

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

Bamako  
9-16 septembre 1987

RAPPORT DU COMITE REGIONAL

Brazzaville  
Novembre 1987

## SOMMAIRE

### PARTIE I

	<u>Page</u>
DECISIONS DE PROCEDURE .....	1
1. Composition du Sous-Comité des Désignations .....	1
2. Election du Président, des Vice-Présidents et Rapporteurs.....	1
3. Composition du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs .....	2
4. Pouvoirs .....	2
5. Choix de sujet des discussions techniques de 1988 .....	2
6. Désignation du Président des discussions techniques pour 1988 ....	3
7. Dates et lieux des trente-huitième et trente-neuvième sessions du Comité régional .....	3
8. Incidences régionales des ordres du jour de la quatre-vingt-unième session du Conseil exécutif et de la Quarante et Unième Assemblée mondiale de la Santé .....	3
9. Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé ..	4
RESOLUTIONS .....	6
AFR/RC37/R1 Création du Prix du Dr Comlan A. A. Quenum de Santé publique en Afrique .....	6
AFR/RC37/R2 Premier rapport annuel du Directeur régional sur les progrès réalisés dans l'accélération de l'instauration de la santé pour tous au niveau du district dans les Etats Membres de la Région africaine .....	7
AFR/RC37/R3 Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif .....	8
AFR/RC37/R4 Appui opérationnel aux SSP au niveau local .....	9
AFR/RC37/R5 Programme de lutte contre le SIDA .....	10
AFR/RC37/R6 Santé des femmes et des enfants à travers le financement et la gestion des médicaments essentiels au niveau des communautés : Initiative de Bamako .....	12

	<u>Paragraphes</u>
EXAMEN DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE SIDA .....	97 - 125
PRIX DR COMLAN A. A. QUENUM DE SANTE PUBLIQUE EN AFRIQUE .....	126 - 129
PROGRAMME SPECIAL DE RECHERCHE, DE DEVELOPPEMENT ET DE FORMATION A LA RECHERCHE EN REPRODUCTION HUMAINE (HRP) DANS LES ETATS MEMBRES DE LA REGION AFRICAINE DE L'OMS .....	130 - 135
PROPOSITION POUR PROMOUVOIR L'IMAGE PUBLIQUE DE L'OMS PAR LE BIAIS DE SES ACTIVITES DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE .....	136 - 152
CORRELATION ENTRE LES TRAVAUX DU COMITE REGIONAL, DU CONSEIL EXECUTIF ET DE L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE : MODALITES DE MISE EN OEUVRE DES RESOLUTIONS D'INTERET REGIONAL ADOPTEES PAR L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE ET LE CONSEIL EXECUTIF ....	153 - 160
ORDRE DU JOUR DE LA QUATRE-VINGT-UNIEME SESSION DU CONSEIL EXECUTIF ET DE LA QUARANTE ET UNIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE : REPERCUSSIONS REGIONALES .....	161 - 162
METHODE DE TRAVAIL ET DUREE DE L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE .....	163 - 166
DISCUSSIONS TECHNIQUES DE LA QUARANTE ET UNIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE EN 1988 .....	167 - 174
RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME .....	175 - 181
COMPOSITION DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME .....	182
DATES ET LIEUX DE LA TRENTE-HUITIEME ET TRENTE-NEUVIEME SESSIONS DU COMITE REGIONAL EN 1988 ET 1989 .....	183 - 184
RAPPORT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES : "APPUI OPERATIONNEL AUX SOINS DE SANTE PRIMAIRES (NIVEAU LOCAL)" .....	185 - 186
CHOIX DU SUJET DES DISCUSSIONS TECHNIQUES EN 1988 .....	187
DESIGNATION DU PRESIDENT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES POUR 1988 ..	188
RESUME DES CONCLUSIONS .....	189 - 197

**PARTIE I**

## DECISIONS DE PROCEDURE

1. Composition du Sous-Comité des Désignations

Le Comité régional a désigné un Sous-Comité des Désignations composé des représentants des 12 Etats Membres suivants : Angola, Burkina Faso, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Madagascar, Mauritanie, Maurice et Mozambique. Le Dr Louis Andadé Menest (Gabon) a été élu Président.

Deuxième séance, 9 septembre 1987

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

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

Président : Mme Sidibé Aïssata Cissé, Ministre de la Santé du Mali

Vice-Présidents : 1. Professeur A. D. Mady, Ministre de la Santé de Côte d'Ivoire  
2. M. J. L. T. Mothibamele, Ministre de la Santé de Botswana

Rapporteurs pour le RC37

1. Dr L. Adandé Menest (Gabon)
2. Dr G. W. Lungu (Malawi)
3. Dr Raul Feio (Angola)

Rapporteurs pour les discussions techniques

1. Dr R. Owona Essomba (Cameroun)
2. Dr J. Maneno (Kenya)
3. M. Bonifácio Cardoso David Cossa (Mozambique)

Deuxième séance, 9 septembre 1987

6. Désignation du Président des discussions techniques pour 1988

Le Comité régional désigne le Dr Fernando Everard de Rosário Vaz comme Président des discussions techniques de la trente-huitième session.

Huitième séance, 14 septembre 1987

7. Dates et lieux des trente-huitième et trente-neuvième sessions du Comité régional

Le Comité régional décide de tenir sa trente-huitième session à Brazzaville (Congo) en septembre 1988 et sa trente-neuvième session à Niamey (Niger) en septembre 1989. Lors de sa trente-cinquième session, le Comité régional avait pris note de l'aimable invitation de la République du Burundi. La date sera fixée en conformité avec la résolution AFR/RC35/R10.

Huitième séance, 14 septembre 1987

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

Le Comité régional approuve l'ordre du jour provisoire de la trente-huitième session du Comité régional proposé par le Directeur régional dans l'Annexe 3 du document AFR/RC37/12.

Il a invité le président de la trente-septième session et le Directeur régional à aménager et à modifier l'ordre du jour provisoire susmentionné en fonction de l'évolution du programme régional.

Huitième séance, 14 septembre 1987

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

- 4) L'Etat Membre de la Région africaine dont le mandat expire à la fin de la Quarante et Unième Assemblée mondiale de la Santé est le Lesotho.
- 5) La procédure qui consiste à suivre l'ordre alphabétique anglais sera suivie.
- 6) Le nouveau membre du Conseil exécutif sera désigné par le Mozambique.
- 7) Les membres ayant le droit de désigner des personnes devant siéger au Conseil exécutif doivent déclarer leur disponibilité au moins un mois avant l'Assemblée mondiale de la Santé.

Clôture de la Quarante et Unième Assemblée mondiale de la Santé

- 8) Le représentant de la Zambie s'exprimera, au nom de la Région, à la clôture de la Quarante et Unième Assemblée mondiale de la Santé.

Réunion informelle du Comité régional

- 9) Elle sera convoquée par le Directeur régional le lundi 2 mai 1988, à 10h00, au Palais des Nations, à Genève, pour confirmer ou réviser les décisions prises par le trente-septième session du Comité régional.

AFR/RC37/R2 Premier Rapport annuel du Directeur régional sur les progrès réalisés dans l'accélération de l'instauration de la santé pour tous au niveau du district dans les Etats Membres de la Région africaine

Le Comité régional,

Considérant le premier rapport annuel du Directeur régional sur les progrès réalisés dans l'accélération de l'instauration de la SPT/2000 au niveau du district;

Ayant pris connaissance de l'état actuel de la mise en oeuvre des SSP au niveau du district dans les Etats Membres de la Région,

1. FELICITE le Directeur régional pour son rapport;
2. REMERCIE le Directeur régional pour l'appui que le Bureau régional a apporté aux pays dans leurs politiques de renforcement des SSP au niveau du district;
3. INVITE les Etats Membres à renforcer les processus gestionnaires au niveau du district en faisant notamment appel aux Equipes interpays de Développement sanitaire basées dans les différentes Sous-Régions;
4. PRIE le Directeur régional :
  - i) de continuer à apporter son appui aux activités sanitaires dans les districts;
  - ii) de renforcer la capacité opérationnelle des Equipes interpays de Développement sanitaire;
  - iii) de continuer à faire rapport au Comité régional sur les progrès réalisés.

Huitième séance, 14 septembre 1987

---

AFR/RC37/R4 Appui opérationnel aux SSP au niveau local

Le Comité régional,

Ayant pris acte du document de base des discussions techniques  
AFR/RC37/TD/1;

Convaincu de l'importance du niveau du district dans l'accélération de  
l'instauration de la santé pour tous en l'an 2000,

1. INVITE les Etats Membres à :

- i) renforcer la mise en oeuvre des SSP au niveau du district;
- ii) accorder davantage d'importance à la coopération multisectorielle au niveau du district notamment par la composition et le fonctionnement régulier des "comités de développement de district";
- iii) confier autant que faire se peut les responsabilités gestionnaires aux comités de développement et aux équipes de santé de district de façon que progressivement les SSP soient autofinancés;
- iv) renforcer les capacités gestionnaires des comités de développement des équipes de santé de district en faisant appel notamment aux Equipes interpays de Développement sanitaires basées dans les différentes Sous-Régions;
- v) mettre en place et/ou améliorer les systèmes de collecte de données au niveau du district, en faisant appel notamment aux Bureaux de l'OMS dans les pays;
- vi) mettre en place et/ou renforcer un mécanisme de coordination pour l'utilisation optimale des ressources nationales et extérieures au niveau du district;

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

Bamako  
9-16 septembre 1987

RAPPORT DU COMITE REGIONAL

Brazzaville  
Novembre 1987



## SOMMAIRE

### PARTIE I

	<u>Page</u>
DECISIONS DE PROCEDURE .....	1
1. Composition du Sous-Comité des Désignations .....	1
2. Election du Président, des Vice-Présidents et Rapporteurs.....	1
3. Composition du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs .....	2
4. Pouvoirs .....	2
5. Choix de sujet des discussions techniques de 1988 .....	2
6. Désignation du Président des discussions techniques pour 1988 ....	3
7. Dates et lieux des trente-huitième et trente-neuvième sessions du Comité régional .....	3
8. Incidences régionales des ordres du jour de la quatre-vingt-unième session du Conseil exécutif et de la Quarante et Unième Assemblée mondiale de la Santé .....	3
9. Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé ..	4
RESOLUTIONS .....	6
AFR/RC37/R1 Création du Prix du Dr Comlan A. A. Quenum de Santé publique en Afrique .....	6
AFR/RC37/R2 Premier rapport annuel du Directeur régional sur les progrès réalisés dans l'accélération de l'instauration de la santé pour tous au niveau du district dans les Etats Membres de la Région africaine .....	7
AFR/RC37/R3 Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif .....	8
AFR/RC37/R4 Appui opérationnel aux SSP au niveau local .....	9
AFR/RC37/R5 Programme de lutte contre le SIDA .....	10
AFR/RC37/R6 Santé des femmes et des enfants à travers le financement et la gestion des médicaments essentiels au niveau des communautés : Initiative de Bamako .....	12

	<u>Page</u>
AFR/RC37/R7	15
AFR/RC37/R8	16
AFR/RC37/R9	18
AFR/RC37/R10	19
AFR/RC37/R11	20
AFR/RC37/R12	22
AFR/RC37/R13	24
AFR/RC37/R14	25
AFR/RC37/R15	27

## PARTIE II

	<u>Paragraphes</u>
OUVERTURE DE LA REUNION .....	1 - 31
ORGANISATION DES TRAVAUX DU COMITE .....	32 - 34
DEROULEMENT DES TRAVAUX - ACTIVITES DE L'OMS EN 1985-1986 : RAPPORT BIENNAL DU DIRECTEUR REGIONAL .....	35 - 61
UTILISATION OPTIMALE DES RESSOURCES DE L'OMS : POLITIQUE REGIONALE EN MATIERE DE BUDGET PROGRAMME ET	
EXAMEN DE L'INTRODUCTION DU DIRECTEUR GENERAL AU PROJET DE BUDGET PROGRAMME 1988-1989 ET LES COMMENTAIRES DU CONSEIL EXECUTIF A CE SUJET .....	62 - 83
ACCELERER L'INSTAURATION DE LA SANTE POUR TOUS DANS LES ETATS MEMBRES DE LA REGION AFRICAINE : ANALYSE DE LA SITUATION SANITAIRE DANS LES DISTRICTS .....	84 - 96

	<u>Paragraphes</u>
EXAMEN DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE SIDA .....	97 - 125
PRIX DR COMLAN A. A. QUENUM DE SANTE PUBLIQUE EN AFRIQUE .....	126 - 129
PROGRAMME SPECIAL DE RECHERCHE, DE DEVELOPPEMENT ET DE FORMATION A LA RECHERCHE EN REPRODUCTION HUMAINE (HRP) DANS LES ETATS MEMBRES DE LA REGION AFRICAINE DE L'OMS .....	130 - 135
PROPOSITION POUR PROMOUVOIR L'IMAGE PUBLIQUE DE L'OMS PAR LE BIAIS DE SES ACTIVITES DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE .....	136 - 152
CORRELATION ENTRE LES TRAVAUX DU COMITE REGIONAL, DU CONSEIL EXECUTIF ET DE L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE : MODALITES DE MISE EN OEUVRE DES RESOLUTIONS D'INTERET REGIONAL ADOPTEES PAR L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE ET LE CONSEIL EXECUTIF ....	153 - 160
ORDRE DU JOUR DE LA QUATRE-VINGT-UNIEME SESSION DU CONSEIL EXECUTIF ET DE LA QUARANTE ET UNIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE : REPERCUSSIONS REGIONALES .....	161 - 162
METHODE DE TRAVAIL ET DUREE DE L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE .....	163 - 166
DISCUSSIONS TECHNIQUES DE LA QUARANTE ET UNIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE EN 1988 .....	167 - 174
RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME .....	175 - 181
COMPOSITION DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME .....	182
DATES ET LIEUX DE LA TRENTE-HUITIEME ET TRENTE-NEUVIEME SESSIONS DU COMITE REGIONAL EN 1988 ET 1989 .....	183 - 184
RAPPORT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES : "APPUI OPERATIONNEL AUX SOINS DE SANTE PRIMAIRES (NIVEAU LOCAL)" .....	185 - 186
CHOIX DU SUJET DES DISCUSSIONS TECHNIQUES EN 1988 .....	187
DESIGNATION DU PRESIDENT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES POUR 1988 ..	188
RESUME DES CONCLUSIONS .....	189 - 197

## ANNEXES

	<u>Page</u>
1. Allocution du Dr H. Mahler, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé .....	81
2. Allocution de M. James, P. Grant, Directeur exécutif du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance .....	91
3. Allocution d'ouverture du Dr G. L. Monekosso, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique .....	105
4. Allocution de Son Excellence, le Général Moussa Traoré, Chef de l'Etat, Président de la République du Mali .....	118
5. Ordre du jour .....	124
6. Liste des participants .....	126
7. Liste des documents .....	141
8. Rapport du Sous-Comité du Programme .....	144
9. Rapport de la réunion du Sous-Comité du Programme tenue le 15 septembre 1987 .....	173
10. Rapport des discussions techniques .....	179
11. Ordre du jour provisoire de la trente-huitième session du Comité régional .....	191

**PARTIE I**



## DECISIONS DE PROCEDURE

1. Composition du Sous-Comité des Désignations

Le Comité régional a désigné un Sous-Comité des Désignations composé des représentants des 12 Etats Membres suivants : Angola, Burkina Faso, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Madagascar, Mauritanie, Maurice et Mozambique. Le Dr Louis Adandé Menest (Gabon) a été élu Président.

Deuxième séance, 9 septembre 1987

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

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

Président : Mme Sidibé Aïssata Cissé, Ministre de la Santé du Mali

Vice-Présidents : 1. Professeur A. D. Mady, Ministre de la Santé de Côte d'Ivoire  
2. M. J. L. T. Mothibamele, Ministre de la Santé de Botswana

Rapporteurs pour le RC37

1. Dr L. Adandé Menest (Gabon)
2. Dr G. W. Lungu (Malawi)
3. Dr Raul Feio (Angola)

Rapporteurs pour les discussions techniques

1. Dr R. Owona Essomba (Cameroun)
2. Dr J. Maneno (Kenya)
3. M. Bonifácio Cardoso David Cossa (Mozambique)

Deuxième séance, 9 septembre 1987

### 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 : Cameroun, Niger, Nigéria, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Souaziland, Togo, Ouganda et Zimbabwe. Il a élu le Dr C. Bizimungu du Rwanda comme Président.

Troisième séance, 10 septembre 1987

### 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, Cameroun, Cap-Vert, République centrafricaine, Tchad, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Guinée équatoriale, Ethiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Seychelles, Souaziland, Tanzanie, Togo, Ouganda, Zaïre, Zambie, Zimbabwe. Le Sous-Comité s'est trouvé dans l'impossibilité d'examiner les pouvoirs du Burundi et Sierra Leone.

Quatrième séance, 12 septembre 1987

### 5. Choix de sujet des discussions techniques de 1988

Le Comité régional décide que les discussions techniques qui auront lieu à sa trente-huitième session porteront sur le thème : "Appui technique aux soins de santé primaires (niveau intermédiaire)".

Huitième séance, 14 septembre 1987

6. Désignation du Président des discussions techniques pour 1988

Le Comité régional désigne le Dr Fernando Everard de Rosário Vaz comme Président des discussions techniques de la trente-huitième session.

Huitième séance, 14 septembre 1987

7. Dates et lieux des trente-huitième et trente-neuvième sessions du Comité régional

Le Comité régional décide de tenir sa trente-huitième session à Brazzaville (Congo) en septembre 1988 et sa trente-neuvième session à Niamey (Niger) en septembre 1989. Lors de sa trente-cinquième session, le Comité régional avait pris note de l'aimable invitation de la République du Burundi. La date sera fixée en conformité avec la résolution AFR/RC35/R10.

Huitième séance, 14 septembre 1987

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

Le Comité régional approuve l'ordre du jour provisoire de la trente-huitième session du Comité régional proposé par le Directeur régional dans l'Annexe 3 du document AFR/RC37/12.

Il a invité le président de la trente-septième session et le Directeur régional à aménager et à modifier l'ordre du jour provisoire susmentionné en fonction de l'évolution du programme régional.

Huitième séance, 14 septembre 1987

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

Président de l'Assemblée mondiale de la Santé

1) Le candidat à la Présidence de l'Assemblée mondiale de la Santé en 1988 sera le Dr Dibandala Ngandu-Kabeya, Ministre de la Santé et des Affaires sociales du Zaïre. Si pour une raison ou une autre le Dr Ngandu-Kabeya ne pouvait assister à l'Assemblée, le Dr J. P. Okias, Ministre de la Santé du Gabon, sera le candidat suppléant à la Présidence de l'Assemblée mondiale de la Santé. De même si le Dr Ngandu-Kabeya et le Dr Okias ne pouvaient tous deux assister à l'Assemblée, le Brigadier Général Gizaw Tsehai, Ministre de la Santé de l'Ethiopie, sera le candidat à la Présidence de l'Assemblée mondiale de la Santé.

Vice-Président

2) Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a désigné le candidat à la présidence de la Quarante et Unième Assemblée mondiale de la Santé en 1988. Il en résulte que AFRO n'aura pas le privilège de désigner le candidat à la Vice-Présidence de la Quarante et Unième session de l'Assemblée mondiale de la Santé. En conséquence, l'actuel Président de la trente-septième session du Comité régional ne sera pas candidat à la Vice-Présidence de l'Assemblée mondiale de la Santé en 1988.

Commissions principales de l'Assemblée mondiale de la Santé

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

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

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

- 4) L'Etat Membre de la Région africaine dont le mandat expire à la fin de la Quarante et Unième Assemblée mondiale de la Santé est le Lesotho.
- 5) La procédure qui consiste à suivre l'ordre alphabétique anglais sera suivie.
- 6) Le nouveau membre du Conseil exécutif sera désigné par le Mozambique.
- 7) Les membres ayant le droit de désigner des personnes devant siéger au Conseil exécutif doivent déclarer leur disponibilité au moins un mois avant l'Assemblée mondiale de la Santé.

Clôture de la Quarante et Unième Assemblée mondiale de la Santé

- 8) Le représentant de la Zambie s'exprimera, au nom de la Région, à la clôture de la Quarante et Unième Assemblée mondiale de la Santé.

Réunion informelle du Comité régional

- 9) Elle sera convoquée par le Directeur régional le lundi 2 mai 1988, à 10h00, au Palais des Nations, à Genève, pour confirmer ou réviser les décisions prises par le trente-septième session du Comité régional.

## RESOLUTIONS

AFR/RC37/R1 Création du Prix du Dr Comlan A. A. Quenum  
de Santé publique en Afrique

Le Comité régional,

Considérant les discussions ayant eu lieu au cours de la soixante-dix-neuvième session du Conseil exécutif concernant la proposition de perpétuer la mémoire du regretté Dr Comlan A. A. Quenum par la création d'un prix portant son nom;

Ayant été informé de la décision du Conseil exécutif de confier au Comité régional la création du Prix y compris la rédaction des statuts appropriés et la définition des dispositions relatives à la sélection du lauréat;

Ayant présent à l'esprit les paragraphes 6.6 et 6.7 du Règlement financier de l'Organisation mondiale de la Santé,

1. DECIDE de créer le "Prix Dr Comlan A. A. Quenum de Santé publique en Afrique";
2. APPROUVE les statuts du "Prix Comlan A. A. Quenum de Santé publique en Afrique";
3. PRIE le Directeur régional de prendre les dispositions appropriées pour la mise en oeuvre de cette résolution.

