Santé publique
Ouagadougou

CENTRAL AFRICAN REPUBLIC
REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Dr A. Banga-Bingui
Inspecteur central de la Santé et des Affaires sociales

EQUATORIAL GUINEA
GUINEE EQUATORIALE

Dr Francisco Abeso Owono
Director General de Sanidad

ETHIOPIA
ETHIOPIE

Mr Hailu Meche
Head, Planning and Programming Bureau
Ministry of Health
P.O. Box 1234
Addis Ababa

Appendice 1

GABON

M. M. Mboumba
Directeur général de la Santé publique
B.P. 940
Libreville

GAMBIA
GAMBIE

Mrs R. A. De Almeida
Deputy Permanent Secretary
Ministry of Health
Banjul

MADAGASCAR

Dr V. M. Raharijaona
Inspecteur au Ministère de la Santé publique
B.P. 88
Antananarivo

MALAWI

Dr G. W. Lungu
Deputy Chief Medical Officer
Ministry of Health
Box 30377
Lilongwe-3

TANZANIA
TANZANIE

Dr J. Temba
Assistant Chief Medical Officer (Preventive)
Ministry of Health
Dar es Salaam

Appendice 1

SECRETARIAT

Dr G. L. Monekosso
Regional Director/Directeur régional

Dr A. Koné-Diabi (DPM)
Director, Programme Management
Directeur, Gestion du Programme

Dr A. Tekle (DCP) a.i.
Director, Coordination, Promotion and Information
Directeur, Coordination, Promotion et Information

Mr D. E. Miller (DSP)
Director, Support Programme
Directeur, Programme de Soutien

Dr P. O. Chuke (PM1)
Programme Manager, Support to National Health Systems
Chef de Programme, Soutien aux Systèmes nationaux de Santé

Dr S. Butera (PM2)
Programme Manager, General Health Protection and Promotion
Chef de Programme, Protection et Promotion de la santé en général

Dr E. G. Beausoleil (PM3)
Programme Manager, Disease Prevention and Control
Chef de Programme, Prévention et Lutte contre la Maladie

Dr F. Aboo Baker (CTD)
Technical Adviser to the Regional Director
Conseillère technique auprès du Directeur régional

Dr J. C. Alary (PHD)
Technical Adviser to DPM
Conseiller technique au DPM

Mr A. M. B. Clarke (MGT)
Administrative Management and Staff Development
Gestion administrative et Développement du Personnel

Mr H. Ben Aziza (HED)
Health Education and Information
Education pour la Santé et Information

Dr B. Y. Boganda (HLE)
Health Legislation/Législation sanitaire

Dr D. Buriot (CDD)
Diarrhoeal Diseases Control
Lutte contre les Maladies diarrhéiques

Appendice 1

Mrs Chatue Kanga (AWD)
Women in Health Delevopment
Femmes et Développement sanitaire

Mr W. D. Chelemu (EDV)
Essential drugs and Vaccines
Médicaments essentiels et Vaccins

Dr M. E. Chuwa (NCD)
Cancer, Cardiovascular Diseases, other non-communicable Diseases,
Tobacco and Health, Prevention of Blindness
Cancer, Maladies cardio-vasculaires, Maladies non transmissibles
Tabac et santé, Prévention contre la Cécité

Mrs M. Kenneally (COR/HRM)
Health Ressources Mobilization
Mobilisation des Ressources sanitaires

Mr M. Koussitassev (PEI)
Water Supply and Sanitation
Approvisionnement en Eau et Assainissement

Dr W. C. Mwambazi (FHE)
Family Health/Santé familiale

Mr A. T. B. Ndiaye (HEI)
Information Service, Public Relations and Protocol
Service de l'Information, Relations publiques et Protocole

Mr C. V. G. Nair (PHS)
Health situation and Trend Assessment
(including epidemiological surveillance)
Appréciation de la situation sanitaire et de ses tendances
(y compris la surveillance épidémiologique)

Dr M. Njume-Ebong (PDS)
Publications and Documents Service
Services de Publications et de Documents

Dr C. Ravaonjanahary (CDV)
Vector Biology and Control
Biologie des Vecteurs et Lutte antivectorielle

Dr U. E. Udom (ASO)
Adminitrative Services
Services administratifs

Mr N. Walloe-Meyer (BFO)
Budget and Finance Officer
Administrateur du Budget et des Finances

PROGRAMME DE TRAVAIL

1. Ouverture de la réunion
2. Politique régionale en matière de budget programme (document AFR/RC36/4)
3. Projet de Budget Programme 1988-1989 (document AFR/RC36/2)
4. Préparation du Huitième Programme général de Travail pour une période déterminée 1990-1995 (document AFR/RC36/10)
5. Stratégie régionale révisée de la lutte antipaludique (document AFR/RC36/22)
6. Rapport du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS) (document AFR/RC36/13)
7. Rapport des Réunions sous-régionales pour le Programme (document AFR/RC36/12)
8. Adoption du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC36/9)
9. Distribution des tâches pour la présentation du rapport du Sous-Comité (document AFR/RC36/24)
10. Clôture de la réunion.

RAPPORT DE LA REUNION DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME
TENUE LE 17 SEPTEMBRE 1986

INTRODUCTION

1. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni le mercredi 17 septembre 1986 à Brazzaville (Congo), immédiatement après la clôture de la trente-sixième session du Comité régional. On trouvera à l'Appendice 1 la liste des participants.