Huitième séance, 14 septembre 1987

AFR/RC37/R2 Premier Rapport annuel du Directeur régional sur les progrès réalisés dans l'accélération de l'instauration de la santé pour tous au niveau du district dans les Etats Membres de la Région africaine

Le Comité régional,

Considérant le premier rapport annuel du Directeur régional sur les progrès réalisés dans l'accélération de l'instauration de la SPT/2000 au niveau du district;

Ayant pris connaissance de l'état actuel de la mise en oeuvre des SSP au niveau du district dans les Etats Membres de la Région,

1. FELICITE le Directeur régional pour son rapport;
2. REMERCIE le Directeur régional pour l'appui que le Bureau régional a apporté aux pays dans leurs politiques de renforcement des SSP au niveau du district;
3. INVITE les Etats Membres à renforcer les processus gestionnaires au niveau du district en faisant notamment appel aux Equipes interpays de Développement sanitaire basées dans les différentes Sous-Régions;
4. PRIE le Directeur régional :
  - i) de continuer à apporter son appui aux activités sanitaires dans les districts;
  - ii) de renforcer la capacité opérationnelle des Equipes interpays de Développement sanitaire;
  - iii) de continuer à faire rapport au Comité régional sur les progrès réalisés.

Huitième séance, 14 septembre 1987

AFR/RC37/R3 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/RC33/R2, AFR/RC34/R3, AFR/RC35/R8 et AFR/RC36/R7;

Ayant examiné la proposition du Directeur régional relative aux modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par la Quarantième Assemblée mondiale de la Santé,

1. ADOPTE les mesures proposées par le Directeur régional;
2. FELICITE le Directeur régional des mesures déjà prises;
3. INVITE les Etats Membres et le Directeur régional à poursuivre la mise en oeuvre de ces résolutions;
4. DEMANDE aux Etats Membres de :
  - i) célébrer le Quarantième anniversaire de l'OMS et de saisir cette occasion pour promouvoir SPT/2000 dans le cadre d'un développement intégré;
  - ii) renforcer les mécanismes de coordination conjoints gouvernement/OMS et améliorer l'exécution à l'interface;
5. PRIE le Directeur régional de continuer à aider les Etats Membres à mettre en oeuvre lesdites résolutions.

Huitième séance, 14 septembre 1987

---

AFR/RC37/R4 Appui opérationnel aux SSP au niveau local

Le Comité régional,

Ayant pris acte du document de base des discussions techniques  
AFR/RC37/TD/1;

Convaincu de l'importance du niveau du district dans l'accélération de  
l'instauration de la santé pour tous en l'an 2000,

1. INVITE les Etats Membres à :

- i) renforcer la mise en oeuvre des SSP au niveau du district;
- ii) accorder davantage d'importance à la coopération multisectorielle au niveau du district notamment par la composition et le fonctionnement régulier des "comités de développement de district";
- iii) confier autant que faire se peut les responsabilités gestionnaires aux comités de développement et aux équipes de santé de district de façon que progressivement les SSP soient autofinancés;
- iv) renforcer les capacités gestionnaires des comités de développement des équipes de santé de district en faisant appel notamment aux Equipes interpays de Développement sanitaires basées dans les différentes Sous-Régions;
- v) mettre en place et/ou améliorer les systèmes de collecte de données au niveau du district, en faisant appel notamment aux Bureaux de l'OMS dans les pays;
- vi) mettre en place et/ou renforcer un mécanisme de coordination pour l'utilisation optimale des ressources nationales et extérieures au niveau du district;

2. PRIE le Directeur régional de :
- i) assumer l'édition et la diffusion du document AFR/RC37/TD/1 aux Etats Membres afin qu'il serve de guide pour le renforcement des systèmes de santé de district et pour la formation;
  - ii) continuer à appuyer les pays dans leurs efforts de mise en oeuvre des SSP notamment par le biais des Equipes interpays de Développement sanitaire;
  - iii) aider les pays à développer leurs systèmes de collecte de données sur les activités sanitaires de district.

Huitième séance, 14 septembre 1987

AFR/RC37/R5 Programme de lutte contre le SIDA

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du Directeur régional sur le programme de lutte contre le SIDA;

Reconnaissant que la situation du SIDA dans la plupart des pays de la Région met en danger non seulement la santé de leurs populations, mais également l'ensemble du développement socio-économique et l'instauration de "la santé pour tous d'ici l'an 2000";

Considérant que la plupart des recommandations de la conférence-atelier de Bangui, tenue du 22 au 25 octobre 1985, et adoptées par la trente-sixième session du Comité régional ainsi que celles de la conférence régionale sur le SIDA en Afrique, tenue à Brazzaville du 11 au 13 novembre 1986, ont été mises en application;

Reconnaissant que l'épidémie de SIDA est une calamité mondiale qui touche tous les pays et pose un problème de santé international;

Prenant note avec une extrême préoccupation des réactions et des pressions sociales qui se font de plus en plus sentir;

Faisant siennes toutes les recommandations contenues dans la résolution WHA40.26 de l'Assemblée mondiale de la Santé et notamment celle concernant le rôle coordonnateur de l'Organisation, et les mesures prises par l'Organisation avant et depuis l'adoption de la résolution,

1. NOTE avec satisfaction les progrès accomplis dans la réalisation du programme de lutte contre le SIDA et le développement des activités dans la Région;
2. EXPRIME sa sincère gratitude aux bailleurs de fonds, aux institutions internationales et bilatérales qui collaborent au programme et lui apportent leur appui, surtout au niveau des pays de la Région;
3. INVITE les Etats Membres à :
  - i) intensifier leurs activités de lutte contre le SIDA, dans le cadre des soins de santé primaires, en privilégiant les activités d'éducation et d'information du public;
  - ii) promouvoir les activités de coordination en constituant des comités nationaux de lutte contre le SIDA ou en les restructurant;
  - iii) collaborer avec l'OMS en matière d'échange d'informations et notamment de notification des cas;
  - iv) promouvoir et encourager la recherche sur le SIDA;
4. PRIE le Directeur régional de :
  - i) continuer à collaborer avec les Etats Membres au développement et au renforcement de la mise en oeuvre des programmes de lutte en :
    - a) observant et évaluant la situation épidémiologique et l'état des ressources;
    - b) soutenant les activités de recherche et de formation;
    - c) soutenant le renforcement de l'infrastructure sanitaire à tous les niveaux et particulièrement au niveau du district;

- ii) continuer à collaborer étroitement avec le Directeur général à l'élaboration et à la mise à jour, le cas échéant, de lignes directrices applicables à l'organisation d'activités de prévention et de lutte;
- iii) continuer à collaborer avec d'autres institutions pour appuyer le programme;
- iv) explorer toutes les possibilités de mobilisation des ressources extra-budgétaires complémentaires pour soutenir le programme;
- v) passer continuellement en revue la situation du SIDA et le développement du programme de lutte contre le SIDA et d'en rendre régulièrement compte au Comité régional.

Huitième séance, 14 septembre 1987

AFR/RC37/R6 Santé des femmes et des enfants à travers le financement et la gestion des médicaments essentiels au niveau des communautés : Initiative de Bamako

Le Comité régional,

Se référant à :

- a) la résolution AFR/RC35/R1 sur l'accélération de l'instauration de la santé pour tous au niveau des districts dans les pays de la Région africaine selon un scénario échelonné sur trois ans;
- b) la résolution WHA39.7 priant les Etats Membres de privilégier le système de santé de district pour mettre en oeuvre les éléments essentiels de SSP;
- c) la résolution CAMH/ST.1 (II) de la Deuxième Conférence des Ministres de la Santé de l'OUA (avril 1987) sur la santé comme base de développement;

- d) la Déclaration AHG/ST.1 (XXIII) du sommet de Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'OUA (juillet 1987) sur la santé comme base de développement;
- e) la résolution AHG/Res.163 (XXIII) du sommet de Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'OUA (juillet 1987) proclamant 1988, Année de la Protection de la survie et du Développement de l'enfance africaine;

Considérant :

- f) l'importance du district dans l'accélération de la mise en oeuvre des SSP en vue de l'instauration de la santé pour tous en l'an 2000;
  - g) le premier rapport annuel du Directeur régional (Analyse de la situation) sur les progrès réalisés dans l'accélération de l'instauration de santé pour tous dans les districts des Etats Membres de la Région;
  - h) les appels du Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique et du Directeur exécutif du FISE afin d'accélérer la mise en oeuvre des SSP au niveau des districts en accordant une place privilégiée aux femmes et aux enfants;
  - i) l'articulation des éléments fondamentaux des SSP autour des femmes et des enfants et le fait que les activités inhérentes à ces derniers facilitent la collaboration entre les autres secteurs et celui de la santé,
1. FELICITE le Directeur exécutif du FISE pour son heureuse initiative de Bamako;
  2. RECONNAIT la nécessité d'un mécanisme d'autofinancement des activités des SSP au niveau du district;
  3. NOTE avec satisfaction les expériences concluantes de certains pays de la Région sur le recouvrement des coûts en prenant la dotation en médicaments essentiels comme fonds de roulement;

## 4. INVITE les Etats Membres à :

- i) encourager les initiatives de mobilisation sociale pour la participation de la communauté dans les politiques de médicaments essentiels et de la santé de la mère et de l'enfant, au niveau des districts;
- ii) assurer l'approvisionnement régulier en médicaments essentiels de bonne qualité au prix le plus bas, afin d'appuyer la mise en oeuvre des SSP;
- iii) définir et mettre en oeuvre un mécanisme d'autofinancement des SSP au niveau du district, en utilisant notamment les dotations en médicaments essentiels comme fonds de roulement.

## 5. PRIE le Directeur régional de :

- i) appuyer les efforts des pays visant à promouvoir la santé en accordant une place privilégiée aux femmes et aux enfants;
- ii) collaborer avec les Etats Membres afin d'assurer l'accélération de la mise en oeuvre des SSP dans les districts;
- iii) collaborer avec le FISE et les autres organisations concernées afin de mobiliser les ressources nécessaires à la mise en application de "l'initiative de Bamako", dans l'esprit de la déclaration AHG/ST.1 (XXIII) et la résolution AHG/Res.163 (XXIII) du Vingt-troisième Sommet et à faire rapport au Comité régional.

Huitième séance, 14 septembre 1987

AFR/RC37/R7 Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine (HRP) dans les Etats Membres de la Région africaine

Le Comité régional,

Rappelant la résolution AFR/RC30/R5 sur la promotion des programmes de recherche régionale et des résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé qui y sont liées;

Notant le rapport du Directeur régional sur les activités du Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine (HRP);

Reconnaissant les résultats obtenus jusqu'à ce jour par le Programme spécial,

1. NOTE avec satisfaction les stratégies spéciales qui sont mises en oeuvre pour renforcer les équipements de recherche des institutions africaines et la représentation accrue des Etats Membres au Sud du Sahara dans les Organes directeurs et consultatifs du Programme spécial;
2. REAFFIRME que les taux relativement élevés de mortalité maternelle et infantile et l'infertilité qui prévalent couramment en Afrique pourraient considérablement être réduits grâce à la disponibilité et à l'accessibilité aux méthodes et aux services de planification familiale appropriés, services pré-, intra- et postnatals, y compris l'espacement des naissances;
3. SOULIGNE le besoin d'étendre la recherche à tous les aspects de la reproduction humaine liés aux problèmes qui prévalent dans la Région;
4. NOTE de plus que les institutions dans la Région exigent un renforcement considérable de leurs équipements de recherche, s'ils veulent engendrer grâce à la recherche les connaissances nécessaires pour trouver des solutions à ces problèmes;

5. REMERCIE les gouvernements et agences qui ont contribué au Programme spécial par des ressources scientifiques et financières;

6. PRIE instamment le Directeur régional de continuer à identifier et à motiver les institutions dans la Région pour qu'elles utilisent pleinement les disponibilités offertes par le programme spécial.

Huitième séance, 14 septembre 1987

AFR/RC37/R8 Troubles dûs à une carence en iode

Le Comité régional,

Préoccupé par le fait que les troubles dûs à une carence en iode ont des conséquences sanitaires et socio-économiques très graves auxquelles on n'a pas accordé suffisamment d'attention jusqu'à présent, en particulier : altération des fonctions mentales et intellectuelles chez l'enfant et l'adulte, surdi-mutité, troubles neuromusculaires, accroissement des avortements spontanés et de la mortinatalité, de la mortalité périnatale, néo-natale et infantile, capacité d'apprentissage réduite chez l'enfant et diminution de la productivité;

Conscient du fait que 150 millions d'Africains sont exposés aux troubles dûs à une carence en iode, les femmes en âge de procréer et la population de moins de 15 ans étant les plus vulnérables;

Conscient du fait que l'on dispose d'une technologie efficace et peu coûteuse faisant notamment appel à l'huile et au sel iodés pour lutter contre ces troubles;

Conscient du fait que l'Organisation de l'Unité africaine en 1980, l'Assemblée mondiale de la Santé en 1986 (dans sa résolution WHA39.31), le séminaire OMS/FISE/ICCIDD en 1987 ont demandé que l'on prenne immédiatement de nouvelles initiatives pour lutter contre les carences en iode en Afrique;

Conscient du fait que le SCN/CAC (le Sous-Comité de la Nutrition du Comité administratif de Coordination des Nations Unies) a constitué un Comité d'experts des troubles dûs à la carence en iode,

1. REMERCIE le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique d'avoir pris l'initiative d'organiser, en collaboration avec le FISE et l'ICCIDD, un séminaire régional sur la lutte contre les troubles dûs à une carence en iode à Yaoundé en mars 1987 et souscrit aux conclusions et recommandations de ce séminaire, visant à encourager en particulier la mise en oeuvre de programmes de lutte sous-régionaux;

2. PRIE instamment les Etats Membres d'accorder une priorité élevée à la lutte contre les troubles dûs à une carence en iode partout où ce problème se pose par le biais de programmes nutritionnels appropriés menés dans le cadre des soins de santé primaires;

3. APPROUVE la création du groupe spécial sur les troubles dûs à une carence en iode en Afrique auquel participent l'OMS, le FISE et d'autres organismes multilatéraux et bilatéraux;

4. PRIE le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique :

- i) de fournir dans toute la mesure du possible un appui technique aux Etats Membres lorsqu'ils en font la demande pour évaluer, prévenir et combattre les troubles dûs à une carence en iode;
- ii) d'assumer la coordination avec d'autres organismes intergouvernementaux compétents et institutions non gouvernementales pour assurer le lancement et la gestion d'une action internationale intensive et de grande envergure contre les troubles dûs à une carence en iode notamment en mobilisant les ressources financières ou autres nécessaires pour mener une telle action;
- iii) de rechercher des ressources antérieures pour exécuter ce programme là où cela est possible;
- iv) de faire rapport à la prochaine session du Comité régional sur les progrès réalisés dans ce domaine.

AFR/RC37/R9 Activités de l'OMS dans la Région africaine :  
Rapport du Directeur régional pour la période 1985-1986

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du Directeur régional pour la période 1985-1986 sur les activités de l'OMS dans la Région africaine, document AFR/RC37/3;

Considérant son caractère réaliste et le fait qu'il est conforme aux directives données par le Comité régional lors de sa trente-cinquième session (résolution AFR/RC35/R2),

1. REND hommage à la collaboration efficace soutenue entre les Etats Membres et leur Organisation régionale;
2. REAFFIRME la volonté des Etats Membres de renforcer et d'accélérer la mise en oeuvre des soins de santé primaires au niveau du district, ce qui garantira une approche intégrée du programme, l'accent étant mis sur la coopération intersectorielle pour assurer les huit composantes essentielles, des SSP y compris la participation communautaire;
3. NOTE avec préoccupation la situation financière difficile dans laquelle l'Organisation se trouve actuellement et les effets néfastes que cette situation entraîne sur les activités de l'OMS;
4. PREND acte des progrès réalisés dans différents secteurs du développement sanitaire dans la Région malgré les catastrophes naturelles et provoquées par l'homme survenues au cours de la période considérée;
5. REMERCIE le Directeur régional des efforts qu'il a déployés pour renforcer davantage la coopération entre l'OMS et les Etats Membres;
6. APPROUVE le rapport du Directeur régional pour le biennium 1985-1986;
7. DEMANDE aux Etats Membres de renforcer leurs mécanismes de collaboration avec l'OMS;

8. PRIE le Directeur régional de poursuivre ses efforts particulièrement ceux relatifs à la mise en place de systèmes de santé et de secteurs apparentés à la santé dans le cadre des soins de santé primaires.

Huitième séance, 14 septembre 1987

AFR/RC37/R10 Collaboration entre l'Organisation mondiale de la Santé en Afrique et l'Organisation de l'Unité africaine

Le Comité régional,

Se félicitant de la résolution AHG.Decl.I (XXIII) "sur la santé, pierre angulaire du développement" approuvée à la vingt-troisième session ordinaire de l'Assemblée des Chefs d'Etat et de Gouvernements de l'OUA;

Réaffirmant la résolution CAMH/st.I (II) "sur la santé, pierre angulaire du développement" adoptée par la deuxième session ordinaire de la Conférence des Ministres de la Santé d'Afrique;

Ayant présent à l'esprit les termes du Plan d'Action de Lagos, l'Acte final de Lagos et le programme prioritaire de l'Afrique pour la relance économique 1986-1990 ainsi que la définition du cadre du développement socio-économique des Etats Membres africains;

Conscient de la collaboration accrue entre l'Organisation mondiale de la Santé et l'Organisation de l'Unité africaine qui a galvanisé la volonté politique africaine pour la mettre sur la voie de la santé du développement,

1. FELICITE le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique pour son initiative en vue de promouvoir la collaboration avec l'Organisation de l'Unité africaine;
2. APPRECIE le désir tout aussi ardent du Secrétaire général de l'Organisation de l'Unité africaine qui s'emploie à renforcer cette collaboration;

3. PRIE INSTAMMENT le Directeur régional d'oeuvrer en étroite collaboration avec le Secrétariat de l'OUA et les organismes internationaux, bilatéraux et autres pour lancer des programmes concertés dans le domaine du développement sanitaire, notamment en tenant compte des priorités recensées dans le Plan de Lagos, l'Acte final de Lagos et le programme prioritaire pour la relance économique de l'Afrique 1986-1990;

4. DEMANDE au Directeur régional de faire rapport aux futurs Comités régionaux sur les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de ces programmes concertés.

Neuvième séance, 15 septembre 1987

AFR/RC37/R11 Proposition pour promouvoir l'image publique de l'OMS par le biais de ses activités de développement sanitaire

Le Comité régional,

Se référant au rôle de l'OMS en tant qu'autorité directrice et coordonnatrice de l'action sanitaire internationale et à ses multiples fonctions promotionnelles de la santé;

Constatant les efforts considérables accomplis par l'OMS en étroite concertation avec ses Etats Membres dans les domaines de la lutte contre les maladies, la promotion et la protection de la santé, l'organisation des infrastructures des systèmes de santé, spécialement depuis l'adoption par la communauté internationale de la stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000 fondée sur les soins de santé primaires;

Notant que, malgré les résultats encourageants obtenus par l'OMS depuis sa création le 7 avril 1948 et dans le but d'améliorer la coopération interpays à l'approche SPT/2000, les rôles, fonctions et activités de l'OMS aux niveaux national et communautaire méritent d'être divulgués et mieux connus dans les pays auprès des décideurs des différents secteurs de développement, des collectivités et de l'opinion publique en général;

Considérant que le 7 avril 1988 correspond au 40ème anniversaire de l'OMS et que l'année 1988 coïncide avec le 10ème anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata de 1978,

1. INVITE les Etats Membres à :

- a) mobiliser les médias pour diffuser régulièrement des messages clairs et précis relatifs : i) aux problèmes socio-sanitaires prioritaires locaux; ii) aux activités de santé organisées dans les collectivités avec la participation active de la population dans le cadre de développement socio-économique global; iii) aux appuis de l'OMS à ces activités locales de développement sanitaire, et iv) à la coopération intersectorielle et inter-agences;
- b) encourager l'organisation de clubs, comités et autres formes appropriées d'associations susceptibles de discuter et de populariser les activités de mise en oeuvre de SPT/2000 ainsi que les rôles et appuis de l'OMS à ces activités;
- c) utiliser le 40ème anniversaire de l'OMS comme une occasion propice pour focaliser l'opinion publique sur les réalisations de l'OMS, sur ses objectifs, ses structures et ses activités et ce, par la diffusion d'informations pertinentes et l'organisation de diverses manifestations à caractère sanitaire, socio-économique, culturel, sportif, etc.;
- d) promouvoir la collaboration entre le secteur de santé, les autres secteurs de développement et les organisations non gouvernementales dans le but d'accélérer la réalisation de la santé pour tous et par tous, surtout grâce à l'identification et l'utilisation judicieuse des diverses ressources mobilisables dans le pays à l'appui de SPT/2000;
- e) intensifier les contacts avec les Bureaux des Représentants de l'OMS dans les pays en vue d'une meilleure exploitation des informations, de la documentation et d'autres ressources disponibles dans ces bureaux en relation avec le développement sanitaire national, régional et international;
- f) adopter et contribuer à la mise en oeuvre du plan d'action relatif à l'image de l'OMS dans la Région africaine, présenté dans le document AFR/RC37/10;

2. PRIE le Directeur régional de :

- a) assurer une large diffusion du plan d'action régional dans les pays de la Région et auprès des institutions internationales, régionales et des organisations non gouvernementales contribuant à la santé;
- b) appuyer les initiatives qui seraient prises conjointement par les Représentants de l'OMS dans les pays et les autorités nationales concernées pour organiser des activités promotionnelles destinées à rehausser l'image de l'OMS dans les pays et à accélérer/stimuler la mise en oeuvre d'activités de SPT/2000;
- c) transmettre la présente résolution au Directeur général pour information des Organes directeurs et identification des appuis possibles du Siège et d'autres institutions aux actions régionales et nationales de promotion de l'image de l'OMS;
- d) faire rapport à la trente-huitième session du Comité régional sur les actions prises aux niveaux régional et national.

Neuvième séance, 15 septembre 1987

AFR/RC37/R12 Utilisation optimale des ressources de l'OMS :  
Politique régionale en matière de budget programme

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du Directeur régional sur l'utilisation optimale des ressources de l'OMS (document AFR/RC37/4);

Rappelant la résolution AFR/RC36/R3 invitant les Etats Membres à assumer leurs responsabilités dans la préparation et dans la mise en oeuvre de la politique régionale en matière de budget programme;

Rappelant la résolution WHA40.15 qui rend obligatoire pour le Comité d'entreprendre les actions nécessaires pour assurer la meilleure utilisation possible des ressources limitées de l'OMS tout en respectant la lettre et l'esprit des résolutions pertinentes de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif,

1. DECIDE d'examiner, chaque année, l'utilisation faite des ressources de l'OMS dans la Région durant l'année précédente et les progrès accomplis par les Etats Membres dans la mise en oeuvre de la politique du budget programme régional;

2. PRIE INSTAMMENT les Etats Membres de :

- i) de prendre toutes les mesures nécessaires pour s'assurer que toutes les contributions fixées seront versées sans délai;
- ii) mettre en oeuvre avec le plus grand sérieux la politique du budget programme régional et faire un rapport durant le mois de janvier de chaque année au Bureau régional sur les progrès accomplis durant l'année précédente;
- iii) promouvoir, grâce à des telles politiques, un développement supplémentaire des stratégies nationales pour atteindre l'objectif social de la santé pour tous en l'an 2000 et une croissance autonome des programmes nationaux de santé qui sont un élément essentiel de telles stratégies;
- iv) utiliser des telles politiques dans la préparation des budgets programmes pays et pour l'utilisation rationnelle des ressources nationales et extérieures pour le développement national de la santé;

3. DEMANDE au Directeur régional de :

- i) faire régulièrement un rapport au Comité régional sur les mesures qui ont été prises en rapport avec cette résolution;
- ii) soutenir les pays pour qu'ils renforcent encore plus leurs capacités gestionnaires afin de mettre en oeuvre leurs stratégies.

AFR/RC37/R13 Personnel des soins infirmiers et obstétricaux :  
Ressource capitale pour la mise en oeuvre des soins  
de santé à tous les niveaux

Le Comité régional,

Ayant examiné et discuté le document AFR/RC37/11 Add.1 sur le personnel des soins infirmiers et obstétricaux;

Gardant présente à l'esprit la résolution WHA36.11 adoptée par la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé qui prie instamment les Etats Membres de "mettre en place une composante soins infirmiers et obstétricaux complets dans leur stratégie nationale de la santé pour tous";

Rappelant la résolution AFR/RC36/R2, invitant les Etats Membres à "réserver au moins 5 % des fonds du budget ordinaire de l'Organisation pour améliorer le processus gestionnaire au niveau du district";

Considérant que dans tous les pays les soins infirmiers obstétricaux ont un rôle capital à jouer pour les prestations de soins de santé à tous les niveaux, particulièrement au niveau du district,

1. INVITE les Etats Membres à :

i) accorder une haute priorité à la participation des personnels des soins infirmiers et obstétricaux à la prestation et à la supervision des soins maternels et infantiles à domicile et dans les centres de santé, de façon que des soins de santé appropriés puissent être assurés aux individus, aux familles et à la communauté;

ii) tenir compte des besoins des services de soins infirmiers et obstétricaux au niveau du district lors de leur programmation des activités pour le budget ordinaire de l'OMS;

2. PRIE le Directeur régional d'informer le Comité régional lors de sa quarantième session des progrès réalisés dans les activités de soins infirmiers et obstétricaux dans le cadre de la stratégie SSP.

Neuvième séance, 15 septembre 1987

AFR/RC37/R14 Surveillance continue des stratégies de SPT/2000 :  
Format commun : Surveillance continue

Le Comité régional,

Ayant examiné le cadre commun pour la surveillance des stratégies destinées à atteindre l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000 et le document AFR/RC37/15 Add.1 concernant les progrès de la surveillance au niveau du district;

Notant que le cadre commun arrête les principes généraux contenus dans la stratégie de la santé pour tous et définit les questions pertinentes qui facilitent le processus de surveillance;

Notant de plus que les rapports nationaux d'évaluation de 1985 constitueront des points de référence pour évaluer les progrès dans la mise en oeuvre des stratégies pour mettre au point le prochain rapport en 1988;

Rappelant les résolutions AFR/RC35/R1 et WHA39.7 qui ont institué un système de rapport trimestriel pour la surveillance de la stratégie, et

Prenant acte du besoin de renforcer les mécanismes de gestion de la santé du district, ce qui constitue une priorité urgente pour l'accélération du développement de la santé dans la Région,

1. PRIE INSTAMMENT les Etats Membres :

- i) d'entreprendre vigoureusement les actions destinées à renforcer le soutien à l'information pour la surveillance et l'évaluation de leurs systèmes de santé fondés sur les SSP;
- ii) d'obtenir la collaboration de tous les secteurs liés à la santé; de mettre en place des mécanismes efficaces pour surveiller et évaluer les progrès vers SPT/2000 y compris en particulier la mise au point et l'utilisation d'indicateurs sanitaires et socio-économiques;

- iii) d'établir des mécanismes pour la collecte des données pertinentes au niveau du district par le personnel au niveau du district et de la communauté, données faciles à comprendre et à utiliser par eux pour évaluer leur propre progrès et qui pourraient être utilisées par les pays et par l'OMS pour la surveillance des progrès;
- iv) mettre en place des mécanismes appropriés au niveau intermédiaire (c'est-à-dire de la province) du système de santé pour assurer la surveillance et l'évaluation de l'impact des programmes de santé publique dans le cadre des politiques et des stratégies nationales;
- v) de renforcer les mécanismes nationaux de surveillance et d'évaluation en tant que partie intégrante du processus gestionnaire national, y compris le soutien à l'information qui permettra le calcul des 12 indicateurs mondiaux;

2. DEMANDE au Directeur régional,

- i) de promouvoir la coopération technique avec les Etats Membres de façon à renforcer le soutien à l'information, la mise au point et l'utilisation des indicateurs sous la surveillance des progrès de l'évaluation de l'impact sur les stratégies nationales;
- ii) de continuer à soutenir les pays afin qu'ils élaborent et mettent en oeuvre davantage de stratégies et de plans d'action nationaux;
- iii) de promouvoir la coopération technique avec les Etats Membres afin de renforcer la gestion de la santé du district, y compris la surveillance de l'évaluation et de l'impact des activités de santé communautaire en utilisant des indicateurs adaptés à la Région africaine;
- iv) de promouvoir la coopération technique avec les Etats Membres afin de développer l'utilisation des indicateurs régionaux pour la surveillance et l'évaluation des programmes de santé publique dans les Etats Membres.

AFR/RC37/R15 Motion de remerciement

Le Comité régional,

Considérant les efforts énormes déployés par le Peuple et le Gouvernement de la République du Mali pour assurer un plein succès à la trente-septième session du Comité régional pour l'Afrique qui s'est tenue à Bamako du 9 au 16 septembre 1987;

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

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

1. REMERCIE Son Excellence le Président Moussa Traoré, Général d'Armée, Secrétaire général de l'Union démocratique du Peuple malien, Chef de l'Etat du Mali :

i) d'avoir bien voulu rehausser de sa présence la cérémonie d'inauguration de la trente-septième session du Comité;

ii) de son allocution pertinente et encourageante, axée principalement sur les problèmes de santé en Afrique et notamment au Mali;

2. EXPRIME sa gratitude au Gouvernement et au peuple du Mali pour la chaleur de leur hospitalité;

3. INVITE le Directeur régional à transmettre à Son Excellence le Président Moussa Traoré, Général d'Armée, Secrétaire général de l'Union démocratique du Peuple malien, Chef de l'Etat du Mali, la présente motion de remerciement.

Dixième séance, 15 septembre 1987



**PARTIE II**



## OUVERTURE DE LA REUNION

1. La trente-septième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique s'est ouverte le 9 septembre 1987 à Bamako (Mali), en présence de Son Excellence le Président Moussa Traoré, Général d'Armée, Secrétaire général de l'Union démocratique du Peuple malien, Président de la République et Chef de l'Etat du Mali. A la séance inaugurale étaient présents les membres du Gouvernement et du Bureau Exécutif central de l'Union démocratique du Peuple malien, les membres du corps diplomatique, les représentants des Etats Membres et Membres associés de la Région africaine de l'OMS, ainsi que les représentants de plusieurs organisations internationales et non gouvernementales et de la presse internationale.

2. Dans sa déclaration liminaire, Mme Pilar Djombe de Mbuamangongo, Vice-Ministre de la Santé de Guinée équatoriale et Président par intérim de la trente-sixième session du Comité régional, a fait observer que la trente-septième session était l'occasion de faire le point des réalisations et des difficultés dans la mise en oeuvre des stratégies qui devaient permettre de maîtriser les grandes maladies endémiques ainsi que la faim et la pauvreté. Depuis la trente-sixième session, la situation économique s'était considérablement détériorée, entravant la mise en oeuvre de bien des programmes, ce qui devrait inciter chacun à redoubler d'efforts pour assurer un niveau de vie acceptable à tous les Africains. Mme Djombe de Mbuamangongo a remercié les autorités de la République du Mali de leur hospitalité ainsi que le Directeur régional pour l'excellent travail accompli depuis son entrée en fonction.

3. Madame Djombe de Mbuamangongo a ouvert la trente-septième session du Comité régional et invité le Dr H. Mahler, Directeur général de l'OMS, à prendre la parole.

4. Le Directeur général (voir à l'Annexe I le texte intégral de l'allocution) a déclaré que, depuis 1986, tous avaient été heurtés de plein fouet par la crise financière que traversait l'OMS. Toutefois, le désastre avait pu être évité grâce à un ralentissement de la capacité financière de l'OMS d'aider les pays à mener à bien leurs programmes de santé. Les deux principales raisons interdépendantes de la crise étaient tout d'abord la faiblesse des rentrées provenant des contributions et, ensuite, le laxisme dans l'utilisation des ressources de l'OMS.

5. Il était indispensable de lutter pour obtenir davantage et de se "débrouiller" avec moins et c'est pourquoi le Directeur général a dû amputer les activités en 1987 d'un montant de US \$35 millions. Toutefois, il y a quelques mois, d'autres coupes budgétaires de US \$10 millions se sont avérées nécessaires, touchant surtout le Siège, où le recrutement de tous les candidats de l'extérieur a été reporté à 1988.

6. Le Directeur général n'a cessé de répéter dans le passé que, si la gestion des activités de coopération ne s'améliorait pas, la coopération technique prévue dans le budget régional risquait de disparaître, ce qui affecterait sérieusement, voire réduirait à néant les arrangements constitutionnels régionaux. Il ne s'agissait pas là d'une réaction à des pressions, comme les représentants présents à la réunion de janvier du Conseil exécutif ont pu s'en rendre compte. Même si le Directeur général n'avait pas parlé de la nécessité d'améliorer la gestion des ressources de l'OMS, il y avait trop de rapports extérieurs et de sentiments critiques qui montraient bien que l'orage allait éclater un jour. Si l'OMS n'avait pas été la première à révéler ses faiblesses, cet orage se serait transformé en ouragan.

7. Les membres du Conseil, tout comme les délégués à l'Assemblée de la Santé, avaient insisté sur le fait qu'il s'agissait d'une crise purement financière et non pas d'une crise de confiance, mais le Directeur général a des doutes à ce sujet. L'OMS était peut-être victime du scepticisme à l'égard du développement ou d'un déséquilibre macro-économique, mais ce n'était pas dans le blâme que l'on pourrait trouver le réconfort. Ce qu'il fallait, c'étaient des solutions appropriées.

8. Le Directeur général n'avait pas de panacée à proposer mais il lui semblait qu'il existait des remèdes consistant à mettre en oeuvre les politiques sanitaires arrêtées d'un commun accord, même si cela devait se faire à un rythme lent à cause de l'insuffisance des ressources, lesquelles devaient être utilisées de façon rationnelle pour avoir un effet optimal. Il a instamment invité les Etats Membres à préserver leur foi en la politique et la stratégie de la santé pour tous de l'OMS. A son avis, la gestion des ressources de l'OMS était un point important de l'ordre du jour, et la gestion décentralisée des activités de coopération technique revêtait une grande importance, pour autant que ces activités soient exécutées conformément aux politiques collectivement arrêtées.

9. En traduisant dans les actes les valeurs, les politiques, les stratégies et les programmes définis au niveau mondial à l'OMS, les Etats Membres seraient les meilleurs avocats de ce que représentait la santé pour tous dans les rêves et dans la réalité. En garantissant une continuité d'action, on pouvait transformer les faiblesses financières en forces réelles. Toutefois, la victoire dans l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000 exigerait une forte solidarité internationale par-delà les frontières régionales et les barrières politiques.

10. Monsieur J. Grant, Directeur exécutif du FISE (Annexe 2), a déclaré que le Comité régional constituait un groupe unique en son genre à même d'influer sur la santé et le bien-être des peuples d'Afrique. Si l'on avait enregistré des progrès considérables en Afrique ces 25 dernières années, notamment réduction des taux de mortalité infantile, et accroissement des taux d'alphabétisation et d'éducation, les sécheresses et les difficultés économiques que connaissait actuellement le monde entier avaient eu des effets catastrophiques sur la production alimentaire et la balance des paiements. L'apparition du SIDA commençait à faire sentir ses effets. D'autre part, la partie australe du continent avait subi les conséquences d'un conflit armé et connaissait des taux très élevés de mortalité infantile et de malnutrition. Les démographes prévoient que l'Afrique continuerait à enregistrer de très forts taux de mortalité et cela dans des proportions croissantes.

11. Monsieur Grant a poursuivi en analysant, face à ces sombres perspectives, la possibilité de parvenir aux objectifs fixés pour 1990 (vaccination universelle et accès à la thérapie de réhydratation par voie orale), et à l'objectif fixé pour l'an 2000 (réduction de la mortalité infantile). Il devrait être possible d'investir avec prudence dans l'avenir en accordant un rang de priorité plus élevé à des programmes qui bénéficieront avant tout aux groupes les plus vulnérables. Les principes qui sous-tendaient les soins de santé primaires et qui avaient été définis il y a plus de dix ans à Alma-Ata, donnaient une orientation permettant de voir plus clairement ce qu'il fallait faire. Bien que ces principes aient amplement fait leurs preuves, les pays insistaient encore beaucoup trop sur l'action de santé curative en milieu urbain.

12. Grâce au progrès technique, il est plus facile aujourd'hui de communiquer, et la communication est un outil remarquable d'éducation pour la santé, laquelle permettra l'accélération de la mise en oeuvre des principes des soins de santé primaires. Monsieur Grant a félicité les Etats Membres de la Région des progrès accomplis, malgré les difficultés, dans l'accélération spectaculaire du programme élargi de vaccination. Plusieurs pays parviendront à l'objectif de la vaccination universelle des enfants d'ici la fin de 1987 ou de 1988. Autre progrès à signaler, la résolution adoptée à la conférence au sommet de l'OUA à Addis Abéba en juillet 1987 sur la vaccination universelle des enfants en Afrique. La résolution a fait de 1988 l'Année de la protection, de la survie et du développement de l'enfant africain, soulignant que la vaccination était l'outil qui permettrait d'atteindre d'autres objectifs plus larges.

13. Les succès enregistrés dans le domaine de la vaccination justifiaient que l'on envisage d'autres progrès malgré la situation difficile qui prévaut sur le continent africain. La lutte contre les maladies diarrhéiques, la surveillance de la croissance ainsi que l'encouragement de l'allaitement au sein et de meilleures pratiques de sevrage étaient autant de domaines qui méritaient d'être étudiés.

14. Deux des principales composantes de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000 étaient un approvisionnement suffisant en médicaments et vaccins essentiels, lesquels devaient être pour la plupart importés, et le financement des coûts du personnel de santé. Etait-il possible d'envisager pour toute l'Afrique d'ici cinq ans un système élargi de soins de santé primaires qui puisse répondre aux besoins en médicaments essentiels de plus de 80 % de la population et qui soit en grande partie financé et géré localement ? Si, pour certains, cet objectif semblait illusoire, il ne fallait pas oublier qu'en 1983, le FISE avait du mal à imaginer que la vaccination universelle des enfants en Afrique serait possible d'ici 1990.

15. Le Dr G. L. Monekosso, Directeur du Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique (voir Annexe 3), a exprimé sa profonde gratitude au Président, au Gouvernement et au peuple du Mali, qui ont accueilli le Comité régional. Il a rappelé la contribution historique de ce pays à la civilisation africaine et exprimé son admiration pour le courage et

la lucidité du peuple malien face à ces graves difficultés économiques, qualités qui auguraient bien de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Le Dr Monekosso a également exprimé ses remerciements à tous les participants, notamment le Directeur exécutif du FISE et le Directeur général de l'OMS.

16. Il lui est apparu pertinent, près de dix ans après la Conférence d'Alma-Ata, de faire le point des activités de l'OMS et du Bureau régional de l'Afrique. C'est pourquoi le thème de son allocution était : "A portée de main", car il s'agissait de savoir si les pays membres progressaient réellement ou s'ils se berçaient d'illusions irréalistes. L'Afrique accusait un tel retard du point de vue de tant d'indicateurs sanitaires qu'elle ne pouvait se permettre trop d'erreurs ou trop de revers.

17. Les dures réalités de la crise économique mondiale ont contraint à réduire considérablement les dépenses. C'est pourquoi le Secrétariat régional a été réorganisé et restructuré de façon à pouvoir relever les nouveaux défis et, en particulier, à assurer l'utilisation optimale des ressources consacrées par l'Organisation à la coopération technique, à mieux familiariser les Représentants de l'OMS recrutés internationalement avec la politique de la mise en oeuvre des SSP axée sur le district et à donner un élan nouveau aux activités politiques. De nouvelles unités ont été créées grâce à une action de redéploiement, sans qu'il soit nécessaire de créer de nouveaux postes.

18. Le Dr Monekosso a d'autre part informé les membres du Comité qu'un groupe spécial pour le SIDA avait été créé en vue de maîtriser l'expansion menaçante de la pandémie. Il ne servirait à rien de parler de santé pour tous si la menace croissante que constitue aujourd'hui le SIDA ne pourrait être stoppée. Face à l'apparition de l'épidémie de SIDA sur le continent africain, les mesures sanitaires prises au niveau national se révélaient déjà insuffisantes. Il fallait de toute urgence faire un effort pour informer le grand public.

19. Les autres stratégies d'Alma-Ata, notamment sur le plan des approvisionnements alimentaires, de l'eau et de l'assainissement, de la santé maternelle et infantile et de la planification familiale, de la logistique et du coût des vaccins ainsi que de leur distribution sont inséparables des stratégies actuellement mises au point pour la lutte contre le SIDA.

20. Le Comité consultatif régional africain pour le Développement sanitaire sera chargé de coordonner l'action d'autres comités responsables de la gestion des ressources sanitaires, de la mise en place de "leaders" de la santé, de la promotion de la recherche sanitaire ainsi que des équipes d'intervention sur "la population, la nutrition et la santé", "l'environnement, l'habitat et la santé", "l'éducation, les modes de vie et la santé", tant au niveau régional que dans les trois Sous-Régions.

21. On prépare actuellement un guide pratique pour la gestion au niveau des districts. Un autre document sur l'infrastructure de niveau intermédiaire sera examiné en même temps que les expériences faites par les pays, de façon à mettre sur pied une série de documents relatifs à l'instauration de la santé pour tous. Les connaissances en science de la santé en Afrique doivent être accessibles à tous. C'est pourquoi une bibliothèque régionale africaine pour les sciences de la santé est en construction et devrait ouvrir ses portes avant la fin de 1987.

22. Le Dr Monekosso a fait observer que l'OMS était convaincue de l'importance cruciale de ses nouvelles politiques. Elle a donc cherché à susciter un engagement politique au plus haut niveau et apporté son appui à la deuxième réunion des Ministres de la Santé de l'OUA organisée au Caire en avril 1987. Le Dr Monekosso a saisi cette occasion pour rendre hommage au Chef d'Etat égyptien qui a chaleureusement accueilli la réunion. Il s'est également félicité de ce que la santé ait figuré à l'ordre du jour de la conférence au sommet de l'OMS qui a rassemblé les Chefs d'Etat africains en juillet 1987 et au cours de laquelle a été adoptée une déclaration stipulant que la santé était à la base du développement.

23. Quant à la collaboration avec les Etats Membres, le Dr Monekosso a remercié les gouvernements de la Région qui s'étaient fermement engagés à appuyer le secteur de la santé et à apporter des modifications structurelles malgré de graves problèmes économiques. Bon nombre de pays de la Région ont compris que la santé était un tremplin pour le développement socio-économique, à telle enseigne qu'elle était en train de s'articuler avec l'agriculture, les industries villageoises et le petit commerce.

24. Il était d'autre part encourageant de noter l'enthousiasme avec lequel avait été lancée en 1986 l'Année africaine de la Vaccination; plusieurs Chefs d'Etat africains étaient d'ailleurs montés au front en faisant vacciner leurs enfants.

25. Les Etats Membres se sont montrés prêts à appliquer le système AFROPOC; ils ont essayé d'en comprendre le mécanisme et l'ont utilisé au mieux de leurs possibilités. Avec la compression des dépenses, il fallait encore améliorer le système et l'adapter aux besoins des pays.

26. Pour conclure, le Dr Monekosso a souligné la nécessité de déployer des efforts concertés et d'utiliser au mieux l'aide extérieure en harmonie avec les plans nationaux. Il a exprimé l'espoir que la santé pour tous d'ici l'an 2000 ne reste pas un slogan mais devienne une réalité pour tous les peuples d'Afrique et du monde entier. En hommage aux efforts déployés par le Mali en vue de la santé pour tous, une médaille commémorative a été remise à Son Excellence le Général Moussa Traoré, Président de la République du Mali, à l'occasion de l'ouverture de la trente-septième session du Comité régional de l'Afrique.