2. Le Sous-Comité a élu le Dr V. Raharijaona (Madagascar), Vice-Président sortant, comme Président; le Dr E. T. Maganu (Botswana) comme Vice-Président et le Dr I. Gomes (Cap-Vert) comme Rapporteur. Le Président a remercié les membres du Sous-Comité du Programme de l'honneur qu'ils faisaient à son pays et à lui-même en l'élisant Président ainsi qu'à la confiance qu'ils lui témoignaient.

3. Le programme de travail a été adopté sans amendement (Appendice 2).

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

4. Le Directeur, Programme de Soutien, a présenté le document AFR/RC36/26 qui faisait état, entre autres, de deux réunions d'intérêt programmatique auxquelles devaient participer les membres du Sous-Comité du Programme en 1986-1987. Après avoir examiné le document, le Sous-Comité a accepté à l'unanimité la représentation telle qu'elle est décrite dans le tableau suivant :

Tableau

REUNIONS D'INTERET PROGRAMMATIQUE AUXQUELLES DOIVENT PARTICIPER
LES MEMBRES DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME EN 1986-1987

Nom, lieu et date de la réunion	Objectif	Langue	Membres participants
1. Réunions sous-régionales pour le Programme - Bamako - Bujumbura - Harare successivement ou simultanément en février 1987	Modalités de l'appui technique et logistique aux Etats Membres dans les efforts qu'ils déploient pour assurer les soins de santé primaires à leurs populations	A/F/P	SR/I - Burkina Faso SR/II - Burundi SR/III - Tanzanie
2. Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS) Brazzaville, juin/juillet 1987	Préparation du plan pour mettre en place les Sous-Comités qui refléteront le caractère multisectoriel du CCADS	A/F/P	SR/I - Algérie SR/II - Tchad SR/II - Madagascar

5. Le Sous-Comité du Programme a fait remarquer que, conformément à l'évolution nouvelle (Décision 5 du rapport de la trente-sixième session du Comité régional), il semble qu'en effet le Sous-Comité se réunira désormais une fois tous les deux ans.

6. Au cours de certaines discussions, il a été noté que la résolution AFR/RC25/R10 créait le Sous-Comité du Programme chargé de l'examen détaillé du projet de budget programme avant l'ouverture de la session du Comité régional au cours de laquelle le budget programme doit être discuté. En conséquence, dans la Décision 8 du rapport final de sa trente-sixième session, le Comité régional a amendé le mandat du Sous-Comité en ajoutant la participation aux autres réunions d'intérêt programmatique et la collaboration avec le Directeur régional pour résoudre les problèmes découlant de la mise en oeuvre du programme régional. En conséquence, le mandat comportera trois points. Il a été noté que c'était le deuxième point seulement qui faisait l'objet d'un examen. Les autres réunions relatives au troisième point seront conviées par le Directeur régional.

7. Il a également été observé que les Réunions sous-régionales pour le Programme engloberaient les anciennes réunions de la CTPD. Les questions devant être examinées par les Réunions sous-régionales du Programme seraient fondées sur le scénario étalé sur trois ans des groupes de travail de la CTPD. Ceci aiderait la CTPD à être moins assujettie aux circonstances et à harmoniser ses centres d'intérêt avec la stratégie régionale.

DATE ET LIEU DE LA PROCHAINE REUNION

8. Le Président a informé les membres du Sous-Comité que la date et le lieu de la prochaine réunion du Sous-Comité du Programme leur seraient communiqués à l'avenir par le Secrétariat. Il a ajouté que ces points de l'ordre du jour ne nécessitaient aucune discussion.

CLOTURE DE LA REUNION

9. Le Président a remercié les membres de l'appui qu'ils lui avaient fourni et de leur contribution animée aux discussions. Il leur a souhaité bonne chance et un bon voyage.

LISTE DES PARTICIPANTS

ALGERIE

M. Mohamed Islam Madany
Directeur des Relations internationales du Ministère de la Santé
Alger

Professeur Driss Mammeri
Conseiller du Ministre de la Santé
Ministère de la Santé
Alger

BENIN

Dr H. Sanoussi
Directeur général du Ministère de la Santé publique
Ministère de la Santé publique
Cotonou

BOTSWANA

Dr E. T. Maganu
Acting Deputy Permanent Secretary
Ministry of Health
Gaborone

BURKINA FASO

Dr Mahamady Diallo
Directeur provincial de la Santé du Bazega
Ministère de la Santé publique
Ouagadougou

BURUNDI

Dr P. Mpitabakana
Inspecteur général de la Santé publique
Ministère de la Santé publique
Bujumbura

CAP-VERT

Dr Ireneu F. Gomes
Ministro da Saúde, Trabalho e Assuntos Sociais
Praia

Dra Maria de Luz Neves Nobre Leite
Directora Geral de Farmácia

Appendice 1

TCHAD

M. Mahamat Nour Mallaye
Ministre de la Santé publique
N'Djamena

M. Ngassadi Kinde
Directeur du Génie sanitaire et de l'Assainissement
Ministère de la Santé
N'Djamena

M. Néatobei Bidi
Chargé d'Affaires à l'Ambassade du Tchad au Congo
Brazzaville

LIBERIA*

MADAGASCAR

Dr V. Raharijaona
Inspecteur au Ministère de la Santé
Ministère de la Santé
Antananarivo

MALAWI

Mr B. L. Walker
Principal Secretary
Ministry of Health
Lilongwe-3

Dr G. W. Lungu
Deputy Chief Medical Officer
Ministry of Health
Lilongwe-3

TANZANIE

Dr J. M. V. Temba
Assistant Chief Medical Officer (Preventive)
Ministry of Health
Dar es Salaam

ZAMBIE

Dr E. K. Njelesani
Director of Medical Services
Ministry of Health
Lusaka

*N'a pas été en mesure de participer.