27. Son Excellence le Général Moussa Traoré, Président de la République du Mali (Annexe 4), s'exprimant au nom du peuple malien, de l'Union démocratique du Peuple malien et du Gouvernement, a déclaré que son pays était très honoré d'accueillir la trente-septième session du Comité régional. Il a félicité le Directeur général de l'OMS et le Directeur exécutif du FISE pour les efforts complémentaires déployés afin d'aider les Etats à résoudre leurs problèmes de santé. Il a également félicité le Dr Monekosso et son équipe des efforts entrepris pour promouvoir la stratégie régionale de développement sanitaire en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

28. Les questions de santé qui devaient être examinées à la trente-septième session du Comité régional se situaient en droite ligne des décisions prises à la récente conférence des Chefs d'Etat de l'OUA et s'inscrivaient dans le cadre des plans de redressement économique élaborés à cette occasion. Le développement économique et social ne saurait être dissocié du développement sanitaire. La crise économique que traversait le monde depuis près de dix ans avait des effets particulièrement catastrophiques sur les pays en

développement, qui représentent 65 % de la population du monde mais 15 % seulement de sa production. Le revenu par habitant des pays en développement est en moyenne 14 fois inférieur à celui des pays développés - situation aggravée par la détérioration de la situation monétaire mondiale et le fardeau de la dette extérieure. Malgré un accroissement de la production alimentaire, la faim reste une dure réalité dans les pays frappés par des catastrophes naturelles. Si l'alphabétisation progresse, l'écart entre hommes et femmes se creuse, même si tout indique que l'éducation des femmes et des jeunes dans les pays en développement est un facteur positif qui permet de réduire la mortalité infantile et d'améliorer la santé des enfants.

29. Evoquant la résolution adoptée en mai 1977 par l'Assemblée de la Santé à propos de l'objectif social de la santé pour tous d'ici l'an 2000 ainsi que la décision prise en septembre 1978 à Alma-Ata de faire des soins de santé primaires la stratégie de développement sanitaire axée sur cet objectif, Son Excellence le Général Moussa Traoré a fait observer que les pays avaient accompli de progrès considérables en ce qui concernait le programme élargi de vaccination, la lutte contre les maladies diarrhéiques, la santé maternelle et infantile, les médicaments essentiels, la promotion de la médecine traditionnelle et la recherche appliquée.

30. En même temps, les calamités naturelles ainsi que les conflits internes et externes rendaient précaires les acquis sur le plan social. Aussi bien les incursions militaires de l'Afrique du Sud dans les Etats de la Ligne de front que l'agression sioniste dans les territoires occupés et la Palestine mettaient en danger les tentatives de mise en oeuvre de politiques sanitaires adéquates.

31. Dès les préparatifs de la Conférence d'Alma-Ata en 1976, le Mali avait examiné toutes les activités qui pourraient entrer dans le cadre des soins de santé primaires et les résultats avaient été encourageants. Des maternités rurales ont été créées dans deux régions, des équipes de santé villageoises dans deux zones pilotes et l'on a déjà installé des dépôts de médicaments au niveau des fédérations de coopératives rurales. De plus, en novembre 1978, le deuxième séminaire national sur la santé publique et l'action sociale avaient fait siennes les conclusions de la Conférence d'Alma-Ata. L'Union démocratique du Peuple malien a établi les directives suivantes pour la

stratégie des soins de santé primaires : la santé fait partie intégrante du développement social et économique global; la promotion et la protection de la santé exigent l'éducation des individus, des familles et des communautés dans un esprit d'autodétermination et d'autoresponsabilité, et une approche intégrée, pluridisciplinaire et multisectorielle est la condition essentielle du succès. Depuis 1978, le Mali a considérablement progressé pour promouvoir la santé de sa population malgré les contraintes et le manque de ressources. Pour ce faire, il a été aidé tant du point de vue méthodologique qu'humain, matériel et financier par l'OMS ainsi que par le FISE et la communauté internationale.

#### ORGANISATION DES TRAVAUX DU COMITE

32. L'ordre du jour adopté par le Comité régional figure à l'Annexe 5 et la liste des participants à l'Annexe 6.

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

34. L'élection des membres du Bureau de la trente-septième session du Comité régional et la désignation des Rapporteurs pour les Discussions techniques font l'objet de la décision de procédure No 2, tandis que la nomination du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs fait l'objet de la décision de procédure No 3.

#### DEROULEMENT DES TRAVAUX

#### ACTIVITES DE L'OMS EN 1985-1986 : RAPPORT BIENNAL DU DIRECTEUR REGIONAL

##### Introduction

35. En présentant son rapport (document AFR/RC37/3), le Directeur régional a appelé l'attention sur deux éléments nouveaux par rapport aux années précédentes. Tout d'abord, le rapport se limitait aux événements survenus au cours des années 1985-1986. Ensuite, il était présenté sur la base de la récente restructuration du Bureau régional; ainsi, la deuxième partie traitait des Bureaux sous-régionaux de Développement sanitaire, maintenant appelés Equipes interpays de Développement sanitaire (EIPDS).

36. La troisième partie du rapport, qui concernait les programmes pays, avait été rédigée par les Représentants de l'OMS dans les pays, en collaboration avec des responsables du gouvernement; des critiques avaient été formulées à l'encontre de l'usage suivi auparavant, qui voulait que les rapports soient établis par le Bureau régional lui-même.

37. Un aspect nouveau de bon nombre de rapports de pays était leur orientation sur la mise en oeuvre des soins de santé primaires dans le district; d'une façon générale, on insistait désormais davantage sur les activités au niveau des districts, par opposition aux activités au niveau international ou national, bien qu'il continue à y avoir chevauchement entre les divers niveaux. Le Comité examinerait l'éventualité d'indicateurs additionnels qui pourraient être utilisés au niveau des districts en vue d'aider à rassembler des renseignements pour pouvoir répondre aux questions soulevées par les 12 indicateurs mondiaux.

38. La période biennale considérée a été marquée par la réorganisation de la structure régionale de l'OMS. La principale tâche du Bureau régional est de fournir une coopération technique par le biais de plusieurs départements et unités très compétents couvrant divers secteurs de programme sous la responsabilité du Directeur de la Gestion du Programme (groupe du DPM), chargé d'envisager de nouveaux moyens de s'attaquer aux problèmes de santé régionaux afin de répondre aux demandes des Etats Membres. Un deuxième programme (DCP - Coordination, Promotion et Information) avait pour tâche de rassembler l'information et la diffuser auprès des Etats Membres, des médias, d'autres organisations, etc. Un autre programme (DSP - Programme de Soutien) était chargé de l'administration, du budget et des finances, du personnel, des fournitures et de l'informatique.

39. Le groupe du DPM dispose d'un système informatique intégré pour l'information (AFROPOC) qui permettait de surveiller de façon continue les dépenses faites au titre du budget ordinaire de l'OMS de façon à planifier les activités futures telles que bourses d'études, ateliers et programmes, au lieu de réagir à différentes situations de façon ponctuelle. Les activités proposées doivent ensuite être définies entre les autorités du pays concerné et l'OMS, puis la responsabilité de leur mise en oeuvre est confiée aux Représentants de l'OMS dans les pays, sans qu'il soit besoin d'en référer au Bureau régional.

40. Outre l'encadrement de toutes ces activités, le Bureau du Directeur régional surveille les programmes axés sur la santé pour tous d'ici l'an 2000 dans tous les pays, district par district. Le Directeur régional est donc en mesure de rendre compte de tous progrès accomplis ou tous problèmes rencontrés.

41. Les trois Bureaux sous-régionaux (Equipes interpays de Développement sanitaire) qui ont été créés au cours du biennium à Bamako, Bujumbura et Harare ont été conçus pour encourager les pays et pour les aider à instaurer la santé pour tous, en mettant l'accent sur les activités au niveau des districts. Ils aident également le Bureau régional à faire face à des problèmes urgents tels que catastrophes naturelles, épidémies, etc. On peut certes encore améliorer le fonctionnement de ces unités dont l'action devrait être moins bureaucratique et plus axée sur le terrain. En outre, les pays membres s'adaptent peu à peu aux rôles nouveaux des Bureaux sous-régionaux à mesure que leurs équipes participent davantage au travail de terrain, aidant les pays à évaluer leurs soins de santé primaires et à dégager les secteurs nouveaux où il faut mener des activités et disposer d'une aide extérieure, notamment une subvention importante de recherche opérationnelle fondée sur la notion de district.

42. Les bureaux dans les pays ont été considérablement réorganisés puisque l'expérience consistant à nommer des nationaux en tant que coordonnateurs dans les pays au début des années 1980 a été jugée infructueuse à la fin de 1984 en raison de plusieurs problèmes, dont le manque d'indépendance à l'égard des Ministères de la Santé dans la gestion des ressources de l'OMS, le fait que les titulaires des postes ne pouvaient se voir offrir des contrats appropriés avec l'OMS prévoyant notamment une assurance-maladie et des prestations familiales, et enfin la réticence des nationaux à se faire les avocats du changement dans leur propre système national. C'est pour ces raisons que le Comité régional avait décidé à Lusaka en 1985 de modifier le système. Le contrôle des ressources de l'OMS au niveau national a été amélioré et il est devenu plus facile de promouvoir le changement dans les pays membres et de travailler avec d'autres institutions du système des Nations Unies et avec des organismes bilatéraux.

43. Entre autres changements survenus dans les bureaux de pays, il convient de citer la nomination d'administrateurs chargés d'aider le Représentant dans le pays et celle de responsables de l'information et de la documentation sanitaires chargés de diffuser l'information sur l'action de l'OMS par les contacts avec les médias, d'obtenir des informations sur la participation d'autres institutions et organismes de coopération technique dans le domaine de la santé et enfin de rendre compte au DCP au Bureau régional. A cet égard, le Directeur régional a remercié les gouvernements des Etats Membres qui avaient autorisé les changements en question, lesquels étaient mis en place de façon relativement harmonieuse compte tenu de leur ampleur et de la rapidité avec laquelle ils avaient été introduits. Il était toutefois important de s'adapter à la situation spécifique de chaque pays.

44. Bien que la structure régionale soit maintenant satisfaisante, des améliorations s'imposent pour surmonter certaines faiblesses, notamment la lente réaction du Bureau régional qui ne répond pas toujours aux lettres, aux télex et aux demandes de fournitures. Les Représentants dans les pays soumettent des rapports trimestriels sous forme de sorties d'imprimantes actuelles ainsi que des rapports plus détaillés tous les six mois, lesquels devraient être établis en consultation avec les gouvernements concernés. De plus, des rapports confidentiels sont adressés périodiquement au Directeur régional sur des problèmes plus précis.

45. Quant à la situation générale en matière de santé dans la Région, le Directeur régional a déclaré que la période biennale avait été caractérisée par la réapparition de certaines maladies épidémiques comme le pian, la peste, la fièvre jaune en Afrique occidentale, la méningite et la tuberculose. Mais la variole n'est pas réapparue. Le fait le plus inquiétant de la période biennale a été l'extension de la pandémie de SIDA, qui affecte surtout les capitales d'Afrique centrale, se propageant de l'ouest vers l'est et le sud. Douze autres pays ont été touchés depuis 1985; la maladie se propage essentiellement en milieu urbain par contacts hétérosexuels. Malgré la réticence initiale des responsables gouvernementaux à discuter des cas de SIDA, la maladie constitue une menace pour les soins de santé primaires et il faut regarder le problème en face si l'on veut parvenir à l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

46. Le Directeur régional a déclaré que deux faits majeurs méritent d'être mentionnés dans le domaine de la formation des personnels. Il s'agit tout d'abord de la conférence mondiale sur l'enseignement médical, qui doit se tenir à Edimbourg en août 1988. Il faut procéder à une refonte de l'enseignement médical compte tenu des besoins de la Région et donc préparer une contribution régionale à la conférence. Pour ce faire, une réunion régionale rassemblera à Brazzaville en octobre 1987 des administrateurs des soins de santé, des enseignants et des représentants d'associations médicales.

47. Le deuxième fait nouveau concernait les soins infirmiers, car le rôle de l'infirmier dans les soins de santé primaires n'est pas bien compris dans la Région. C'est pourquoi un groupe régional d'intervention pour les soins infirmiers a été créé et l'on espère que des groupes sous-régionaux d'intervention verront ensuite le jour.

48. La clé du développement des soins de santé est l'approche sanitaire fondée sur le district, comme on a pu le vérifier avec succès dans quelques pays; les données d'expériences acquises par exemple au Nigéria et au Zaïre, qui possèdent de nombreuses circonscriptions locales, sont en cours de diffusion.

49. Quant à la lutte contre l'onchocercose, la dévolution des responsabilités aux gouvernements nationaux a déjà commencé, et le processus devrait prendre une dizaine d'années. En même temps, on intensifiera l'engagement sanitaire des districts dans les zones où l'onchocercose a été éliminée.

#### Discussion

50. Le Comité régional a félicité le Directeur régional de son rapport sur l'activité de l'OMS dans la Région africaine couvrant la période biennale 1985-1986 en général, et de la refonte de la présentation qui a fait correspondre très exactement le rapport à la période considérée en particulier. Le Comité a été impressionné par ce qui a été réalisé au cours de cette période malgré les graves contraintes qui, à la même époque, se sont exercées sur l'Organisation.

51. On a relevé certaines erreurs, inexactitudes et omissions d'événements extrêmement importants dans quelques rapports pays. A cet égard, le Comité a estimé qu'il serait éminemment souhaitable qu'une collaboration plus étroite s'instaure entre les Représentants de l'OMS et les fonctionnaires nationaux responsables de la préparation des rapports pays.

52. Le Comité s'est dit satisfait de la restructuration de l'Organisation régionale et a formulé des observations sur son importance, son adéquation et son opportunité, particulièrement à une époque où il est absolument nécessaire d'utiliser au mieux les ressources de l'Organisation et de répondre rapidement et adéquatement aux problèmes des pays. Certains membres ont estimé que la localisation, le rôle et les fonctions des Bureaux sous-régionaux de Développement sanitaire (Equipes interpays de Développement sanitaire) n'avaient pas été clairement définis. Il a également semblé que l'on ne sache pas très bien si les Bureaux sous-régionaux de Développement et les Equipes interpays de Développement sanitaire sont des appellations différentes recouvrant la même entité ou deux entités distinctes. Le Comité a donc prié le Directeur régional de clarifier la situation.

53. Faisant allusion aux difficultés financières de l'Organisation à une époque où les Etats Membres ont le plus grand besoin de la collaboration de l'OMS et de son soutien, le Comité a instamment prié tous les Etats Membres de la Région de prendre rapidement des mesures appropriées pour garantir la parfaite exécution de toutes leurs obligations financières vis-à-vis de l'Organisation.

54. En ce qui concerne l'accélération de la mise en place des soins de santé primaires au niveau du district, des exemples ont été donnés de différentes mesures déjà prises ou sur le point de l'être dans un certain nombre de pays. Il a également été fait état de certains obstacles qui entravent le progrès et qu'il faut surmonter. A cet égard, le Comité a approuvé les mesures que le Directeur régional avait prises pour fournir un appui aux pays membres pour les aider à développer et à renforcer leurs infrastructures sanitaires à tous les niveaux, l'accent étant mis en particulier sur le district.

55. A cet égard, le Comité a rappelé la relation existant entre le développement sanitaire et le développement socio-économique. Il a souligné la nécessité d'un développement intégré et d'une approche multisectorielle et intersectorielle ainsi que la participation maximale de la communauté à la mise en oeuvre des programmes.

56. Le Comité a attiré l'attention sur les états d'urgence et de crise qui continuent d'affecter un certain nombre de pays de la Région du fait d'épidémies de maladies transmissibles, de catastrophes naturelles y compris la sécheresse et la famine, et particulièrement des conflits armés. Le Comité a accordé une attention particulière aux graves conséquences de l'état de guerre pour la santé des populations ainsi que des implications sanitaires de l'apartheid.

57. Le Comité a dit combien il appréciait la rapidité des interventions de l'OMS en particulier et des nombreux organismes internationaux, gouvernementaux, non gouvernementaux et bénévoles en général, pour faire face à ces situations d'urgence. Le Comité a toutefois exprimé qu'il restait beaucoup à faire.

58. Les problèmes créés par la manifestation et la propagation du SIDA ont été soulignés ainsi que les graves menaces que cette maladie fait peser sur le développement et l'instauration de SPT/2000. Le Comité a vivement apprécié la rapidité avec laquelle l'OMS réagissait pour satisfaire les besoins des pays et plus particulièrement son rôle de chef de file et de coordonnateur. Le Comité a instamment prié l'OMS de continuer à jouer ce rôle et d'intensifier de manière marquée sa collaboration avec les Etats Membres ainsi que son appui.

59. Le Comité régional a également attiré l'attention sur l'importance et l'utilité de l'échange d'informations sur le partage des données d'expérience dans divers domaines, notamment dans la mise en oeuvre des programmes des médicaments essentiels par le biais de missions dans les pays et par les autres mécanismes de la CTPD.

60. Le Comité a en outre rendu hommage aux efforts déployés par la Fédération internationale des Associations de Fabricants de Produits pharmaceutiques qui collabore avec l'OMS et les Etats Membres au programme des médicaments essentiels de l'OMS, et a fait état en particulier des efforts déployés par l'Organisation de l'Unité africaine pour collaborer avec l'OMS et les autres organisations internationales, en général dans le domaine de la santé et dans les domaines connexes.

61. Le Comité s'est félicité des mesures prises pour lutter contre les carences en iode et en vitamine A et a loué les mesures prises pour fournir un appui technique complémentaire à la promotion des SSP au niveau du district par le biais des services des cadres associés (APO).

#### UTILISATION OPTIMALE DES RESSOURCES DE L'OMS : POLITIQUE REGIONALE EN MATIERE DE BUDGET PROGRAMME ET

#### EXAMEN DE L'INTRODUCTION DU DIRECTEUR GENERAL AU PROJET DE BUDGET PROGRAMME 1988-1989 ET LES COMMENTAIRES DU CONSEIL EXECUTIF A CE SUJET

#### Introduction

62. Le Dr A. Takle (Secrétariat), en présentant les deux points de l'ordre du jour (documents AFR/RC37/4 et AFR/RC37/5), a fait remarquer que les Etats Membres de la Région africaine de l'OMS avaient adopté en septembre 1986 une politique régionale en matière de budget programme relative à l'utilisation optimale des ressources de l'OMS.

63. Par sa résolution AFR/RC36/R3, le Comité régional avait invité les Etats Membres à assumer l'entière responsabilité de la mise en oeuvre de la politique régionale en matière de budget programme. Pour ce faire, le Comité aurait besoin de prendre connaissance du bref rapport soumis par chaque Etat Membre sur l'utilisation des ressources de l'OMS. Afin d'aider les Etats Membres à préparer ce rapport, le Directeur régional avait envoyé aux pays un questionnaire (Annexe 1 du document AFR/RC37/4) pour permettre d'examiner la mise en oeuvre du budget programme ordinaire en 1986 sous quatre grandes rubriques : i) personnels; ii) bourses d'études; iii) fournitures et matériels; iv) mécanismes gestionnaires.

64. Les rapports nationaux n'étaient pas tous disponibles quand le document AFR/RC37/4 a été préparé. Il avait donc été nécessaire de produire un additif. Toutefois, l'analyse fondée sur les 16 premiers rapports, représentant plus d'un tiers des pays de la Région, a été corroborée par les autres rapports.

65. L'un des principaux objectifs de la politique régionale en matière de budget programme est d'apporter un appui aux stratégies nationales par l'intermédiaire de la coopération technique en ayant recours à un personnel permanent ou à court terme. Presque tous les pays ont mis en application la résolution AFR/RC35/R7 et ont un Représentant de l'OMS recruté au niveau international. Des postes avaient été abolis par quelques pays seulement et remplacés par des bourses d'études accordées à des nationaux. Il n'y a pas eu de cas où l'économie réalisée par la suppression de postes a été consacrée à l'achat de matériels ou de fournitures. Toutefois, quelques pays n'avaient pas pourvu à tous les postes disponibles en 1986 pour des raisons diverses liées aux choix des candidats : i) la spécialité requise; ii) les quotas relatifs à la nationalité, et iii) l'approbation du gouvernement.

66. Conformément à la résolution EB71.R6 du Conseil exécutif et à la résolution AFR/RC33/R2 du Comité régional, presque tous les pays avaient un mécanisme de sélection pour les bourses fondé sur des critères clairement définis, mécanisme auquel les Représentants de l'OMS ont été associés. Toutefois, la plupart des pays n'ont pas de plan de développement des personnels et accordent des bourses pour une formation "de base" de certaines catégories de personnels à l'étranger. De plus, il semblerait que la plupart des pays n'aient pas établi de distinction entre la formation à court terme et la participation à des réunions ou à des séminaires.

67. L'utilisation des ressources de l'OMS pour les fournitures et les matériels doit être très sélective et accompagnée de restrictions strictes de façon à respecter la politique régionale. L'accent avait été mis sur les véhicules. Un quart des pays n'avaient pas utilisé le budget ordinaire de l'OMS pour acheter des véhicules en 1986, et plus de la moitié des pays ont fait attention à l'entretien et à l'utilisation des véhicules.

68. Les mécanismes gestionnaires décrits dans la politique régionale en matière de budget programme, conformément au document DGO/83.1 sur l'utilisation optimale des ressources de l'OMS, comprennent un nouveau mécanisme de coopération financière directe qui donne aux Etats Membres l'entière responsabilité de la gestion des ressources de l'OMS. En conséquence, le questionnaire est axé sur ce mécanisme, lequel était toutefois rarement utilisé : un quart des pays l'ont mis en place pour moins de 10 % seulement de leurs prévisions financières biennales. Si le mécanisme n'a pas été utilisé, c'est surtout parce que les gouvernements et même les Représentants de l'OMS le connaissaient mal.

69. Des mécanismes mixtes gouvernement/OMS pour planifier, mettre en oeuvre et surveiller les ressources de l'OMS ont été mis en place dans presque tous les pays, mais ils fonctionnent de façon irrégulière et ponctuelle. Néanmoins, les pays sont dans l'ensemble conscients de la nécessité de disposer de ces mécanismes. Il semble que leur changement d'attitude ait coïncidé avec l'introduction du système AFROPOC.

70. En conclusion, le Comité régional devrait prier instamment les Etats Membres d'appliquer la politique régionale qu'ils ont adoptée à Brazzaville en 1986, notamment pour ce qui est des personnels, des bourses d'études, du matériel et des fournitures, en utilisant de façon stricte les mécanismes gestionnaires mis au point. Le Comité a été invité à donner au Directeur régional des orientations claires et précises de façon à lui permettre de fournir un appui adéquat aux Etats Membres.

71. En ce qui concerne le document AFR/RC37/5 qui traite de l'introduction du Directeur général au budget programme 1988-1989, le Dr Tekle a déclaré que les Comités régionaux avaient été invités par l'Assemblée mondiale de la Santé à examiner attentivement cette introduction.

72. Il a déclaré que la crise à laquelle faisaient face l'Organisation et ses Etats Membres était qualifiée de crise de liquidités alors qu'on devrait plutôt l'appeler crise de confiance, bien que l'Organisation ait toujours été prompte à reconnaître ses insuffisances, et à essayer de les pallier. En même temps, le Directeur général avait exprimé son inquiétude devant la passivité des Comités régionaux face à cette situation.

73. Le rôle de l'Organisation est double. Elle doit notamment agir en tant qu'autorité directrice et coordonnatrice dans le domaine de la santé internationale, d'une part, et être un agent de coopération technique avec les Etats Membres, d'autre part. Malgré cela, de nombreux pays considèrent encore l'OMS comme un simple organisme donateur, certains pays préparant des listes d'achats ayant peu de rapport avec la stratégie nationale pour la mise en oeuvre de SPT. Il a été rappelé aux pays que le Directeur régional ne devrait répondre favorablement aux requêtes des gouvernements que si elles étaient conformes à la politique de l'Organisation.

74. Dans bien des cas, l'utilisation optimale des ressources de l'OMS a été gênée par la hâte avec laquelle on engage des fonds pour acheter du matériel et des fournitures et couvrir des dépenses locales, au "coup par coup", vers la fin de chaque période biennale. De même, de nombreuses bourses d'études semblent ne pas avoir été planifiées et de nombreux boursiers n'ont pas été correctement utilisés à leur retour au pays.

75. Le Directeur général a déploré la façon dont les chiffres de planification par pays ont été attribués au cours des précédentes périodes biennales, et il a évoqué la possibilité d'affecter les fonds en fonction de la façon dont chaque pays se conforme à la politique de budget programme, respecte les processus gestionnaires et utilise au mieux les ressources de l'OMS.

76. Le Conseil exécutif a soutenu sans réserves l'introduction du Directeur général au projet de budget programme pour 1988-1989. Toutefois, il s'est interrogé sur la faisabilité de certaines mesures correctrices proposées par le Directeur général. Compte tenu de ce qui est advenu des résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif, le Conseil n'est pas optimiste et ne pense pas que des mesures telles que l'institution de budgets programmes régionaux et de contrôles financiers exercés du point de vue des politiques et des programmes puissent avoir les effets souhaités.

77. En ce qui concerne la gestion de la coopération technique, le Conseil a admis que des mesures correctrices devraient être prises par l'Organisation et ses Etats Membres.

78. Le rapport sur la discussion par le Comité régional de l'introduction du Directeur général sera soumis au Conseil pour examen à sa quatre-vingt-unième session, et à l'Assemblée mondiale de la Santé à sa Quarante et Unième session, en mai 1988.

#### Discussion

79. Le Comité a reconnu que le rapport du Directeur régional (document AFR/RC37/4) faisait clairement ressortir les efforts déployés par les pays d'Afrique pour assurer l'utilisation optimale des ressources de l'Organisation. Pour certains membres, il fallait considérer les ressources mises à la disposition des pays par l'intermédiaire de l'OMS et d'autres organismes comme complémentaires des efforts nationaux dans le domaine des soins de santé primaires, et les postes budgétaires de l'OMS devaient être envisagés dans la perspective de la politique nationale d'ensemble en matière de soins de santé.

80. Un autre point de vue a été exprimé, à savoir que la meilleure solution concernant la politique en matière de budget programme était de garantir l'équilibre entre dépenses techniques et administratives; une réduction des dépenses administratives au niveau des Représentants de l'OMS pourrait permettre de financer certaines activités de programmes techniques. Les 34 % du budget programme alloués aux dépenses d'exploitation devraient être en partie financés par les budgets nationaux en monnaie locale. Il a été proposé d'inclure dans le dispositif du projet de résolution sur cette question une esquisse des directives données par le Bureau régional aux Représentants dans les pays quant à la façon dont les budgets programmes devraient être mis en oeuvre. La rétro-information sur la mise en oeuvre de la politique budgétaire était également possible à travers le système AFROPOC, dont on estimait généralement qu'il avait nettement contribué à rationaliser le processus gestionnaire. Toutefois, ce système devrait être encore simplifié.

81. On a insisté sur la nécessité de disposer de plans bien définis et de dégager avec précision les ressources, de façon à assurer une mise en oeuvre cohérente et optimale des programmes. C'est ainsi qu'il faudrait coordonner plus soigneusement l'utilisation des fonds extrabudgétaires provenant de sources bilatérales et multilatérales avec celles des ressources de l'OMS. L'OMS devrait accorder un appui spécial pour encourager le développement et l'utilisation des personnels et des moyens matériels locaux.

82. Il a d'autre part été souligné que la nomination des Représentants de l'OMS dans les pays avait beaucoup amélioré la collaboration entre l'OMS et les Etats Membres et que l'organisation d'ateliers au niveau sous-régional permettrait de familiariser les personnels nationaux de santé et les Représentants de l'OMS avec le processus gestionnaire de l'Organisation. Il a été suggéré que le Bureau régional tienne les Etats Membres au courant des modalités de la coopération financière directe et renforce cette démarche au niveau des Représentants de l'OMS dans les pays.

83. Le Comité a reconnu que le meilleur moyen d'atténuer les graves difficultés financières de l'Organisation était de faire en sorte que tous les Membres paient rapidement la totalité de leur contribution. Il était indispensable à cet égard que le Comité prenne une décision ferme pour remettre de l'ordre.

#### ACCELERER L'INSTAURATION DE LA SANTE POUR TOUS DANS LES ETATS MEMBRES DE LA REGION AFRICAINE : ANALYSE DE LA SITUATION SANITAIRE DANS LES DISTRICTS

##### Introduction

84. Le document AFR/RC37/6 sur ce sujet a été présenté par le Dr F. Aboo-Baker (Secrétariat), qui a rappelé qu'à la trente-cinquième session du Comité régional, tenue à Lusaka en 1985, il avait été décidé d'accélérer l'instauration de la santé pour tous dans les districts en 1986-1987. Cette activité constituait le premier volet d'un scénario échelonné sur trois ans dont les deuxième et troisième volets concernaient l'action au niveau intermédiaire (1987-1988) et au niveau central (1988-1989). A la trente-sixième session du Comité régional à Brazzaville, le Bureau régional s'était engagé à soumettre une analyse de situation sur les progrès réalisés par les districts en vue de la SPT/2000.

85. Les données n'ont pas été recueillies de façon uniforme. L'information est rassemblée à partir des documents officiels des Ministères de la Santé ainsi que des rapports mensuels, trimestriels, semestriels et annuels établis par les Représentants de l'OMS dans les pays.

86. On a constaté que le "district" était affublé de différents noms qui ont tous la même signification. Un district est une entité géographique/politique/administrative, dans laquelle le partenariat Etat/population a été instauré et où sont coordonnées et menées les activités sociales et industrielles. Toutefois, cette notion ne s'applique pas toujours au domaine de la santé. Un district de santé chevauche souvent deux districts administratifs. En termes quantitatifs, bien que l'information soit encore incomplète, il semblerait qu'environ 24 % des districts dans 41 pays (deux pays n'ont fourni aucune information) soient opérationnels si l'on considère le fait que les SSP ont été introduits suivant un plan bien déterminé par un personnel approprié. Les districts pilotes et les districts visés par une stratégie nationale n'ont pas été comptés.

87. Dans les 41 pays, le district est géré par un comité de développement de district, dont le président est habituellement un représentant du gouvernement. Toutefois, dans de nombreux cas, ces comités sont plus ou moins inexistantes. Suivant le régime politique du pays, les comités de développement ont été remplacés ou complétés par des cellules ou organes du parti qui mènent simultanément campagnes politiques et campagnes sanitaires. Dans 60 % des cas, les sous-comités de santé sont mis en place à l'initiative du gouvernement.

88. Pour ce qui est des activités menées effectivement, 17 des 41 pays disposent d'un système de planification rationnel avec sélection des priorités tandis que 24 autres travaillent au coup par coup. Pour l'ensemble des pays, on peut énumérer les activités selon l'ordre de priorité suivant : santé maternelle et infantile, médicaments, éducation, eau, nutrition. Bien que des efforts aient été faits pour progresser vers les huit composantes de la santé définies à Alma-Ata, les activités sont encore dispersées et les programmes ont un caractère trop vertical pour atteindre la majorité des populations. De ce fait, la surveillance continue et l'évaluation sont difficiles.

89. Les deux piliers permanents de l'équipe de santé étaient constitués des agents de santé communautaires et des accoucheuses traditionnelles. Toutefois, il y a eu quelque confusion du fait qu'ils étaient tous des agents de santé de première ligne. En général, l'équipe de santé de district avait un personnel plus étoffé et agissait comme personnel d'appui des équipes de santé du village (première ligne).

90. On devrait répartir les pays en trois catégories en se fondant sur la planification avant de passer à l'action. Le premier groupe composé de 17 pays avait un plan bien défini contenant des priorités déterminées en collaboration avec les populations et avec des mécanismes mis en place pour la collecte et le contrôle des données. Dans le deuxième groupe de pays, au nombre de 14, la planification était moins bien définie et la gestion n'était pas facile à déceler. Dans le troisième groupe de pays, quelques activités étaient menées mais il n'était pas possible de déceler le moindre plan d'action.

91. Les trois groupes de pays avaient des difficultés pour la collecte des données, pour procéder à l'évaluation et surtout pour créer des chefs-lieux de district. Pour bien faire, les travailleurs du terroir devraient agir à trois niveaux : au niveau du gouvernement, au niveau de la collectivité et au niveau bilatéral/multilatéral. Toutefois, la plupart du travail accompli sur le terrain était le fait des ONG, alors que c'est précisément dans ce domaine que le gouvernement devrait enraciner son action auprès des populations.

92. Les principales difficultés rencontrées dans la création des SSP au niveau du district provenaient du manque de personnel qualifié, des insuffisances dans la gestion et du manque de soutien logistique. Quant à la forme des personnels, 80 % des pays menaient des activités de formation pour les agents de santé communautaires, les techniciens de laboratoire, les infirmiers et les médecins.

93. Le Dr Aboo-Baker a conclu avec les remarques suivantes : le rapport n'était pas exhaustif et, à certains points de vue, il était incomplet et nécessitait une mise à jour constante, vu que tous les pays faisaient des efforts prodigieux pour accélérer la mise en oeuvre de la santé pour tous en l'an 2000 au niveau du district, bien qu'on ait besoin d'aller plus vite si l'on veut atteindre l'objectif fixé pour l'an 2000. Là où existe une politique de décentralisation, le district est censé avoir ses propres moyens budgétaires, mais l'analyse a montré que tel n'était pas le cas. Si les activités étaient axées sur la mère et l'enfant, il serait plus facile d'articuler entre eux les éléments sanitaires et parasitaires - tels que les médicaments, l'éducation, l'eau et la nutrition. Le manque de personnel qualifié et l'insuffisance des mécanismes gestionnaires demeurent les principaux obstacles.

### Discussion

94. Plusieurs membres ont corrigé les statistiques relatives à la situation des soins de santé primaires dans leur pays, telles qu'elles figurent dans le document, et ont fait succinctement le point des progrès réalisés et des difficultés rencontrées dans la mise en oeuvre des activités de soins de santé primaires au niveau du district.

95. On a fait observer que le niveau du district constitue le noyau du développement socio-économique, et qu'une approche district par district s'impose pour assurer une répartition équitable des moyens humains dans l'ensemble du pays. Le Comité a noté qu'il fallait décentraliser efficacement et constituer systématiquement des équipes gestionnaires de district, en insistant sur les techniques de gestion et les articulations avec d'autres secteurs, l'objectif étant de renforcer l'efficacité opérationnelle au niveau du district. Au titre des facteurs importants pour l'accélération des progrès vers la SPT/2000, on a également mentionné l'existence de tous moyens de transport et de communication et d'un réseau efficace de distribution des médicaments et la participation à la production. En outre, on a admis le rôle important joué par le personnel non médical, notamment au niveau politique, l'idée générale étant que la santé doit être envisagée dans le cadre plus large du bien-être de la population.

96. Pour terminer, le Comité a été informé que le Secrétariat était en train de mettre au point une série d'indicateurs pour la surveillance continue des progrès enregistrés au niveau du district.

### EXAMEN DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE SIDA

#### Introduction

97. Le document AFR/RC37/7 relatif à cette question a été présenté par le Dr F. Hakizimana, qui a fait remarquer que le rapport du Directeur régional sur le programme régional de lutte contre le SIDA décrivait les progrès accomplis dans la mise en oeuvre des recommandations de l'atelier qui avait eu lieu à Bangui du 22 au 25 octobre 1985, et celles de la Conférence régionale tenue à Brazzaville du 11 au 13 novembre 1986. Le document soumis au Comité a été rédigé le 15 avril 1987. Le Comité a été invité à prendre connaissance des informations supplémentaires recueillies jusqu'au 31 août 1987.

98. Dans l'introduction du document, du paragraphe 1 à 6, sont examinés les aspects épidémiologiques et santé publique du SIDA. Il faut rappeler que les premiers cas de SIDA ont été notifiés en 1983. Au 6 mai 1987, 36 pays africains participaient au système de surveillance du SIDA, créé par l'OMS. Au total, 4354 cas de SIDA avaient été notifiés dans 24 pays de la Région.

99. Au 31 août 1987, 40 pays de la Région africaine avaient notifié 5000 cas de SIDA à l'OMS, dont 831 cas mortels notifiés par 14 pays. A cette date, six pays ne participaient pas encore au système de surveillance, à savoir la Guinée équatoriale, le Mali, la Namibie, la Réunion, la Sierra Leone et Sainte-Hélène. Sur les 40 pays notifiant des cas, huit - Burkina Faso, Comores, Madagascar, Mauritanie, Maurice, Sao Tomé-et-Principe, Seychelles et Togo - ont déclaré qu'il n'y avait pas de cas de SIDA sur leur territoire. Plus tard, des cas d'infection due au LAV.2 ont été déclarés en Afrique centrale et dans quelques pays d'Afrique de l'Est.

100. Les paragraphes 7 à 9 traitent de l'évaluation de la mise en oeuvre du programme de lutte contre le SIDA dans la Région jusqu'au 15 avril 1987. Le programme est fondé sur la politique, les stratégies et la mise en oeuvre des recommandations faites par l'OMS et les Etats Membres.

101. Les paragraphes 10 à 13 mettent en exergue les efforts déployés par les pays pour mettre sur pied des programmes nationaux de lutte contre le SIDA et soulignent la nécessité pour les pays qui ne l'ont pas encore fait de créer de tels comités car ils jouent un rôle capital dans la mise en oeuvre de méthodes de prévention et de lutte contre cette maladie.

102. Les paragraphes 14 à 17 donnent un aperçu de l'évaluation initiale effectuée dans 13 pays jusqu'au 15 avril 1987. Au 1er septembre 1987, des visites préliminaires avaient été effectuées dans 34 pays, et au 15 octobre 1987 des visites préliminaires avaient été effectuées pour arrêter les plans d'action à court terme dans 40 pays. Les pays qui doivent faire l'objet d'une visite sont les suivants : Angola, Comores, Guinée équatoriale, Madagascar, Sao Tomé-et-Principe et Seychelles.

103. Les paragraphes 18 à 21 décrivent l'appui que l'OMS a pu fournir aux pays sur la base des plans nationaux au début de 1987, date à laquelle les programmes de lutte contre le SIDA ont été lancés et les fonds ont commencé à affluer.

104. Vingt-six pays ont bénéficié d'un appui financier et technique de l'OMS au cours des six derniers mois. Treize autres sont sur le point de signer l'accord de services techniques avec l'OMS, ce qui devait se traduire par un versement rapide des fonds. Trois autres pays n'ont pas encore sollicité la collaboration de l'OMS; ce sont le Tchad, la Mauritanie et la Namibie.

105. Au 31 août 1987, des plans quinquennaux à moyen terme avaient été formulés dans 15 pays et des réunions d'organismes donateurs s'étaient tenues dans cinq pays. A la fin de ces réunions, US \$20 millions avaient pu être mobilisés en vue de financer la première année des activités de lutte contre le SIDA dans les pays.

106. Le programme spécial de lutte contre le SIDA au Siège apportera un appui financier aux pays dans le cadre des plans à court terme jusqu'à un plafond de US \$3 millions et a déjà alloué US \$2 millions pour le programme à moyen terme. Ces chiffres ne comprennent pas le coût des postes de consultants ou de personnel régulier.

107. Les paragraphes 22 à 24 donnent un aperçu des vastes campagnes entreprises pour informer le public (en particulier les groupes à haut risque) et des efforts considérables déployés pour amener les activités éducatives anti-SIDA à un niveau qui corresponde à l'importance que devrait jouer l'éducation pour la santé dans ce programme. Dans les paragraphes 25 à 31 sont mis en relief les efforts faits par l'OMS pour encourager l'échange d'information. L'OMS a organisé des réunions scientifiques, ateliers et conférences à caractère international dans la Région africaine, et fourni une aide financière aux pays de la Région pour leur permettre de participer à ces réunions.

108. Au paragraphe 25, il conviendrait de mentionner la troisième conférence internationale sur le SIDA, organisée à Washington (Etats-Unis d'Amérique), du 4 au 5 juin 1987, ainsi que d'autres réunions qui ont déjà été programmées, à savoir : la deuxième conférence sur le SIDA en Afrique et les cancers qui lui sont associés, prévue à Naples (Italie) du 7 au 9 octobre 1987; la conférence internationale sur le SIDA qui aura lieu à Paris (France) en novembre 1987; le sommet mondial des Ministres de la Santé, prévu à Londres (Royaume-Uni) en janvier 1988, et la quatrième conférence internationale sur le SIDA, qui aura lieu à Stockholm (Suède) en juin 1988.

109. Le paragraphe 29 devrait mentionner l'organisation de la deuxième conférence régionale sur le SIDA au Zaïre en mars 1988. Le paragraphe 30 devrait mentionner également qu'on organisera du 12 au 16 octobre 1987 une table ronde sur les laboratoires périphériques au cours de laquelle seront proposées des épreuves simples pour le diagnostic du SIDA dans les districts. Dans le cadre des plans à court et moyen terme, on organisera également des cours de formation, des ateliers et des séminaires sur tous les aspects du programme. L'OMS fournira les consultants nécessaires pour assurer cette formation.

110. L'OMS se propose également d'organiser des cours de formation de courte durée à l'intention des consultants africains à court terme dans le cadre de la lutte contre le SIDA, de façon qu'ils puissent oeuvrer dans n'importe quel pays de la Région. Au paragraphe 31, il conviendra d'ajouter le point vi) : "Réunion OMS sur les critères de programmation du dépistage du VIH".

111. Les paragraphes 32 à 34 comportent un résumé de l'application des recommandations faites par l'OMS concernant la mobilisation des ressources pour la lutte nationale contre le SIDA. Les paragraphes 35 à 42 portent sur le rôle de l'OMS.

112. La conclusion à laquelle on est parvenu aux paragraphes 43 à 46 est encourageante. A la fin de l'examen du programme de lutte contre le SIDA, il a été constaté que le volume des activités avait augmenté considérablement, que ce soit pour la mobilisation des ressources, l'évaluation de la situation ou le renforcement de l'infrastructure. Il en a été de même pour l'information

ou la sensibilisation du public. Le Comité régional a été invité à examiner le document et à donner des idées directrices sur les mesures à prendre pour atteindre les objectifs du programme de lutte contre le SIDA dans le cadre de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

#### Discussion

113. Le Comité régional s'est dit satisfait de la célérité avec laquelle l'OMS a mené deux actions importantes face à l'apparition et à la propagation de l'épidémie de SIDA.

114. La première a été de jouer un rôle directeur et coordonnateur non seulement à l'échelon mondial mais, plus important encore, aux niveaux des régions et des pays. Le SIDA constituant une situation d'urgence mondiale et non un problème local, il exige donc une coopération internationale sans réserve et il appartient à l'Organisation d'assumer ce rôle coordonnateur et de continuer à s'en acquitter. Toutefois, il faut encore renforcer ce rôle, notamment au niveau des régions et des pays. Le Comité a instamment invité tous les pays à faire preuve d'ouverture au sujet du SIDA et de collaborer entre eux et avec l'OMS.

115. La deuxième action a consisté à faire diligence pour répondre aux besoins des pays en fournissant un soutien aux Etats Membres pour l'élaboration de programmes nationaux de lutte contre le SIDA.

116. On a également noté que l'Organisation s'est employée à organiser des réunions de bailleurs de fonds afin de mobiliser des ressources pour les programmes nationaux. Il lui faut maintenant renforcer le soutien qu'elle fournit aux pays membres et intensifier la collaboration avec eux. Le Comité a reconnu l'importance et le rôle des comités nationaux de lutte contre le SIDA dans le combat mené contre cette maladie, et a noté avec satisfaction la création de tels organismes dans les pays membres de la Région.

117. Les recherches, les études spéciales et les enquêtes épidémiologiques et séro-épidémiologiques exécutées ou en cours d'exécution dans certains pays membres ont fait l'objet d'un exposé. Tout en convenant de la nécessité

d'intensifier et d'accélérer les recherches sur tous les aspects du SIDA, le Comité a mentionné deux domaines dans lesquels la recherche doit être privilégiée. Le premier concerne les travaux visant à découvrir des remèdes traditionnels susceptibles de servir à la prévention et au traitement du SIDA.