APPENDICE 2

PROGRAMME DE TRAVAIL

1. Ouverture de la réunion
2. Election du Président, du Vice-Président et du Rapporteur
3. Participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique (document AFR/RC36/26)
4. Date et lieu de la prochaine réunion
5. Clôture de la réunion.

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"

INTRODUCTION

1. Les discussions techniques de la trente-sixième session du Comité régional ont eu lieu à Brazzaville le 13 septembre 1986 sur le 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". Elles ont été présidées par le Dr George Oluwole Sofoluwe¹, qui a avait été élu à cette fonction à la trente-cinquième session du Comité régional. Le Comité régional, lors de sa trente-sixième session, a désigné comme suit les rapporteurs des discussions techniques :

- i) Dr Antonio Soares Marques Lima (Sao Tome et Principe)
- ii) Dr E. K. Njelesani (Zambie)
- iii) Dr H. Sanoussi (Bénin).

2. Les discussions ont eu lieu au sein de trois groupes de travail, dont un multilingue, un anglophone et un francophone. Les groupes de travail ont élu leur président comme suit :

- i) Dr J. Maneno (Kenya)
- ii) Dr D. G. Makuto (Zimbabwe)
- iii) Dr A. Bamba (Burkina Faso).

¹ Professeur George Oluwole Sofoluwe, Professeur de Médecine communautaire et de Médecine du Travail, University of BENIN, Nigéria, et MidStaffordshire Health Authority, Stafford, Angleterre.

PRESENTATION

3. Le document de travail (document AFR/RC36/TD/1), rédigé par le Dr A. Abaglo, Chef du Service médical, de l'Office togolais des Phosphates, et par le Professeur Bernard Obiang Ossoubita, Chef du Département de Santé publique et de Médecine du Travail, Centre universitaire des Sciences de la Santé, Libreville, a été présenté par le Dr G. Oluwole Sofoluwe. Celui-ci a insisté sur l'occasion qu'offrait aux pays africains la Décennie du Développement industriel d'orienter leurs programmes d'industrialisation vers la fabrication à titre prioritaire de produits essentiels susceptibles d'améliorer le niveau de vie et de santé des travailleurs agricoles, qui représentent entre 80 et 90 % de l'ensemble de la population africaine. Monsieur M. Mboumba, par intérim, a présidé la séance plénière au cours de laquelle les Rapporteurs des trois groupes ont présenté un résumé des discussions de leur groupe respectifs.

4. Le document distingue trois catégories de travailleurs agricoles, en recensant leurs problèmes de santé, en insistant sur la nécessité d'adopter à leur intention l'approche soins de santé primaires et en en définissant les modalités. Il faut repérer les causes fondamentales des problèmes de santé des agriculteurs et court-circuiter la bureaucratie pour les résoudre plus rapidement. Le document souligne également l'importance croissante de l'agriculture, confirmée par le Plan d'Action de Lagos, qui doit maintenant se traduire par un engagement ferme et une action vigoureuse qui tiennent compte de la nécessité de techniques peu coûteuses, d'une législation, d'une action intersectorielle, d'une formation satisfaisante à tous les niveaux et de la recherche appliquée. La présente session du Comité pourrait même envisager d'adopter une résolution sur la fabrication locale de logements bon marché, sur la fourniture d'eau sous conduite à tous les foyers et sur la construction d'égouts et l'installation de l'électricité dans tous les villages ou tous les endroits où vivent et travaillent des agriculteurs en Afrique. A ce propos, il faudrait faire appel à l'assistance du PNUD, de l'ONUDI, de la Banque mondiale et de l'OMS.

5. La situation agricole en Afrique a fait l'objet d'un débat. Les foyers agricoles représentent entre 85 et 90 % de toute la population; ils se livrent surtout à une agriculture de subsistance pour produire leurs propres aliments mais il existe également de grandes exploitations pour la production de denrées vivrières ou cultures de rapport. La situation agricole est critique en raison de l'accroissement démographique rapide, auquel s'ajoutent un ralentissement de l'augmentation de la production alimentaire et des tendances défavorables pour les produits africains sur les marchés mondiaux. Rares sont les pays qui atteignent l'autosuffisance alimentaire. Mais, si l'on veut être réaliste, la production alimentaire et les cultures de rapport doivent se faire simultanément et être judicieusement équilibrées.

6. Les questions de santé ont été présentées de façon plus détaillée. Les cultivateurs sont confrontés à une grande variété de problèmes de santé y compris des risques particuliers tels qu'accidents, empoisonnements, zoonoses, morsures de serpents. D'autres besoins de santé plus généraux résultent de conditions de l'environnement médiocres tels qu'un approvisionnement en eau et un assainissement insuffisants, un habitat, un approvisionnement en électricité, des communications et transports qui laissent à désirer, tout comme l'infrastructure sanitaire, l'approvisionnement alimentaire et l'éducation, sans mentionner la pauvreté. Il faut signaler qu'en 1966, le taux de mortalité infantile parmi les travailleurs des plantations de cacaoyers de Santa Isabel, en Guinée équatoriale, était de 20 ‰. On peut attribuer ce faible taux principalement à l'abondance de lavabos, de toilettes, d'égouts, et d'électricité pour l'éclairage, l'information du public et les loisirs.