118. Le second, plus important, concerne la recherche sociale et comportementale étant donné l'importance des liens existant entre, d'une part, la transmission et les incidences de l'infection à VIH et, d'autre part, la culture et le comportement humain.

119. Le Comité s'est dit préoccupé des conséquences éventuelles du rapatriement des étrangers atteints de l'infection à VIH, et a demandé qu'on lui donne des orientations quant à la conduite à tenir en pareil cas. A cet égard, il a été précisé qu'il s'agissait d'un problème humain et politique complexe au sujet duquel l'OMS a diffusé des principes directeurs. Il a également été expliqué que l'OMS avait pris des dispositions en vue de l'élaboration de directives applicables aux étudiants et aux travailleurs immigrés. A cette occasion, on a souligné que l'OMS n'édicte pas de règles mais ne faisait que fournir des critères normalisés tout en invitant les pays membres à les appliquer ou à les adapter, selon les besoins.

120. Pour ce qui est de la définition OMS des cas cliniques, le Comité a fait observer qu'elle était parfois difficile à appliquer, notamment chez les malades atteints de tuberculose. En conséquence, le Comité a recommandé que cette définition soit réexaminée de manière à améliorer sa précision et sa spécificité, notamment dans les conditions qui prévalent en Afrique.

121. Le Comité a également soulevé plusieurs questions importantes relatives à la vaccination et au SIDA. A cet égard, le Comité a été informé que toutes les vaccinations, à l'exception du BCG chez les enfants ayant les symptômes du SIDA, ne présentaient aucun danger. Pour ce qui est des programmes de vaccination, on ne peut complètement exclure le risque de transmission du VIH mais on peut le réduire en appliquant à la lettre les procédures recommandées pour les injections, à savoir la stérilisation adéquate de tous les instruments et le principe d'une seringue et d'une aiguille stériles par personne. Le Comité a également pris note du fait que les essais de vaccins contre la lèpre étaient en cours dans un pays de la Région.

122. En l'absence de traitement et de vaccin efficaces, le Comité a noté que l'on élaborait des directives nationales sur le traitement des personnes infectées par le VIH et autres maladies apparentées mais il a insisté sur le fait que l'OMS devait donner des idées directrices, notamment pour réduire l'impact de l'infection due au VIH sur les individus, les groupes et les collectivités. A cet égard, le Comité a noté qu'un atelier de formation sur les conseils à donner aux personnes atteintes de l'infection due au VIH ou d'une maladie apparentée était prévu à Nairobi (Kenya) cette année pour les pays anglophones d'Afrique orientale et australe.

123. Les difficultés que pose la compréhension de la nomenclature VIH ont été soulignées. Le Comité a noté que la commission internationale pour la taxonomie des virus avait décidé que VIH devrait être le nom générique tant pour le LAV que pour le HTLV-3. Pour ce qui est du LAV-2 et du HTLV-4, le Comité a estimé que ces virus étaient apparentés au VIH mais il a également noté des différences dans leur structure et dans leur pathogénicité qui, jusqu'à présent, n'ont pas permis à la commission de les regrouper sous une terminologie unique telle VIH-2. Il a en outre été noté que la plupart des gens utilisaient VIH comme nom générique bien que ceci ne soit pas strictement conforme à la nomenclature existante. Il a été reconnu qu'il existe des épreuves pour VIH-2.

124. Le Comité s'est vu communiquer un résumé des activités du programme spécial OMS de lutte contre le SIDA en général et sur les activités menées en étroite collaboration avec le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique en particulier. Parmi les informations fournies, il convient de citer le nombre de pays déjà visités et qui vont l'être, le nombre de programmes à court et moyen terme et le nombre de réunions de donateurs ainsi que le montant des ressources mobilisées jusqu'à présent pour appuyer les programmes nationaux.

125. Les fonctions du groupe spécial sur le SIDA récemment constitué au Bureau régional ont été également décrites. Les pays qui ne notifient pas encore leurs cas de SIDA à l'OMS ont été instamment priés de le faire.

---

PRIX DR COMLAN A. A. QUENUM DE SANTE PUBLIQUE EN AFRIQUE

Introduction

126. Le document AFR/RC37/8 Rév.1 sur ce point de l'ordre du jour a été présenté par le Dr A. Tekle (Secrétariat). Il a déclaré qu'en décembre 1986, le Gouvernement de la République du Cameroun, ayant pris l'initiative de créer un Prix pour commémorer feu le Dr Comlan A. A. Quenum, a doté ce fonds d'une contribution de 1 400 000 CFA (un million quatre cent mille francs CFA). Pour permettre à l'Assemblée mondiale de la Santé d'adopter une résolution créant officiellement le Prix Dr Comlan A. A. Quenum de Santé publique en Afrique, il convenait que le Bureau régional de l'Afrique exprime son point de vue sur la question, puisque le Dr Quenum était un éminent fils de l'Afrique et un fonctionnaire international de haut niveau dont il est opportun de perpétuer la mémoire. Il a été estimé qu'une telle initiative encouragerait d'autres scientifiques africains à consacrer leur vie à la promotion de la santé de la majorité des groupes défavorisés qui habitent dans les zones rurales ou péri-urbaines de la Région africaine. Les bénéficiaires du Prix qui porte le nom du Dr Quenum ne seront pas exclusivement originaires de la Région africaine, mais le Prix pourra être remis à toute personne, sans distinction de race, croyance ou couleur, qui a contribué de façon marquée à la promotion de la santé en Afrique, dans son pays d'origine ou en dehors de ce dernier.

127. Au cours de sa trente-sixième session qui s'est tenue à Brazzaville (Congo), en 1986, le Comité régional a adopté à l'unanimité la résolution AFR/RC36/R8 qui recommande à l'Assemblée mondiale de la Santé la création du Prix Dr Comlan A. A. Quenum de Santé publique en Afrique.

128. Le Conseil exécutif, au cours de sa soixante-dix-neuvième session à Genève en janvier 1987, ayant examiné la recommandation contenue dans la résolution AFR/RC36/R8, a décidé de confier au Comité régional la création du Prix, y compris l'élaboration du règlement approprié et les dispositions pour la sélection des bénéficiaires du Prix. Le Prix sera remis au bénéficiaire lors de l'Assemblée mondiale de la Santé par son Président.

Discussion

129. Plusieurs représentants ont annoncé l'intention de leurs gouvernements de contribuer au fonds qui a été créé pour ce Prix. Un représentant a suggéré que le paragraphe 4 des principes directeurs soit complété par les alinéas (f) et (g) du document original (AFR/RC37/8). Certains participants ont fait remarquer en outre que des candidats pourraient être des instituts plutôt que des individus parce que les progrès dans le domaine de la santé publique résultent souvent du travail en équipe. Finalement, tous les amendements aux statuts du Prix devront être approuvés au préalable par le Comité régional. Le Comité a été informé que les contributions pouvaient être le fait de particuliers autant que d'Etats Membres.

PROGRAMME SPECIAL DE RECHERCHE, DE DEVELOPPEMENT ET DE FORMATION A LA RECHERCHE EN REPRODUCTION HUMAINE (HRP) DANS LES ETATS MEMBRES DE LA REGION AFRICAINE DE L'OMS

Introduction

130. Le document AFR/RC37/9 a été présenté par le Dr W. Mwambazi (Secrétariat), du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, et par le Dr Kasonde, du Siège de l'OMS. Le Comité a été informé que le nombre des membres représentant la Région africaine au Comité consultatif mondial de la politique et de la coordination de HRP - lequel comprend au total 12 membres - était passé de deux à quatre. Actuellement, ce sont le Gabon et le Kenya qui représentent la Région.

131. Le Comité a été d'autre par informé que la Banque mondiale, le PNUD, le FNUAP et la Fondation Rockefeller avaient décidé de contribuer régulièrement au programme, ce qui devrait augmenter sensiblement ses ressources financières.

Discussion

132. Le délégué du Rwanda et celui du Cameroun sont brièvement intervenus. Le Gouvernement rwandais a ouvert un centre pour les questions de population, notamment l'infécondité, la planification familiale, l'éducation à la vie familiale dans les écoles et la SMI. Le voeu du Gouvernement est d'obtenir la collaboration de l'OMS.

133. Une équipe du Programme spécial du Siège s'est récemment rendue au centre et a formulé des recommandations à propos du potentiel d'activités HRP. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a été invité à participer aux activités du centre. Le Directeur régional a entrepris une série de discussions avec différentes parties, à l'intérieur comme à l'extérieur de la Région, afin de trouver les moyens de renforcer le centre de Kigali pour en faire un centre régional de formation et de développement en santé familiale.

134. La question du déséquilibre apparent en faveur des pays anglophones dans l'utilisation des fonds HRP a également été soulevée. Le Programme spécial a été invité à s'efforcer plus activement de mettre en place la capacité nécessaire pour développer les activités de recherche dans les pays francophones afin d'améliorer la répartition des ressources et d'en élargir l'utilisation.

135. Le Comité a prié le Programme spécial de diffuser plus largement les résultats des travaux de recherche menés par des chercheurs et institutions d'Afrique qui bénéficient de subvention HRP. Les Etats Membres pourraient être mieux informés.

#### PROPOSITION POUR PROMOUVOIR L'IMAGE PUBLIQUE DE L'OMS PAR LE BIAIS DE SES ACTIVITES DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE

##### Introduction

136. Le document AFR/RC37/10 a été présenté par M. H. Ben Aziza (Secrétariat), qui a indiqué que le document faisait le point de l'image de marque actuelle de l'OMS dans la Région africaine et comportait plusieurs propositions visant à améliorer peu à peu cette image par le biais d'activités pertinentes de développement sanitaire, en particulier au niveau local.

137. L'introduction du document fait l'objet des paragraphes 1 à 10. Une question cruciale est posée dans les paragraphes 1 et 2 : "Pourquoi l'OMS ne connaît pas autant de rayonnement que d'autres organisations du système des Nations Unies ou des ONG alors que sa Constitution en fait : i) une autorité directrice et coordonnatrice dans le domaine de la santé, et ii) accorde une place de choix aux actions de promotion, d'information du public et d'éducation pour la santé".

138. Dans les paragraphes 6 à 8, il est précisé que l'image de marque de l'OMS sera la résultante de plusieurs facteurs, dont essentiellement son aptitude à renforcer ses liens avec le public, à se maintenir... comme institution de référence scientifique et technologique dans le domaine de la santé, à intervenir de manière efficace, efficiente et rapide à la demande des Etats Membres et à définir une stratégie politique, technique, opérationnelle et coopérative.

139. L'image de l'OMS dépend largement de l'idée que se font plusieurs groupes cibles de son mandat, de sa politique et de sa stratégie, de ses structures et de ses activités dans les Etats Membres visant à protéger, préserver et promouvoir la santé.

140. Dans le paragraphe 9 sont énumérés les principaux groupes cibles qui constituent des "partenaires" potentiels pour l'amélioration de l'image de marque de l'OMS : le monde scientifique, les associations professionnelles de la santé, le Ministère de la Santé, le Ministère du Plan, le Ministère des Affaires étrangères, les hommes politiques et les parlementaires, les universités et les établissements de formation des personnels de santé, les médias, les organismes donateurs, les ONG, les organisations de la famille des Nations Unies ainsi que les institutions régionales et sous-régionales. Dans le paragraphe 10 est souligné le rôle du Représentant de l'OMS, élément clé pour promouvoir l'image de l'OMS.

141. La deuxième partie du document (paragraphes 11 à 42) concerne les moyens d'agir et de coopérer avec chaque groupe cible. L'accent est mis sur la nécessité de communiquer à ces groupes des renseignements clairs et pertinents sur les programmes et activités SPT/2000 menés dans le pays, particulièrement au niveau local, sur les activités d'appui de l'OMS au développement sanitaire national, sur la coopération intersectorielle.

142. Dans la troisième partie du document (paragraphes 43 et 44) est résumé le plan d'action à court terme proposé en 1987-1988 pour améliorer l'image de marque de l'OMS grâce à des activités de promotion dans la Région et notamment au niveau des pays. L'OMS utilisera essentiellement ses propres moyens pour exécuter ce plan, en étroite collaboration avec des experts nationaux. La liste des activités prévues n'est pas exhaustive.

143. La principale activité prévue au niveau régional (paragraphe 43) est d'élaborer et de diffuser du matériel d'information pertinent par l'intermédiaire de la Région, notamment des films, des photos, des brochures, des extraits de documents sur l'instauration de la SPT/2000, des émissions de radio et de télévision, ainsi qu'un dépliant spécial à l'occasion du quarantième anniversaire de l'OMS. Ce matériel sera utilisé par les médias nationaux. Il est également envisagé de décerner un prix annuel à un district de la Région où des progrès importants auront été réalisés en matière de mise en place des SSP.

144. Au niveau des pays (paragraphe 44), il est prévu de constituer un comité national OMS chargé d'organiser les festivités du quarantième anniversaire de l'OMS et de promouvoir l'image de l'OMS dans les pays. L'accent sera mis sur la production et la diffusion de matériel d'information, la mobilisation des médias et l'organisation de différentes manifestations et compétitions en rapport avec la SPT/2000, à l'intention des jeunes et des personnels d'action sanitaire et sociale.

145. Les paragraphes de conclusion (45 à 47) précisent que la pertinence, la visibilité et la crédibilité des activités de l'OMS conditionnent dans une large mesure l'image de l'OMS aux niveaux communautaire, national et régional. Comme c'est au niveau des pays que ces activités sont le plus clairement perçues, le Représentant de l'OMS, en collaboration avec les autorités nationales, a un rôle décisif à jouer dans la promotion de l'image de l'OMS.

146. Le Comité a été prié de formuler des suggestions et des recommandations qui permettraient à l'OMS et aux Etats Membres d'organiser des activités promotionnelles afin de donner à l'Organisation l'image positive qu'elle mérite parmi les nations et les institutions internationales.

147. Enfin, un projet de résolution a été annexé au document AFR/RC37/10 pour examen et adoption par le Comité.

Discussion

148. La plupart des interventions ont porté sur la vision qu'ont les Etats Membres du rôle de l'OMS et de ses activités, et sur les contraintes qui empêchent de mieux connaître l'OMS. Des propositions pertinentes ont été aussi formulées pour mieux faire connaître les rôles de l'OMS et de rehausser constamment son image aux niveaux communautaire, national et international.

149. Le Comité a estimé que l'image de l'OMS auprès du secteur santé des pays de la Région africaine était dans l'ensemble acceptable, voire satisfaisante, en particulier depuis l'adoption de la stratégie de santé pour tous en l'an 2000 fondée sur les soins de santé primaires. Cependant, il y a lieu de s'assurer que cette image reste bonne auprès de l'opinion publique, des médias, des différents secteurs du développement, des universités et des communautés scientifiques.

150. Les contraintes suivantes ont été mentionnées comme facteurs qui freinent l'amélioration constante de l'image de l'OMS :

- a) L'image de l'OMS reflète la place peu élevée qu'occupe le secteur santé dans la hiérarchie gouvernementale.
- b) Le rôle de l'OMS étant essentiellement technique et "spécifique", ses actions ne sont pas toujours visibles. Ces actions sont aussi plus difficiles à réaliser que les actions d'autres agences et/ou de pays donateurs car l'OMS est concernée par la réalisation de changements fondamentaux des systèmes de santé et des comportements de santé des individus, des familles et des collectivités. Ceci est plus difficile que la fourniture de produits matériels de façon ponctuelle, exemple : vaccins, contraceptifs, produits alimentaires, matériaux de construction, moyens de transport, équipement sanitaire, etc.
- c) De par leur formation, les médecins estiment qu'il n'ont pas besoin de publicité ou de médias en général pour accomplir les activités de soins, ce qui s'est souvent traduit par un manque notoire de collaboration avec les représentants des médias.

151. Il y a unanimité sur le fait que le Représentant de l'OMS dans le pays, de par sa personnalité, ses compétences techniques, ses actions, son dynamisme, ses relations avec les médias et les différents secteurs nationaux de développement, ses capacités de mobiliser les ressources, détermine dans une large mesure la qualité de l'image de l'OMS. Les efforts de l'OMS doivent aussi provenir des niveaux régional et global. Ces efforts seront poursuivis au niveau pays.

152. Les principales propositions et recommandations suivantes ont été formulées pour renforcer l'image de l'OMS :

- a) L'OMS, au niveau pays, ne doit pas rester confinée au seul "secteur santé". Le Représentant de l'OMS dans le pays doit garder à l'esprit la définition que donne l'OMS à la santé et renforcer ses relations et ses activités avec les autres secteurs de développement et les organisations de masse, en particulier les associations féminines qui ont toujours réussi ce qu'elles ont entrepris en matière de SPT/2000 dans le cadre du développement intégré. Le Représentant doit aussi s'associer aux initiatives prises par différents secteurs du développement qui peuvent contribuer à la promotion et à la mise en oeuvre de SPT/2000.
- b) Il est grand temps que l'OMS adopte une attitude plus "agressive" envers les moyens de communication de masse. Les relations avec ces derniers doivent être renforcées et planifiées sur une base régulière. Car ils constituent en fait le "groupe cible" le plus important capable de propager les messages auprès du public et des différents autres groupes cibles. Les actions entreprises par l'OMS ces dernières années pour définir des "slogans" et des objectifs liés à SPT/2000 (exemple Santé pour tous, tous pour la santé ...) méritent d'être poursuivies et renforcées.
- c) Il est indispensable que l'OMS participe autant que possible à la planification et la mise en oeuvre d'activités communautaires de développement organisées par les secteurs de développement contribuant à la santé : agriculture, habitat, eau et assainissement, culture et sports, etc.

- d) Les activités de documentation et d'information de l'OMS doivent être renforcées et organisées de manière continue dans les pays. Ces activités méritent aussi d'être déployées dans les zones d'attraction et dans des endroits stratégiques.
- e) Le système AFROPOC s'est avéré un outil précieux de gestion des ressources OMS au niveau pays; il aidera à mieux faire connaître les structures et fonctions de l'OMS tant auprès des gestionnaires et décideurs nationaux qu'auprès du public.
- f) La qualité des personnels de l'OMS (par exemple : qualification, comportements, sociabilité, etc.) et la qualité des interventions de l'OMS (rapidité, pertinence, etc.) constituent des facteurs déterminants pour l'image de l'OMS.
- g) Il convient de s'assurer que les rôles de l'OMS sont bien clairs et qu'ils sont connus non seulement des décideurs et des techniciens de la santé au niveau central, mais aussi par les responsables des différents secteurs du développement à tous les niveaux et par les collectivités. Dans certains pays, les notables communautaires sont devenus des promoteurs de l'image de l'OMS, par le biais de la mise en oeuvre des SSP, et il convient de renforcer cette tendance.

CORRELATION ENTRE LES TRAVAUX DU COMITE REGIONAL, DU CONSEIL EXECUTIF ET DE L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE : MODALITES DE MISE EN OEUVRE DES RESOLUTIONS D'INTERET REGIONAL ADOPTEES PAR L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE ET LE CONSEIL EXECUTIF

Introduction

153. Le Dr A. P. Maruping (Lesotho), en présentant les documents AFR/RC37/11 et AFR/RC37/11 Add.1, a déclaré que ces deux documents faisaient le point des activités menées dans le passé, des activités en cours et de celles qui étaient prévues dans la Région pour donner suite aux résolutions d'intérêt régional adoptées par la Quarantième Assemblée mondiale de la Santé.

154. La Quarantième Assemblée mondiale de la Santé a adopté 38 résolutions sur de nombreuses questions programmatiques financières et administratives importantes auxquelles est actuellement confrontée l'Organisation mondiale de la Santé. Parmi ces questions, il convient de mentionner particulièrement l'état du recouvrement des contributions, le budget programme pour 1988-1989 assorti de la résolution portant ouverture de crédits, le programme spécial de lutte contre le SIDA, le Huitième Programme général de Travail ainsi que les discussions techniques sur le soutien économique aux stratégies nationales de la santé pour tous.

155. Comme les années précédentes, le rapport était présenté sous une forme susceptible de faciliter les discussions au sein du Comité et l'élaboration des directives nécessaires à la mise au point du programme régional, conformément au paragraphe 1 du dispositif de la résolution AFR/RC30/R12.

156. Les décisions du Comité feront l'objet d'un plan de travail visant la mise en oeuvre des résolutions et décisions de la trente-sixième session du Comité régional, de manière à faciliter la surveillance de l'exécution du programme. Le rapport ne reproduit que les paragraphes du dispositif des résolutions, accompagnés chacun de propositions pertinentes sur les mesures à prendre.

157. Les propositions concernant la mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional sont présentées par grand programme conformément à la liste ordonnée des programmes pour la période d'exécution couverte par le Septième Programme général de Travail.

158. Le Comité a été invité à examiner de façon approfondie les incidences interrégionales, régionales et nationales des résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé et de donner des directives pour la mise au point du programme régional. Un projet de résolution lui était soumis pour examen.

159. Enfin, le Dr Maruping s'est référée au document AFR/RC37/11 Add.1 relatif au personnel des soins infirmiers et obstétricaux. Une bonne main-d'oeuvre infirmière capable d'utiliser au mieux les compétences infirmières est essentielle pour que tous les habitants des pays de la Région

aient accès à des soins de santé de qualité à un coût raisonnable. Le Comité a été invité à examiner un projet de résolution sur le personnel des soins infirmiers et obstétricaux.

#### Discussion

160. Le Comité a pris acte du document.

#### ORDRE DU JOUR DE LA QUATRE-VINGT-UNIEME SESSION DU CONSEIL EXECUTIF ET DE LA QUARANTE ET UNIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE : REPERCUSSIONS REGIONALES

161. Le document AFR/RC37/12 relatif à ce point de l'ordre du jour a été présenté par le Dr H. H. Ntaba (Malawi).

#### Discussion

162. Au cours de l'examen de l'ordre du jour provisoire de la trente-huitième session du Comité régional (Annexe 3 au document AFR/RC37/12), le Comité a décidé qu'il fallait ajouter les maladies diarrhéiques et les médicaments essentiels à la liste des questions particulières inscrites au point 6 de l'ordre du jour et qui devraient être examinées en détail par le Sous-Comité du Programme. En réponse à une proposition formulée par le représentant de l'Angola, le Comité a également convenu d'ajouter une nouvelle question au titre du point 8.1, à savoir l'organisation de l'infrastructure sanitaire au niveau du district pour faire face aux épidémies.

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

#### Introduction

163. Le document AFR/RC37/13 a été présenté par le Dr A. Tekle (Secrétariat) qui a précisé qu'il était essentiellement conçu afin de faciliter la tâche de la Quarante et Unième 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.

164. Le document traite des questions suivantes :

- a) La désignation du Président de la Quarante et Unième Assemblée mondiale de la Santé. Au paragraphe 4, l'attention du Comité est attirée sur le fait que le Comité régional, au cours de la présente session, proposera un candidat à la Présidence de la prochaine Assemblée. On se souviendra qu'en septembre 1986, la trente-sixième session du Comité régional, réunie à Brazzaville, a décidé que les Etats Membres de la Sous-Région II désigneraient le candidat africain à la Présidence de l'Assemblée mondiale de la Santé en 1988.
- b) La désignation du Vice-Président de la Quarante et Unième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 1988, fait l'objet des paragraphes 5 et 6. Il convient de noter que la Région qui a assumé la présidence de l'Assemblée mondiale de la Santé n'a droit à aucun des cinq postes de la Vice-Présidence. En conséquence, le Comité régional ne désignera pas de Vice-Président pour la Quarante et Unième Assemblée mondiale de la Santé.
- c) Les deux principales Commissions de l'Assemblée sont la Commission A et la Commission B. La première s'occupe principalement des questions de programme et de budget, et la seconde, des questions administratives, financières et juridiques. Il en est question aux paragraphes 7 à 12.
- d) Les paragraphes 13 à 16 traitent des membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif.
- e) Le paragraphe 17 traite de la clôture de l'Assemblée mondiale de la Santé.
- f) Les paragraphes 18 à 20 traitent des modalités d'organisation de la réunion informelle du Comité régional pendant la Quarante et Unième Assemblée mondiale de la Santé.

165. Pour faciliter l'action du Comité, quatre annexes, dont un projet de Décision de procédure, sont joints au document.

166. Le Comité a été invité à examiner le document et à prendre des décisions qui seront transmises au Directeur général.

#### Action prise par le Comité

- a) Les Etats Membres de la Sous-Région II présents et votants étaient les suivants : Cameroun, République centrafricaine, Congo, Tchad, Ethiopie, Gabon, Kenya, Rwanda, Ouganda et Zaïre.
- b) Au cours de la réunion, les membres sont convenus que l'élection du Président africain de l'Assemblée mondiale de la Santé devrait être déterminée par tirage au sort au cours de la présente réunion.
- c) Une feuille de papier vierge a été distribuée aux délégués et il leur a été demandé d'inscrire les noms des candidats de leur choix par ordre de priorité.
- d) Les délégués ont remis leur bulletin dans la corbeille qui a été remis au Directeur régional, qui, à son tour, a lu les noms au fur et à mesure qu'ils étaient tirés.
- e) Après le premier tour de scrutin, un pays a recueilli quatre premières places et quatre deuxièmes places. Un deuxième a recueilli trois premières places et trois deuxièmes places, alors qu'un troisième pays a recueilli trois premières places et une deuxième place. Deux pays ont recueilli chacun une deuxième place.
- f) Les pays qui n'ont recueilli qu'une voix ont été éliminés selon une procédure sur laquelle on s'était mis d'accord au départ. Le pays qui a recueilli les trois premières places et une deuxième place a été inscrit et enregistré en tant que pays assuré d'avoir la troisième place.

- g) Afin de déterminer la première et la deuxième places, les Etats Membres ont procédé à un deuxième tour de scrutin et le résultat du vote a été le suivant : un pays a recueilli six premières places et quatre deuxième places alors que le deuxième pays a recueilli quatre premières places et six deuxième places. Ces pays étaient le Zaïre et le Gabon respectivement.
- h) Le candidat africain proposé par la Sous-Région II à la Présidence de l'Assemblée mondiale de la Santé en 1988 est le Dr Dibandala Ngandu Kabeya, Commissaire d'Etat à la Santé publique et aux Affaires sociales du Zaïre.
- i) Si pour une raison ou une autre, le Dr Dibandala Ngandu Kabeya ne peut pas assister à la réunion, le Dr J. P. Okias, Ministre de la Santé du Gabon, sera le candidat suppléant à la Présidence de l'Assemblée mondiale de la Santé. De même, si les deux Ministres pré-cités n'étaient pas en mesure d'assister à l'Assemblée, le candidat du pays qui s'est classé en troisième position, le Dr G. Tsehai, Ministre de la Santé de l'Ethiopie, sera le candidat à la Présidence de l'Assemblée mondiale de la Santé.
- j) Le Comité régional a confirmé le choix du candidat africain proposé par les pays de la Sous-Région II à la Présidence de l'Assemblée mondiale de la Santé en 1988 (voir décision de procédure No 9, page 4).

DISCUSSIONS TECHNIQUES DE LA QUARANTE ET UNIEME ASSEMBLEE MONDIALE  
DE LA SANTE EN 1988

Introduction

167. Le document AFR/RC37/14 sur ce point de l'ordre du jour a été présenté par le Dr F. Aboo-Baker (Secrétariat). Elle a déclaré que le document portait sur le sujet choisi pour les discussions techniques de la Quarante et Unième Assemblée mondiale de la Santé en mai 1988. Le sujet en est le suivant : "La formation des leaders de la santé pour tous".

168. Les paragraphes 1 à 6 de l'introduction font état de certains faits et soulèvent également certaines questions. Les faits mentionnés sont les suivants :

- a) SPT/2000 est un objectif et un processus qui obligent chaque nation à améliorer la santé de sa population;
- b) l'amélioration implique des changements;
- c) le rôle de l'OMS consiste à appuyer les pays pour qu'ils puissent opérer les changements qui offriront à toutes les populations les moyens d'atteindre le niveau de santé le plus élevé possible.

169. Les questions soulevées ont été les suivantes :

- a) Quelles sont les activités qui amorcent et encouragent le processus de changement ?
- b) Qui peut susciter le changement ?
- c) Comment le changement peut-il être opéré ?

Ces questions sont liées au rôle de leader en général et elles constitueront le fond des discussions techniques.

170. L'objectif global de la discussion, tel qu'indiqué au programme 6, était de définir clairement les fonctions que doivent assumer les leaders pour susciter le changement compte tenu des situations nationales pour relever le défi posé par SPT et pour résoudre les questions capitales de la mise en oeuvre.

171. La toile de fond des discussions techniques, à savoir : SPT/2000 et la stratégie du changement, les questions relatives à SPT et le défi que pose SPT et le rôle des leaders dans la SPT, figurent aux paragraphes 7 et 8, aux paragraphes 9 à 14 et aux paragraphes 15 à 21 respectivement. Ces paragraphes traitent essentiellement de ce qui suit :

- a) Changements fondamentaux qui constituent un changement d'orientation, par exemple assumer une responsabilité plus grande dans la protection et la promotion de notre santé, un changement dans l'organisation des activités menées collectivement dans le domaine de la santé et la promotion de l'autosuffisance; un changement dans l'organisation et l'administration du système de santé.
- b) L'objectif de SPT/2000 peut-il être atteint ? Les pays progressent-ils vers cet objectif ? Quelles sont les difficultés auxquelles sont confrontés les pays ?
- c) Quelles qualités attend-on des leaders ?

172. Le document a énuméré sept qualités et certaines des hypothèses relatives aux "tâches des leaders" en ce qui concerne SPT et a esquissé sept tâches dévolues aux leaders.

173. Finalement, sous le titre "Axe des discussions techniques" aux paragraphes 22 à 24 figurent cinq questions qui, on l'espère, devraient susciter les réflexions sur le rôle des leaders pour promouvoir SPT et sur les questions qui devront être discutées au cours des discussions techniques.

174. Le Comité a pris acte de ce document.

#### RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME

175. Les différents points du rapport du Sous-Comité du Programme ont été présentés par les membres du Sous-Comité comme suit :

- Dr H. H. Ntaba (Malawi) : Le Huitième Programme général de Travail
- Dr H. Sanoussi (Bénin) : Examen de la structure de l'Organisation
- Dr J. H. V. Temba (Tanzanie) : Cadre pour assurer la surveillance continue

- Dr G. K. Bolla (Zambie) : Rapport sur les Réunions sous-régionales de Développement sanitaire
- Mme W. G. Manyeneng (Botswana) : Rapport du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire.

Le rapport complet du Sous-Comité figure à l'Annexe 8.

176. Commentant le rapport, certains représentants ont fait observer qu'il sera difficile de fournir des informations pour élaborer les indicateurs sollicités dans le format commun pour la surveillance continue (documents AFR/RC37/15 et AFR/RC37/15 Add.1), du fait que certains des indicateurs nécessitent des informations fondées sur des recensements auxquels on ne procède que tous les dix ans. Il a été suggéré que le Bureau régional appuie les Etats Membres pour améliorer les systèmes de collecte des données. La décision de mettre au point des indicateurs régionaux a été accueillie favorablement.

177. Répondant à une proposition d'un représentant qui souhaitait qu'il y ait un point de l'ordre du jour commun lors des Réunions sous-régionales de Développement sanitaire de façon qu'elles puissent se tenir au Bureau régional à Brazzaville, le Secrétariat a expliqué que les Etats Membres avaient été priés de proposer des points destinés à être inscrits à l'ordre du jour de leurs réunions sous-régionales et que certains thèmes avaient été proposés. Il a été envisagé que du fait que les pays ont davantage de contact avec les Bureaux sous-régionaux, ils suggéreraient des thèmes complémentaires présentant un intérêt pour leur Sous-Région.

178. Une opinion a été exprimée selon laquelle si le Représentant de l'OMS dans le pays a un rôle important à jouer, il ne faut pas négocier pour autant l'importance des autres responsables. Une polarisation excessive sur les Représentants de l'OMS pourrait réduire leur motivation.

179. Le Comité a été informé que le Bureau régional s'employait à trouver des moyens de renforcer les équipes de l'OMS au niveau des pays parce que les Représentants ne pouvaient à eux seuls mener toutes les activités dans les pays. Des jeunes responsables de la santé publique en provenance des pays riches et originaires de la Région africaine sont en voie de recrutement; 50 postes financés par le Gouvernement italien ont déjà été créés et on attend un appui complémentaire.

180. Enfin, le Comité a souscrit à la conclusion du Sous-Comité du Programme selon laquelle une participation du Directeur général de l'OMS à la désignation des Directeurs régionaux ne ferait que centraliser davantage les pouvoirs au sein de l'Organisation et que la communication et les relations de travail devaient être améliorées, non seulement entre le Siège et les Régions, mais également entre ces dernières et les pays.

181. Le Comité a adopté le rapport du Sous-Comité du Programme.

#### COMPOSITION DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME

182. Le Président a annoncé que, conformément à la résolution AFR/RC25/R10 et à la Décision de procédure No 8 de la trente-quatrième session, les six Etats Membres suivants se retireraient du Sous-Comité en 1987 à la fin de leur mandat. Ce sont : Burkina Faso, Burundi, Libéria, Madagascar, Malawi et Tanzanie. Il les a remercié chaleureusement de leur collaboration. Dans le droit fil de ces textes, les 12 pays suivants deviennent maintenant membres du Sous-Comité du Programme : Algérie, Bénin, Botswana, Cap-Vert, Tchad, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau et Zambie. Le rapport de la réunion des nouveaux membres du Sous-Comité du Programme figure à l'Annexe 9.

#### DATES ET LIEUX DE LA TRENTE-HUITIEME ET TRENTE-NEUVIEME SESSIONS DU COMITE REGIONAL EN 1988 ET 1989

183. Monsieur D. Miller (Secrétariat) a présenté le document AFR/RC37/21, en attirant particulièrement l'attention sur le paragraphe 3 relatif au fait que les engagements pris aux termes de l'accord entre le gouvernement du pays et l'OMS devraient être respectés sur le fond et sur la forme.

184. Le Comité a confirmé sa décision de tenir sa trente-huitième session du Comité au Bureau régional à Brazzaville et a accepté par acclamation l'invitation du Gouvernement du Niger de tenir sa trente-neuvième session à Niamey. Il a également pris note de l'offre faite par le Gouvernement du Burundi d'accueillir une session ultérieure du Comité régional (voir décision de procédure No 7, page 3).

RAPPORT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES : "APPUI OPERATIONNEL AUX SOINS DE SANTE PRIMAIRES (NIVEAU LOCAL)"

185. Le Dr Dibandala Ngandu Kabeya (Zaïre), Président des Discussions techniques, a présenté le rapport. Les discussions techniques se sont fondées sur le document de travail (document AFR/RC37/TD/1) établi par le Bureau régional en fonction de cinq grands secteurs à prendre en considération : i) les principes directeurs; ii) le cadre de mise en oeuvre; iii) le rôle des systèmes de santé de district; iv) la surveillance des progrès dans les districts sanitaires, et v) le rôle de l'OMS pour soutenir les activités au niveau des districts. Le Président des discussions techniques a fait ressortir les principaux points soulevés au cours du débat, qui sont mentionnés dans les paragraphes 4 à 24 du rapport. Il a donné lecture des quatre recommandations et des quatre conclusions formulées à l'issue de discussions techniques et qui font l'objet des paragraphes 25 et 26 du rapport, et il a appelé l'attention sur le projet de résolution soumis pour examen au Comité régional en annexe au rapport.

Discussion

186. Le Comité a approuvé les conclusions des discussions techniques et a adopté le rapport (le texte intégral du rapport figure à l'Annexe 10).

CHOIX DU SUJET DES DISCUSSIONS TECHNIQUES EN 1988

187. Le Comité a choisi pour les discussions techniques de sa trente-huitième session le thème suivant : "Appui technique aux soins de santé primaires (niveau intermédiaire)" (voir décision de procédure No 5, page 2).

DESIGNATION DU PRESIDENT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES POUR 1988

188. Sur proposition du Président, le Comité a désigné le Dr Fernando Everard de Rosario Vaz (Mozambique) comme Président des discussions techniques de la trente-huitième session du Comité régional (voir décision de procédure No 6, page 3).

## RESUME DES CONCLUSIONS

189. La trente-septième session du Comité régional de l'Afrique a été ouverte le 9 septembre 1987 à Bamako (Mali) en présence de Son Excellence le Président Moussa Traoré, Chef d'Etat du Mali. Lors de la cérémonie d'ouverture, des déclarations ont été faites par le Président par intérim, Mme Pilar Djombe de Mbuamangongo, Vice-Ministre de la Santé de la Guinée équatoriale, par le Dr H. Mahler, Directeur général de l'OMS, par M. J. Grant, Directeur exécutif du FISE, et par le Dr G. L. Monekosso, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique. Soulignant les réalisations de l'OMS, ils ont exprimé leur optimisme et leur foi en l'avenir de l'Organisation en dépit des difficultés financières auxquelles le système international et multilatéral était confronté, et la situation socio-économique défavorable de la Région africaine ainsi que des défis nouveaux à relever comme la pandémie de SIDA. Ils ont instamment prié les Etats Membres d'intensifier la concrétisation du système de valeur de l'OMS en matière de santé de façon à mieux utiliser l'appui extérieur et accroître les investissements dans des programmes qui puissent aider les groupes de population les plus vulnérables.

190. Sous la présidence de Mme Sidibé Aïssata Cissé, Ministre de la Santé du Mali, le Comité a examiné les activités de l'OMS dans la Région - question qui faisait l'objet de sept points de l'ordre du jour - la corrélation entre les activités du Comité régional, le Conseil exécutif et l'Assemblée mondiale de la Santé - qui faisait l'objet de quatre points de l'ordre du jour - le rapport du Sous-Comité du Programme, qui traitait de quatre thèmes, et le rapport des discussions techniques.

191. Le Comité a félicité le Directeur régional pour son rapport biennal relatif à 1985-1986 et pour la nouvelle présentation grâce à laquelle le rapport revêtait une pertinence toute particulière pour la période considérée. Le Comité a été impressionné par les résultats acquis au cours de cette période malgré les graves problèmes financiers que connaît l'Organisation. Il s'est félicité des mesures de restructuration prises pour accroître l'efficacité de l'Organisation et lui permettre de mieux répondre aux besoins des Etats Membres, relevant en particulier l'importance, la pertinence et l'opportunité de ces mesures puisqu'il est plus que jamais nécessaire d'assurer une utilisation optimale des ressources de l'OMS et de réagir rapidement face aux problèmes des pays.

192. Parmi les autres questions examinées par le Comité figuraient l'apparition et la propagation du SIDA, considéré comme une grave menace pour le développement sanitaire et l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Le Comité a vivement apprécié la rapidité avec laquelle l'OMS a réagi pour satisfaire les besoins des pays dans le domaine de la lutte contre cette maladie, et en particulier le rôle de direction et de coordination qu'elle a assumé à l'échelon mondial.

193. Le Comité a en outre pris note des mesures adoptées pour lutter contre les troubles dûs à une carence en iode et en vitamine A et a accueilli favorablement l'idée de fournir un appui technique complémentaire pour promouvoir la mise en oeuvre des soins de santé primaires au niveau du district grâce aux services des cadres professionnels associés (APO).

194. Quant à la question de l'utilisation optimale des ressources de l'OMS, le Comité a noté que la nomination de Représentants de l'OMS recrutés sur le plan international et l'introduction du système AFROPOC avaient nettement contribué à rationaliser l'utilisation des ressources et à renforcer la collaboration entre l'OMS et les gouvernements dans la Région africaine. Les Etats Membres ont été priés de verser la totalité de leur contribution à l'OMS de façon à atténuer la grave crise financière dans laquelle l'Organisation se trouve actuellement.

195. Le Comité a adopté le rapport de son Sous-Comité du Programme, souscrivant en particulier au Huitième Programme général de Travail, au rapport des Réunions sous-régionales de Développement sanitaire et au rapport du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire, ainsi qu'à la conclusion selon laquelle les pouvoirs au sein de l'Organisation ne devraient pas être centralisés davantage au Siège et que, quels que soient les problèmes entre les différents niveaux de l'Organisation, ils devraient être résolus par une amélioration constante de la communication et des relations de travail entre les niveaux mondial, régional et national.

196. Le Comité a également adopté le rapport des discussions techniques : "Appui opérationnel aux soins de santé primaires (niveau local)". Il a souligné l'importance capitale du document de travail AFR/RC37/TD/1 et la nécessité d'intensifier les efforts pour mettre en oeuvre les activités de soins de santé primaires au niveau du district.

197. Le Comité a conclu ses travaux en exprimant ses remerciements au Gouvernement et au peuple du Mali pour leur hospitalité et l'excellente organisation des travaux ainsi que pour les investissements généraux et les efforts qu'ils ont consentis afin que la trente-septième session du Comité régional à Bamako soit couronnée de succès.



## **ANNEXES**



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

Pour l'avènement de la santé pour tous : serrons les rangs

Monsieur le Président,  
Mesdames et Messieurs les délégués,  
Mesdames et Messieurs,  
Chers collègues et amis,

1. Comme toujours, c'est pour moi un grand plaisir que de me retrouver parmi vous. Cette année, je voudrais vous dire ce que je pense de la situation de votre Organisation alors que treize ans encore nous séparent de l'an 2000. Depuis notre réunion de l'année dernière, la crise financière que traverse votre Organisation nous a tous heurtés de pelin fouet. Nous avons pressé le pas afin de ne pas être pris de vitesse par la catastrophe, mais je crains que nous n'ayons que partiellement réussi. Et sans être, peut-être, à proprement parler catastrophique, la situation financière n'en reste pas moins très grave. Chose paradoxale, si nous avons pu éviter un véritable désastre, c'est justement en commençant à ralentir l'allure, non sur le plan de nos politiques, dont le déroulement se poursuit régulièrement, mais sur le plan de notre capacité financière à vous aider à exécuter vos programmes de santé fondés sur ces politiques. Le problème est, en vérité, fort simple et incontournable : les fonds qui ne rentrent pas dans les caisses ne peuvent en sortir. Il serait oiseux d'énumérer en détail les raisons de notre crise financière; elles sont bien connues de vous tous. Je me contenterai donc de rapides commentaires sur les deux principaux facteurs qui sont à l'origine de cette crise. L'un est la faiblesse des rentrées provenant des contributions des Etats Membres; l'autre est le laxisme dans l'utilisation des ressources de l'OMS de la façon la plus efficace et la plus efficace possible. Et leurs effets à tous deux sont indissociales.

2. Rien ne sert de pleurer sur les contributions manquantes. C'est un fait qu'il nous faut regarder bien en face. Et il nous faut simplement lutter pour obtenir davantage et nous "débrouiller" avec moins. C'est pourquoi, j'ai dû cette année amputer nos activités d'un montant de US \$35 millions, dans l'espoir délibéré que cela permettrait à votre Organisation de rester solvable. Le sacrifice pourtant s'est avéré trop modeste, de sorte qu'il m'a

fallu opérer, il y a quelques mois seulement, une réduction supplémentaire de US \$10 millions. Le plus gros de cet effort, je l'ai demandé au Siège de l'OMS en prenant diverses mesures, dont la moindre n'a pas été de remettre jusqu'à l'an prochain le recrutement de tout candidat de l'extérieur à un poste au Secrétariat, à Genève, financé sur le budget ordinaire. Vous avez malheureusement dû en subir les conséquences, directement ou indirectement. J'ai entendu des cyniques dire que ce gel n'avait eu aucune conséquence adverse mesurable. Il est vrai que si vous vous contentez d'utiliser vos ressources collectives comme de l'argent de poche supplémentaire, il n'y aura peut-être, j'en conviens, aucune différence. Mais si vous utilisez ces ressources avec sagesse, de manière à renforcer la politique à laquelle vous-mêmes, vos gouvernements et les populations de vos pays ont donné leur adhésion, si vraiment vous agissez ainsi, il se pourrait que la différence soit, en vérité, très grande.