7. Le Président a fait mention de nouvelles approches destinées à promouvoir la santé des agriculteurs. On prend de plus en plus conscience au niveau national de l'importance prioritaire de l'agriculture, comme en témoigne le Plan d'Action de Lagos adopté par l'OUA. Mais celui-ci doit se traduire par un engagement ferme et une action vigoureuse destinés à promouvoir des programmes SSP précisément axés sur les besoins sanitaires des travailleurs agricoles. Pour ce type d'action, il faut adopter des techniques appropriées peu coûteuses et une législation adéquate, mener une action intersectorielle associant l'agriculture et d'autres secteurs, dispenser une formation intensive aux administrateurs et faire de la recherche appliquée pour repérer

les véritables problèmes de santé des collectivités agricoles et les résoudre. Des exemples de cet état de choses abondent en Afrique. Il serait bon que le Comité adopte une résolution par laquelle la fabrication locale de logements à bon marché, l'adduction d'eau sous conduite, les WC, les égouts, l'électricité dans tous les villages ou bien là où les travailleurs agricoles de l'Afrique travaillent et vivent, reçoivent une aide d'urgence de l'OMS, l'ONUDI, le PNUD, la Banque mondiale et d'autres organismes internationaux ou non.

8. Les participants qui ont vu l'exposition PEV qui se trouve en dehors de la salle de conférence se seront aperçus que le soleil qui ne manque pas en Afrique a été exploité à peu de frais pour produire de l'électricité pour l'éclairage, pour alimenter les réfrigérateurs qui préservent l'efficacité des vaccins et mettent les aliments à l'abri des bactéries, pour les loisirs, pour l'éducation et l'information du public ainsi que pour l'approvisionnement en eau potable des foyers. Ceci n'est qu'un exemple parmi tant d'autres de la façon dont il pourrait être possible pour tous les pays africains d'assainir les villages et de créer des emplois pour les jeunes villageois, les préservant ainsi de la délinquance et des prisons des centres urbains.

9. Enfin, le Président a invoqué le Seigneur lui demandant de montrer la voie surtout à ceux d'entre les participants qui se sont vu confier le portefeuille de la santé pour améliorer radicalement la santé des travailleurs agricoles et de leurs familles en générant la richesse par le biais d'industries appropriées et la création si nécessaire d'emplois.

TRAVAILLEURS AGRICOLES ET SOINS DE SANTE PRIMAIRES

Programmes des SSP à l'intention des travailleurs agricoles et des habitants des zones rurales en Afrique

10. Bien que dans la plupart des pays africains la population les ruraux constituent plus de 80 % de la population totale et que les travailleurs agricoles représentent une proportion importante de la population rurale, les participants ont estimé nécessaire d'établir une distinction entre les

diverses catégories de travailleurs agricoles. Il convient de mener des enquêtes spécifiques et détaillées sur tous les aspects de leurs problèmes pour obtenir des données sur lesquelles établir une planification valable des activités/programmes de santé et apparentés à la santé.

11. Trois principales catégories de travailleurs agricoles ont été recensées :

- i) Les travailleurs des grandes exploitations agricoles et fermes d'Etat où les moyens de production font généralement appel à des techniques modernes (mécanisation, emploi massif d'engrais et de pesticides, semences à haut rendement). Ces travailleurs ont un statut de salariés et à ce titre bénéficient des mêmes avantages que leurs homologues des grandes entreprises industrielles.
- ii) Les travailleurs des exploitations agricoles de taille moyenne qui appartiennent généralement à des privés ou à des coopératives agricoles de production et dont les moyens d'intervention sont limités. Leurs activités sont orientées vers la production de produits de consommation. Les méthodes agricoles associent les moyens traditionnels aux techniques semi-mécanisées (cultures attelées). Exceptionnellement, certaines exploitations dotées de moyens financiers importants ont recours aux machines agricoles modernes. Le statut légal de la main-d'oeuvre varie selon les cas. La couverture sanitaire et sociale peut exister ou faire défaut.
- iii) La troisième catégorie comporte les petits exploitants agricoles qui sont de loin les plus nombreux. Ils sont pour la plupart propriétaires de petites parcelles de terre sur lesquelles, avec le concours des membres de leur famille, ils pratiquent des cultures vivrières ou parfois sur l'incitation des pouvoirs publics, des cultures de rente. Ils bénéficient dans certains cas d'un encadrement technique avec fourniture de semences à haut rendement, d'engrais et de pesticides. Ailleurs, ce sont des cultures itinérantes sur brûlis qui sont pratiquées et qui imposent aux

paysans des déplacements de plus en plus lointains à la recherche de terres plus fertiles. Les aléas climatiques leur causent plus qu'à quiconque des préjudices énormes. Il en résulte pour eux ainsi que pour leur famille des situations dramatiques qui se posent souvent en terme de survi. En matière de couverture sanitaire, ils bénéficient des prestations offertes par des formations sanitaires de la région quand elles existent, ou bien ont tout simplement recours à la médecine traditionnelle.

12. Il convient d'établir la distinction entre les différentes catégories de travailleurs agricoles étant donné que les problèmes des petits cultivateurs sont très différents de ceux des travailleurs employés par les grandes exploitations agricoles. Ces derniers ont d'ordinaire des conditions de vie misérables, vivent loin de chez eux et séparés de leurs familles pendant une grande partie de l'année, et sont exposés à des risques particuliers tels que ceux associés à l'utilisation de machines agricoles et de produits chimiques. Il convient également de recenser les besoins des travailleurs agricoles, non seulement dans l'optique de la santé, mais également pour accroître leur productivité et par conséquent élever leur niveau de vie. Il est nécessaire, toutefois, d'identifier les pratiques suivies par les travailleurs agricoles en matière de santé et de renforcer ce qui existent déjà. Les groupes vulnérables doivent faire l'objet d'une attention particulière.

13. Les conditions de travail des travailleurs agricoles peuvent varier considérablement d'un pays à l'autre. Cependant on peut noter des points communs à l'ensemble des pays de la Région, notamment :

- a) une dispersion des travailleurs agricoles sur des zones reculées où l'infrastructure sanitaire fait souvent défaut;
- b) la diversité des tâches accomplies par ces travailleurs;
- c) l'influence prépondérante des variations saisonnières sur les rythmes de travail;

- d) une absence de démarcation entre les lieux de travail et les lieux d'habitation;
- e) une grande influence des aléas climatiques, du temps et des sols sur le travail;
- f) des situations critiques liées aux intempéries (sécheresse ou inondations), à l'action dévastatrice des acridiens, de certains animaux sauvages et des feux de brousse mal maîtrisés;
- g) une insuffisance ou un manque total de matériel de protection individuelle;
- h) les difficultés d'appliquer, lorsqu'elle existe, la législation concernant le travail des femmes et des enfants, bien que ces enfants commencent ce travail à un âge très précoce;
- i) une absence quasi totale de la législation en matière de couverture sociale;
- j) la difficulté de surveiller l'état de santé des travailleurs migrants ou saisonniers.

14. Les participants ont souligné l'importance de la santé des femmes. Les femmes courent des risques parce qu'elles s'adonnent à la plupart des travaux agricoles tout en s'occupant en même temps de leur foyer et de leurs enfants et elles se retrouvent souvent seules lorsque leurs maris émigrent à la recherche du travail. Elles s'occupent de la maison (cuisine, soins aux enfants, corvées d'eau et de bois), et accomplissent des travaux pénibles dans les champs même pendant la grossesse. Les femmes n'ont quelquefois pas le temps de profiter des services de santé disponibles pour y faire soigner leurs enfants, etc.

15. Tous les pays possèdent déjà des systèmes SSP qui sont censés assurer la couverture de la majorité de la population et, en Afrique, cette population est justement composée de petits agriculteurs. Il convient, par conséquent, de faire porter les efforts sur des aspects tels que la prévention des

accidents, les indemnités aux travailleurs pour lesquels une législation appropriée est nécessaire, la sécurité sociale, la formation des agriculteurs, pour qu'ils utilisent convenablement les engrais et les pesticides, le recours aux techniques appropriées pour éviter les besognes fastidieuses, la recherche sur les antidotes des substances toxiques et des recherches sociologiques sur les comportements des travailleurs agricoles (par exemple les tabous alimentaires).

16. Les participants ont tenu à souligner que des produits chimiques inadaptés destinés à l'agriculture étaient déversés dans les pays en développement, ce qui crée des risques supplémentaires. Outre les SSP, une législation appropriée est par conséquent nécessaire et il faudrait que les produits chimiques fassent l'objet des mêmes contrôles que les médicaments. A cette fin, l'assistance de l'OMS et de la FAO est nécessaire.

17. Comme les travailleurs agricoles constituent la grande majorité de la population rurale, le programme des SSP doit être intégré dans les services de santé communautaire, nationaux, régionaux ou locaux. Toutefois, il faut tenir compte des besoins particuliers des travailleurs agricoles en leur assurant, par exemple, la vaccination contre le tétanos, la prévention des intoxications par les insecticides, et des autres risques professionnels.

18. Différents points de vue ont été exprimés par les participants concernant le rôle de la médecine traditionnelle. On a reconnu qu'il fallait encourager l'utilisation des remèdes traditionnels car il se sont révélés maintes fois extrêmement efficaces. Il faut intensifier la recherche sur la médecine traditionnelle. Toutefois, cette dernière ne devrait pas être considérée tout simplement comme un moyen d'offrir des soins de santé bon marché, à faire des économies de devises. Si l'on ne veut pas que le recours à la médecine traditionnelle revienne à faire un pas en arrière, il faut l'analyser scientifiquement afin qu'elle puisse être appliquée de façon plus fiable.

19. Les participants ont souligné la nécessité d'une participation communautaire car la plupart des ministères de la santé ne disposent pas de fonds suffisants. Toutefois, cette participation devrait être considérée par l'Etat comme un complément. Les travailleurs agricoles devraient participer à la planification et à la mise en oeuvre de tous les services qui leur sont destinés.

20. Pour améliorer la couverture, les gouvernements devraient encourager l'utilisation des bureaux de vulgarisation agricole en leur donnant des cours qui les sensibiliseraient aux programmes liés à la santé. Les grandes plantations et les fermes coopératives devraient collaborer avec les pouvoirs publics pour assurer une couverture totale SSP à tous les travailleurs agricoles et ruraux vivant dans la région. Il a été souligné que la santé était un des éléments du bien-être de la collectivité et que l'amélioration du revenu agricole et des conditions de vie rurale, c'est-à-dire le développement rural d'une façon générale, contribuerait à relever le niveau de santé des collectivités rurales. Il a donc été recommandé que l'OMS coordonne son action avec celle de la FAO, de l'ONUDI, du PAM, de la Banque mondiale et d'autres institutions pour élaborer une approche multisectorielle de la santé rurale dans le cadre du développement rural d'ensemble.

Mise en oeuvre des programmes SSP à l'intention des travailleurs agricoles

21. On a reconnu que le Ministère de la Santé devait coordonner les activités intersectorielles mais les autres secteurs ne sont pas toujours disposés à accepter cette façon de faire. Les Ministères de la Santé pourraient jouer un rôle de catalyseur mais il serait préférable de confier certaines tâches aux Ministères du Travail et de l'Agriculture par exemple. Il faudrait créer un comité interministériel chargé des SSP. En outre, il faut sur le plan national une planification globale bien coordonnée à laquelle tous les Ministères concernés y participeraient. La coopération intersectorielle est également nécessaire pour obtenir les informations dont on a besoin pour formuler une politique commune afin d'améliorer la santé des travailleurs agricoles. Pour encourager les agriculteurs à rester sur leurs terres et à les motiver davantage, l'Etat devrait s'efforcer de mettre en place des moyens de transport adéquats et leur accorder des facilités pour la commercialisation de leurs produits. On pourrait leur fournir une aide en stabilisant les prix agricoles et en introduisant de meilleurs types de semences (par exemple pour la production de l'huile de palme), ce qui permettrait aux agriculteurs d'être plus à l'aise sur le plan économique. Il conviendrait de lutter contre la malnutrition dans les zones rurales.

22. Il convient d'adopter une approche intersectorielle pour leur assurer un habitat, un approvisionnement en eau, un assainissement adéquat, qui, non seulement élèveront le niveau de vie en général, mais amélioreront l'état de santé des populations rurales, y compris celui des agriculteurs. On a reconnu que l'approche de la planification des SSP à l'intention des travailleurs agricoles devait être multisectorielle et il faut préciser s'il s'agit d'assurer la couverture de toute la population rurale qui comporte ses paysans ou plus spécifiquement des travailleurs agricoles employés dans les grandes exploitations.

23. Toute assistance fournie devrait être planifiée en tenant compte des besoins saisonniers de façon qu'elle puisse arriver au bon moment. Il conviendrait de donner de meilleures informations sur les risques que fait courir l'utilisation des pesticides et des engrais. L'Etat devrait adopter une législation et fixer un salaire minimal pour les travailleurs agricoles et exiger des employeurs qu'ils fassent subir à leurs employés un examen médical. Des indemnités devraient être prévues par la loi s'il s'avérait que les conditions de travail ont entraîné une incapacité ou un décès. L'Etat devrait également mobiliser des ressources pour améliorer l'approvisionnement en eau et l'assainissement dans les zones rurales.

24. L'Etat pourrait également jouer un rôle en encourageant le développement de l'énergie solaire pour assurer le chauffage et l'éclairage dans les zones rurales. Il devrait encourager la reforestation afin d'accroître l'approvisionnement en bois de chauffage et de construction. Tout en améliorant les moyens de communication, il devrait donner aux zones rurales des éléments de confort pour freiner l'exode des travailleurs. Les industries artisanales (par exemple fabrication de savon, vannerie), devraient également être encouragées pour empêcher les jeunes gens de quitter les villages.

25. Etant donné le rôle important des femmes dans les travaux agricoles et du fait que les femmes se trouvent dans l'impossibilité de s'occuper de leurs enfants lorsqu'elles travaillent la terre, l'Etat devrait encourager les employeurs à mettre à leur disposition des crèches, des garderies d'enfants, et à s'occuper de la nutrition et de l'éducation des enfants, peut-être en

faisant appel à l'assistance d'organismes non gouvernementaux tels que les églises qui ont déjà une expérience dans ce domaine. Les mères qui travaillent aux champs devraient bénéficier d'une aide pour la préparation des repas de leur famille lorsqu'elles sont au travail.

26. Il faut que la législation nationale soit restructurée pour offrir une base solide à l'introduction de mesures destinées à améliorer la couverture sanitaire des travailleurs agricoles et de la population rurale en général. L'OMS et les organisations sous-régionales pourraient fournir une assistance en rédigeant des textes de lois types que les pays pourraient adapter à leur situation.

Rôle des agents de santé des collectivités dans les prestations des SSP destinés aux travailleurs agricoles

27. Comme la grande majorité de la population des pays africains vivent à la campagne et que la majorité des travailleurs des collectivités rurales s'adonnent à l'agriculture, en d'autres termes, que les collectivités rurales constituent une entité homogène, les soins destinés aux travailleurs agricoles doivent être fournis par les agents de santé des collectivités et intégrés dans le système des soins de santé primaires généraux qui sont mis en place par les pays. Il ne faut pas avoir deux systèmes séparés.

28. Il est essentiel de définir clairement le profil de la personne qui doit être sélectionnée comme agent de santé communautaire car cela doit avoir une incidence notable sur les résultats. L'agent de santé communautaire doit appartenir à la collectivité qu'il dessert; il doit être choisi et accepté par cette dernière, et doit être une personne qui jouit d'un certain prestige au sein de la collectivité; il doit avoir un certain âge, ce qui garantirait qu'il restera dans cette collectivité. (Les femmes doivent également être prises en considération comme candidates et il y a fort à parier qu'elles seront plus dévouées à la collectivité et qu'elles feront preuve d'une plus grande stabilité qu'elles ont participé aux activités productives tout en dispensant des soins de santé primaires (par exemple, en partageant les préoccupations de la collectivité). On a reconnu que l'agent de santé communautaire devait avoir un certain niveau d'instruction, mais les points de vue différaient en ce qui concerne le niveau d'alphabétisation nécessaire et dans quelle langue la formation doit être dispensée.

29. On a reconnu que, pour encourager les individus à devenir agents de santé communautaires et à le rester, il fallait définir clairement à l'avance le statut de l'agent de santé communautaire dans la collectivité (c'est-à-dire préciser si ses services étaient bénévoles ou rémunérés), statut qui doit être accepté par la collectivité. Des divergences d'opinions sont apparues quant au fait de savoir si ces services devaient être bénévoles ou rémunérés et, dans ce dernier cas, si les fonds nécessaires devaient être fournis par la collectivité, par l'Etat ou par les deux à la fois.

Formation et recherche opérationnelle

30. Les agents de santé communautaires devraient recevoir une formation de base concernant les huit composantes des soins de santé primaires ainsi que les risques sanitaires spécifiques de l'agriculture et de l'environnement. Il faudrait déterminer à l'avance ces aspects particuliers de la formation en organisant des visites sur le terrain et en consultant les collectivités sur place. Les tâches confiées aux agents de santé communautaires doivent être adaptées à leurs capacités et il faudrait leur fournir un appui et un encadrement adéquats. Le personnel à un niveau plus élevé du système de soins ainsi que les enseignants doivent être eux-mêmes convaincus de la valeur des soins de santé primaires s'ils veulent que cette conviction soit partagée par les agents de santé communautaires. Les programmes de formation devraient inclure des séminaires.

31. Il faudrait créer au niveau central une école nationale pour les agents de santé communautaires qui produirait des matériels et auxiliaires pédagogiques. La formation en ce qui concerne les questions spécifiques de santé en milieu agricole doit être essentiellement axée sur la salubrité de l'environnement et la prévention. Il faudrait revoir la formation dans le contexte de la planification d'ensemble en vue de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

32. D'autre part, il faut s'efforcer de faire comprendre aux collectivités qui rémunèrent elles-mêmes leurs agents de santé communautaires les relations qui existent entre le niveau de santé et le niveau de développement économique, en particulier, la productivité agricole.

33. Il faut convaincre les autorités centrales de la valeur des soins de santé primaires destinés aux travailleurs des campagnes afin d'aider les collectivités à prendre conscience de leur utilité. Ces collectivités doivent en outre bien saisir les principes qui sous-tendent le système, et il faut faire de la recherche afin de bien communiquer avec la population cible et de bien la connaître. Pour ce faire, on pourrait utilement mobiliser les médias, et il faudrait mener des programmes d'alphabétisation des adultes. Un engagement plus net est nécessaire de la part du gouvernement si l'on veut renforcer la crédibilité du système et donc accroître la réceptivité et la participation de la collectivité, notamment en fournissant un appui financier adéquat. Si l'on pouvait faire comprendre aux travailleurs agricoles que la solution de leurs problèmes de santé contribuera à améliorer leur revenu et à relever leur niveau de vie, cela les encouragerait à donner leur appui aux soins de santé primaires et à l'agent de santé communautaire.

34. Les participants ont insisté sur la nécessité d'encourager l'échange de données d'expérience sur la santé des travailleurs agricoles, en particulier à travers des mécanismes appropriés de CTPD. Les gouvernements ainsi que les organisations internationales et non gouvernementales devraient appuyer la mise en oeuvre de toutes les mesures capables de promouvoir la santé des travailleurs agricoles dans le contexte des soins de santé primaires.

CONCLUSIONS

35. Les conclusions suivantes ont été tirées :

- i) On s'est rendu compte que la santé pour tous d'ici l'an 2000 pourrait être instaurée en assurant la couverture totale par les SSP des travailleurs agricoles qui représentent 80 à 90 % de la population totale dans les pays africains et en orientant judicieusement les programmes d'industrialisation vers la fabrication de biens susceptibles d'améliorer la santé des populations.
- ii) L'adduction d'eau sous conduite dans des habitations bon marché bien conçues. L'installation de toilettes. De fosses septiques ou d'égouts. L'électricité fournie, par exemple grâce à l'énergie

solaire pour assurer l'éclairage, l'information des masses, l'éducation et les loisirs, auront un effet notable pour réduire la mortalité infantile, élever le niveau de vie et fournir les possibilités d'emploi dont on a tant besoin pour ralentir l'exode rural.

- iii) Les programmes des SSP dans les pays africains devraient faire porter leur attention sur les femmes qui non seulement élèvent les enfants, mais encore produisent les denrées alimentaires et ce, lorsque la plupart des maris émigrent vers les villes.
- iv) Les programmes des SSP doivent être les mêmes pour les travailleurs agricoles que pour les autres habitants des zones rurales, mais les problèmes de santé spécifiques des travailleurs agricoles, comme par exemple les intoxications imputables aux produits chimiques utilisés dans l'agriculture doivent recevoir une attention particulière.
- v) Les Ministères de la Santé doivent coordonner les activités intersectorielles, particulièrement avec les Ministères de l'Agriculture, du Travail, de l'Education et de l'Industrie et veiller à ce que les activités économiques telles que la stabilisation des prix des produits agricoles, la commercialisation et le transport reçoivent toute l'attention voulue.
- vi) L'approche intersectorielle pour assurer un habitat adéquat et sûr, l'approvisionnement en eau sous conduite dans les maisons et l'assainissement, doivent recevoir une attention prioritaire.

Législation

- vii) Les gouvernements doivent adopter une législation pour assurer ce qui suit :
 - a) salaire minimum pour les travailleurs agricoles;
 - b) dépistage avant l'embauche et l'attribution du poste et faire des examens médicaux périodiques, qui devront être assurés par l'employeur;

- c) indemnisations des travailleurs ou de leurs familles en cas d'accidents, d'invalidité et de décès des travailleurs agricoles;
 - d) sécurité sociale;
 - e) services sociaux;
- viii) Le gouvernement doit mobiliser toutes les ressources publiques et privées pour améliorer l'approvisionnement en eau et l'assainissement dans toutes les zones rurales.
- ix) Le gouvernement doit accorder la priorité au captage de l'énergie solaire au prix le plus bas.
- x) Le gouvernement doit encourager la reforestation pour que l'on dispose de bois pour la construction, les meubles et aussi comme combustible.
- xi) Il faut accorder une attention prioritaire à la création de petites industries artisanales.
- xii) Des efforts doivent être déployés en priorité pour réduire l'exode rural en implantant dans les zones rurales les pôles d'attraction que l'on trouve dans les zones urbaines.
- xiii) Crèches, garderies; nutrition équilibrée et éducation des enfants doivent être assurées principalement par les organismes bénévoles, le gouvernement et les industries jouant un rôle de catalyseur.
- xiv) Le Bureau régional de l'OMS doit renforcer son programme de santé des travailleurs en accordant une attention particulière aux travailleurs agricoles. L'OMS et la FAO doivent établir une liste des produits chimiques et des pesticides utilisés dans l'agriculture et publier des prospectus pour informer les travailleurs agricoles des mesures qu'ils doivent prendre contre les effets toxiques des produits chimiques.

RECOMMANDATIONS

36. Il faut que le Directeur régional convoque immédiatement une table ronde spéciale ou un comité d'experts dont les membres seront choisis parmi des spécialistes internationaux, notamment Africains, pour rédiger un projet de guide analogue à "l'agent de santé communautaire" pour aider et guider les pays africains. La réunion doit prévoir trois textes spéciaux différents :

- a) à l'intention des pays africains de moins de 250 000 habitants;
- b) à l'intention des pays africains de moins de 1 million et demi d'habitants;
- c) à l'intention des pays africains ayant de 50 à 100 millions d'habitants ou plus.

37. Le Bureau régional de l'OMS doit mettre en oeuvre des projets pilotes qui serviront de modèles des SSP pour les travailleurs agricoles. Cette mesure pourrait être prise au niveau du district dans le cadre des activités des SSP en cours.

38. Il faut adapter les programmes de formation à l'intention des agents de santé communautaires pour promouvoir la santé des travailleurs agricoles et des habitants des zones rurales. L'agent de santé des collectivités doit être bien rémunéré et recevoir une formation pratique dans des zones de démonstration spéciales.

39. La recherche doit être essentiellement pratique et intensive. Des subventions à la recherche devront par conséquent être généreusement octroyées par les gouvernements, les organismes internationaux ainsi que par les industries agro-alimentaires, l'union nationale des agriculteurs, etc.

40. Des échanges de données d'expériences entre les différents pays d'Afrique sur les SSP à l'intention des travailleurs agricoles devront bénéficier d'une promotion active par le biais des programmes de CTPD en cours.

41. Les gouvernements, les organisations internationales, les organismes non gouvernementaux, les industriels ainsi que les agriculteurs et les travailleurs agricoles doivent accorder une attention particulière à l'élévation du niveau de vie; ils doivent donner des possibilités nouvelles d'emploi grâce entre autres à la fabrication prioritaire d'habitations bon marché et du matériel nécessaire à l'adduction d'eau dans les maisons, à l'amélioration de l'assainissement, de l'éclairage, de l'information de masse; encourager les loisirs ainsi qu'un régime alimentaire équilibré pour tous les habitants des zones rurales.

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

1. Ouverture de la trente-septième session
2. Adoption de l'ordre du jour provisoire
3. Constitution du Sous-Comité des Désignations
4. Election du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs
5. Désignation du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
6. Activités de l'OMS dans la Région africaine
 - 6.1 Rapport biennal du Directeur régional
 - 6.2 Rapport sur l'utilisation optimale des ressources de l'OMS (Politique en matière de budget programme)
 - 6.3 Premier rapport annuel (analyse de situation) sur les progrès réalisés vers la santé pour tous dans les Etats Membres de la Région africaine
 - 6.4 Examen du programme de lutte contre le SIDA (GPC.18 para. 2.5)
 - 6.5 Prix Comlan A. A. Quenum
7. Corrélation 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
 - 7.2 Incidences régionales des ordres du jour de la quatre-vingt et unième session du Conseil exécutif et de la Quarante et Unième Assemblée mondiale de la Santé
 - 7.3 Méthodes de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé
 - 7.4 Discussions techniques à la Quarante et Unième Assemblée mondiale de la Santé

-
8. Examen du rapport du Sous-Comité du Programme
 - 8.1 Deuxième rapport d'évaluation de la SPT/2000
 - 8.2 Huitième Programme général de Travail pour une période déterminée 1990-1995
 - 8.3 Rapport des Réunions sous-régionales pour le Programme
 - 8.4 Rapport du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS)
 9. Discussions techniques
 - 9.1 Présentation du rapport des discussions techniques : "Appui opérationnel aux soins de santé primaires (niveau local)"
 - 9.2 Désignation du Président et du Président suppléant des discussions techniques pour 1988
 10. Dates et lieux des trente-huitième et trente-neuvième sessions du Comité régional pour 1988 et 1989
 11. Adoption du rapport du Comité régional
 12. Clôture de la trente-septième session.