3. Depuis trois ans, je n'ai cessé de répéter devant vous, comme devant tous les autres Comités régionaux, que si la gestion de nos activités de coopération ne s'améliorait pas, l'élément "coopération technique" dans notre budget régional pourrait être critiqué au point d'en venir à disparaître. J'ai ajouté que cela risquait d'amener à formuler de graves réserves au sujet de nos arrangements constitutionnels régionaux, voire m'ême à y mettre un terme. Je sais que certains d'entre vous pensaient : "Laissons-le parler; il subit certaines pressions de diverses parts et cela le soulage de se laisser aller ainsi devant nous". Ceux parmi vous qui étaient présents à la réunion du Conseil exécutif, au mois de janvier, pourraient pourtant avoir une vision différente des choses. Votre Directeur régional et moi-même nous nous trouvions alors placés dans une position fort peu enviable, tels des écoliers réprimandés pour mauvaise conduite.

4. Il vous est, bien sûr, loisible de rétorquer que si je n'avais pas appelé l'attention sur la nécessité d'améliorer la gestion de nos ressources, la question tout entière serait peut-être passée inaperçue. Mais je crains fort que non. Outre l'obligation de transparence dans l'action qui est celle de toute organisation et, à plus forte raison, d'une Organisation mondiale à qui sa Constitution confère le rôle extrêmement délicat d'agir en tant qu'autorité directrice et coordinatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international, il y avait trop de rapports extérieurs et trop de sentiments critiques - car les sentiments ne sauraient

non plus être négligés - qui montraient bien que les nuages s'amoncelaient rapidement et que l'orage ne pouvait manquer d'éclater un jour ou l'autre. Eh bien, il a éclaté et nous sommes au beau milieu. Heureusement, comme toujours, nous avons été les premiers à révéler nos faiblesses, non pour les justifier ou les déplorer, mais pour y puiser des forces nouvelles. Si nous ne l'avions pas fait, l'orage se serait transformé en ouragan; il ne se serait pas borné aux turbulences actuelles et nous aurions été honteusement acculés à la défensive, alors qu'aujourd'hui nous pouvons au moins faire face aux problèmes dans la dignité.

5. Vous savez sans doute, Mesdames et Messieurs, que les membres du Conseil, tout comme les délégués présents cette année à l'Assemblée de la Santé, se sont donnés la peine de répéter que la crise n'était qu'une crise financière et non une crise de confiance. Je suis sûr qu'ils pensaient vraiment ce qu'ils disaient, mais en même temps je ne peux m'empêcher de me sentir comme le malade qui se croit atteint d'un cancer incurable et qui est rongé par des doutes qu'il n'ose exprimer, malgré les propos rassurants de son médecin. Il n'est que trop facile, il est vrai, de nous apitoyer les uns et les autres sur notre sort et de nous persuader que nous sommes les innocents spectateurs d'une explosion de scepticisme à l'égard des efforts de développement ou les victimes d'un déséquilibre macro-économique international. Ce n'est pourtant pas dans le blâme que qui que ce soit puisera un réconfort, tandis que si l'on arrive à trouver des solutions appropriées, tout le monde y aura profit.

6. Je n'ai, je le crains, à proposer ni solution magique ni panacée, mais je suis convaincu qu'il existe des remèdes qui seraient de nature à améliorer la situation, à condition seulement que nous soyons disposés à les utiliser. Au sujet de ces remèdes, il n'y a rien de nouveau à dire en cette année 1987, neuf ans après la Déclaration d'Alma-Ata. Ils n'en sont pas moins révolutionnaires. Ils consistent à poursuivre l'exécution de nos politiques de santé révolutionnaires, sans nous en laisser détourner même si l'insuffisance des ressources nous oblige à continuer notre chemin à une allure plus lente que celle que nous avons originellement prévue. Et ils consistent également à faire en sorte que les ressources, quelles qu'elles soient, dont nous disposons soient exploitées au maximum dans la mise en oeuvre de nos politiques qui, pour être prédéterminées, n'en sont pas moins pleinement déterminées. Avant de tenter de donner quelque idée de la façon dont ces remèdes pourraient être appliqués avec profit, que l'on me permette une note d'optimisme, prudent mais réaliste.

7. L'impossibilité de savoir de quoi sera fait l'avenir est l'un des principaux obstacles à toute gestion rationnelle. Après tout, nous ne sommes qu'humains et lorsque nous ne sommes pas certains de ce que nous réserve la journée de demain, nous ne songeons qu'à jouir du présent, même si nous devons pour cela épuiser notre maigre capital de ressources. "Après tout", entend-on dire, "s'il n'y a pas de lendemain, pourquoi se faire du souci"? Mesdames et Messieurs les délégués, il y aura un lendemain; ce lendemain est à notre portée. Il vaut donc la peine que nous fassions pour lui un effort supplémentaire. Le brouillard de l'incertitude financière se dissipe. Lorsqu'il aura disparu, la certitude s'imposera à nous. Ce sera une certitude sensiblement réduite dans les années à venir, et pourtant une certitude hautement tangible qui peut être exploitée au maximum, qui doit, en fait, être exploitée au maximum, si nous voulons atteindre notre but de la santé pour tous d'ici l'an 2000 et ensuite conserver le terrain conquis.

8. Même si d'aucuns ont peut-être cessé de croire en nous, il nous appartient donc de préserver notre foi en montrant qu'elle est totalement fondée, en ne perdant jamais de vue notre système de valeurs, en persévérant dans notre politique et dans notre stratégie de la santé pour tous et en utilisant les ressources collectives de telle manière que les ressources nationales soient réellement et systématiquement employées à mettre en oeuvre des politiques de santé qui respectent le principe de la justice sociale. Car c'est précisément lorsqu'il faut envisager d'opérer quelques ajustements dans les politiques existantes, et cela vaut pour les politiques sociales autant que pour les politiques économiques, c'est précisément alors que la justice sociale prend le plus d'importance. Il ne serait que trop facile de faire des économies dans les systèmes de santé aux dépens des secteurs les plus faibles de la société, de la frange la plus défavorisée qui n'a peut-être pas encore totalement compris le pouvoir que donnait le droit de vote, à supposer bien sûr qu'elle le possède. C'est là que la référence au système de valeurs collectivement adopté à l'OMS peut avoir une influence politique majeure. Il est, de toute évidence, impossible au secteur de la santé de dicter des politiques d'ajustements économiques à des gouvernements harcelés par le souci de leur dette extérieure et par l'insistance des crédateurs étrangers. Mais nous pouvons certainement utiliser la conscience collective de l'OMS pour appeler vigoureusement l'attention des gouvernements sur le fait que la productivité sociale est un préalable indispensable à la productivité économique. Les pays qui ont ignoré ce fait l'ont fait à leur propre profil comme le montrent bien tant d'exemples de politiques économiques réduites à néant par l'agitation sociale.

9. Permettez-moi pourtant de me faire un instant l'avocat du diable et de supposer que soit réintroduit le type de système qui prévalait avant l'apparition du nouveau paradigme de santé de l'OMS et qui, je regrette de devoir le dire, subsiste encore dans trop de pays. Ce système serait-il moins coûteux et soulagerait-il les budgets du monde ? Bien au contraire. La stratégie de la santé pour tous fondée sur les soins de santé primaires, qui insiste sur la mise en place d'une infrastructure unique pour l'exécution de nombreux programmes strictement ciblés, est une stratégie peu coûteuse à tous égards. Cela ne veut cependant pas dire qu'elle ne coûte presque rien. Elle coûte beaucoup plus que n'en dépensent aujourd'hui pour la santé la plupart des pays en développement, mais beaucoup moins que n'en dépensent la plupart des pays industrialisés. Aussi, les pays en développement doivent-ils lutter pour que davantage de ressources soient consacrées à la santé et, avec les pays industrialisés, pour qu'il soit fait un usage plus rationnel de ces ressources. En tout état de cause, votre Organisation se tient prête à vous appuyer dans ce combat. Mais pour y parvenir, en vertu du principe qui veut que charité bien ordonnée commence par soi-même, votre Organisation doit faire la preuve concrète qu'elle utilise ses ressources aussi sagement qu'il est de mise en plein coeur d'une tempête financière.

10. Mesdames et Messieurs les délégués, la gestion des ressources de l'OMS est un point particulièrement important de l'ordre du jour de cette année. Je suis sûr que vous discuterez de ces questions avec autant de franchise et de sérieux que j'en ai mis à vous les présenter. Je voudrais seulement souligner quelques points qui me semblent être d'une importance particulière. Tout d'abord, j'aimerais redire ma croyance personnelle inébranlable en une gestion décentralisée de nos activités de coopération technique, à condition que ces activités restent dans la ligne des politiques que vous avez collectivement adoptées au sein de votre Organisation mondiale de la Santé. Si tel est bien le cas, nous pourrions, à juste titre, nous montrer fiers de l'exemple que nous donnerons d'une démocratie responsable. Mais, dans le cas contraire, il nous faudra faire face à la honte du spectacle que nous donnerons d'une anarchie irresponsable; et cela, les gouvernements responsables ne le supporteront pas, pas plus que les populations responsables ne l'approuveront.

11. Vous avez à votre disposition tous les instruments de gestion requis pour que votre Organisation fonctionne comme une démocratie responsable. Vous avez des indications suffisantes concernant les grandes orientations nécessaires en vue de la réalisation de la santé pour tous, une stratégie complète pour

traduire ces orientations en actions, un programme général de travail qui permet à tout un chacun de définir l'ampleur et le contenu de sa coopération avec l'OMS, des directives pour la préparation d'une politique régionale en matière de budget programme, une méthode bien définie de budgétisation du programme et des mécanismes de gestion correspondants. Quelques mots pourraient donc me suffire à résumer le remède. Utilisez les instruments dont nous disposons et utilisez-les à bon escient; ce sont, en vérité, des instruments précieux.

12. L'un des instruments qu'en votre qualité de Comité régional, la Trente-Troisième Assemblée de la Santé vous a instamment demandé d'employer, mais que vous n'utilisez guère, je le crains, consiste à examiner l'action de l'OMS dans les divers Etats Membres de la Région. Je suis réellement persuadé que vous tirerez tous le plus grand profit d'une anaëuse commune, au Comité régional, de la façon dont chacun de vos pays progresse sur la voie de la santé pour tous et utilise à cet effet les ressources de l'OMS. Je sais qu'à première vue, la suggestion d'aller ainsi à la recherche des forces et des faiblesses de chacun peut paraître outrancière, mais je suis convaincu que vous constaterez très rapidement à quel point cette confiance mutuelle peut être utile et que vous serez, au contraire, impatients de vous lancer dans une expérience qui pourra vous aider à réduire le plus possible vos faiblesses et à renforcer vos forces.

13. Je vous entends d'ici penser : "Le voilà reparti dans ses rêves". Et pourtant, combien de fois n'avons-nous pas à nous rappeler que sans rêves l'humanité n'aurait jamais imaginé les valeurs d'aujourd'hui, ni les réalisations de demain. L'histoire récente à l'OMS en fournit amplement la preuve, en dépit du climat financier international. "Mais que faites-vous alors des réalités sordides d'aujourd'hui ?" Pourrez-vous, à juste titre, vous exclamer ? Eh bien, regardons-les en face et voyons en quoi elles consistent réellement et ce que nous pouvons faire pour les rendre plus attrayantes. Pardonnez-moi si j'essaie d'analyser vos réalités en gardant par rapport peut-être à elles certaines distances, mais sans que cet éloignement, je puis vous l'assurer, me fasse les prendre moins à coeur. Je tisserai donc les fils de mes rêves sur la trame de la réalité telle que je la perçois et j'essayerai de montrer comment transformer les faiblesses en forces.

14. Il y a presque quarante ans, lorsque l'OMS est née, la plupart de vos pays n'avaient pas encore accédé à l'existence d'Etats indépendants. En 1948, l'OMS n'avait dans cette Région que trois Etats Membres, dont l'un était l'Afrique du Sud. Aujourd'hui vous êtes au nombre de quarante-quatre et sans nul doute y a-t-il lieu de s'en féliciter. Il n'est pourtant que trop facile de considérer ce type d'évolution politique comme acquis. Naturellement, vous avez des problèmes, de très graves problèmes, des problèmes politiques, des problèmes économiques, des problèmes sociaux et très certainement aussi de graves problèmes de santé. Mais si je disais, il y a quelques instants, que l'OMS en tant qu'Organisation peut faire face à ses problèmes avec dignité - dignité dans l'adversité - je suis fermement persuadé qu'en votre qualité d'Etats indépendants, vous pouvez aussi traiter vos propres problèmes avec une égale dignité. Ce sentiment de dignité, de ne pas être des mendiants tendant la main en espérant la charité de quelque bienfaiteur, ce sentiment de dignité est la condition sine qua non du développement de l'être humain. La possibilité de choisir vous est donnée, et, à mon avis, c'est l'essentiel pour vous permettre de soulager vos problèmes de santé et les problèmes de développement qui les accompagnent. Par l'intermédiaire de votre OMS, vous avez élaboré une vaste gamme d'options en matière de développement sanitaire, parmi lesquelles vous pouvez retenir celles qui répondent le mieux à vos préférences sociales et à votre bourse.

15. Je sais qu'aujourd'hui bon nombre d'entre vous manquent du simple nécessaire pour entretenir des infrastructures de santé raisonnablement solides sur tout leur territoire. Mais je ne peux que redire ici ma conviction que l'adversité économique actuelle ne saurait être une raison d'abandonner la voie sur laquelle vous vous êtes engagés et devrait plutôt vous fournir un motif encore plus puissant de poursuivre dans cette direction, au rythme, quel qu'il soit, que vous permet votre situation économique. Si vous allez dans la bonne direction, vous finirez bien par atteindre la destination souhaitée; si vous empruntez d'autres voies, vous ne parviendrez jamais au but.

16. Votre OMS est à vos côtés. Elle a depuis longtemps appris les leçons perverses du néocolonialisme et souhaite coopérer avec vous et non vous imposer sa volonté. Le temps est passé, je le crois réellement, où vous auriez pu soupçonner l'aide offerte de l'extérieur par l'OMS d'être mue par des intentions mauvaises. L'autoresponsabilité n'est cependant pas synonyme d'autosuffisance. Elle signifie que vous faites tout ce que vous pouvez avec

les forces dont vous disposez et que vous êtes assez sages pour mobiliser les forces d'autrui à vos propres fins. Vous pouvez utiliser le cadre politique de l'OMS pour vous assurer d'un appui extérieur du type dont vous avez réellement besoin; en d'autres termes, pour garantir que tous vos partenaires extérieurs vous appuieront en donnant l'expression que vous voulez à la politique collectivement adoptée à l'OMS. Cette politique a été élaborée avec votre pleine participation. Dans le système de valeurs adopté par l'OMS en matière de santé, auquel vous avez tous contribué, les besoins particuliers aux pays en développement, en général, et aux pays d'Afrique en particulier, ne sont jamais perdus de vue. Je maintiens donc fermement que vous pouvez faire des progrès tout à fait sensibles en restant obstinément fidèles à notre politique collective et en l'adaptant aux besoins locaux, sans pour autant la déformer.

17. Je n'ignore certes pas que vous êtes exposés à de terribles tentations lorsque d'autres organisations ou d'autres Etats Membres offrent d'investir beaucoup d'argent dans des activités de santé sur votre territoire. Bien trop souvent, je regrette de devoir le dire, ils n'ont tiré aucune leçon de l'histoire du développement. Leur assistance n'est que trop souvent paternaliste et s'apparente à un largage de parachutistes de santé étrangers, chargés d'exécuter de rapides opérations ponctuelles et qui ne laissent rien, ou si peu, de tangible derrière eux lorsqu'ils repartent. En ce cas, ils gaspillent à la fois leurs ressources et les vôtres. Une politique correcte, même si elle doit être mise en oeuvre à un rythme plus lent pour des raisons financières, donnera, à long terme, des résultats infiniment meilleurs que des politiques erronées mises en oeuvre plus rapidement. Il vous appartient de vous assurer que toutes vos ressources et toutes les ressources extérieures pour la santé soient utilisées de manière suffisamment éclairée pour refléter les politiques collectives de l'OMS; et il appartient à celui de vos partenaires extérieurs en matière de santé qui vous est le plus proche, c'est-à-dire à l'OMS, de vous apporter son appui pour que vous puissiez y parvenir.

18. Plus positivement, il semblerait qu'un certain nombre d'importants organismes bilatéraux aient vraiment commencé à comprendre ce que nous voulons dire ici, à l'OMS, lorsque nous parlons d'appui bilatéral éclairé aux pays en développement. Ils perçoivent l'intérêt qu'ils ont à investir leurs ressources de manière à donner vie aux politiques collectives de l'OMS.

Jusqu'à ces derniers temps encore, ils avaient peut-être été davantage attirés par les programmes spéciaux de recherche. Mais je sens maintenant percer le désir de contribuer davantage, par l'intermédiaire de l'OMS, à aider les pays en développement à édifier des infrastructures de santé permanentes fondées sur les soins de santé primaires, afin d'arriver au but de la santé pour tous. Pour ma part, dans mon désir de compenser les difficultés de la situation actuelle en ce qui concerne le budget ordinaire, je me suis fait violence et suis allé jusqu'aux limites les plus extrêmes que ma conscience pouvait tolérer en essayant de trouver des fonds extrabudgétaires à utiliser à cet effet. Je vous demande maintenant de faire, à votre tour, le plus extrême effort d'imagination pour que ce type d'infrastructures de santé devienne à la fois une réalité durable et un moyen d'attirer des partenaires extérieurs. Les bienfaits d'un tel partenariat dépasseront, je le crois, de très loin ses conséquences sur le plan de la santé. Ils montreront la voie vers un nouveau type de dialogue Nord-Sud éclairé qui échappe à la froide contrainte des impératifs économiques et qui soit ouvert aux valeurs humaines, lesquelles finiront aussi, à terme, par avoir d'importantes répercussions positives pour tous, sur le plan social comme sur le plan économique.

19. Comme vous pouvez le voir, le tableau n'est peut-être pas très riant, mais il n'est certainement pas non plus totalement sombre. Bien au contraire, les remèdes existent. Et je suis convaincu qu'ils seront appliqués tôt ou tard, mais toujours en temps utile pour nous permettre d'atteindre notre objectif commun. C'est la raison pour laquelle je crois que vous pouvez célébrer l'an prochain notre quarantième anniversaire, non comme une explosion passagère d'énuphorie synthétique, mais comme l'expression, tout au long de l'année, d'une action décidée en vue de la réalisation de l'objectif que nous nous sommes nous-mêmes fixé. Je voudrais donc vous prier instamment, comme je l'ai déjà suggéré cette année à l'Assemblée mondiale de la Santé, de célébrer l'an prochain chez vous par des actes le double anniversaire des quarante années de l'OMS et des dix années écoulées depuis la Déclaration d'Alma-Ata. Et j'insiste sur l'importance qu'il y a à ne pas se contenter de simples paroles et à marquer cette commémoration par des actes.

20. Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les délégués, en traduisant dans les actes, les valeurs, les politiques, les stratégies et les programmes que vous avez vous-mêmes définis mondialement au sein de votre Organisation, vous serez les meilleurs avocats de ce que la santé pour tous représente dans

les rêves et dans la réalité. J'ajouterai que si vous faites vraiment en sorte que 1988 marque le commencement d'une longue succession d'années aussi bien remplies, les actions que vous aurez alors entreprises feront partie de façon permanente de vos systèmes de santé. De cette manière, vous-mêmes et les peuples que vous représentez, vous vous épaulerez mutuellement afin de vivre jusqu'au bout cette grande aventure de la santé et du développement dans laquelle vous vous êtes engagés par l'intermédiaire de votre OMS. En agissant ainsi, vous pourrez transformer vos faiblesses financières en forces. Mais, pour y parvenir, nous devons tous, tant que nous sommes, faire preuve d'une remarquable capacité de cohésion et de solidarité internationale en faveur de la santé de tous les peuples du monde entier. Nous devons serrer les rangs, et cela vaut pour tous les Etats Membres dans le monde entier, par-delà les frontières régionales et les barrières politiques, au Nord et au Sud, à l'Est et à l'Ouest, en union avec le Secrétariat, afin de poursuivre notre progression résolue sur la voie de la santé pour tous en l'an 2000 et au-delà.

Je vous remercie.

ALLOCUTION DE M. JAMES P. GRANT,  
DIRECTEUR EXECUTIF DU FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE

"Vers les soins de santé maternels et infantiles pour tous" :  
Une initiative prise à Bamako

Excellence Monsieur le Président de la République,  
Monsieur le Président de la session,  
Dr Mahler,  
Dr Monekosso,  
Distingués délégués,  
Collègues et amis,

Je suis honoré de prendre la parole devant vous ici à Bamako. Dans cette salle se trouve un rassemblement de personnes uniques en son genre à même d'influer sur la santé et le bien-être des populations d'Afrique. Il y a parmi vous la grande majorité des Ministres de la Santé du continent. En outre, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (FISE) ont été des participants précieux à la lutte que livre l'Afrique. Ensemble, nos institutions et nos personnels ont fait oeuvre de pionniers, ont essuyé des échecs et ont partagé des satisfactions devant les succès remportés par les gouvernements africains avec lesquels ils ont coopéré. Nous nous réunissons à un moment crucial pour ce continent. L'Afrique voit s'ouvrir de grandes perspectives de progrès d'une part, mais d'autre part, elle est confrontée à des difficultés économiques d'une ampleur sans précédent.

Une mesure significative des progrès réalisés sur ce continent au cours de ces vingt-cinq dernières années pendant lesquelles la grande majorité des Africains ont accédé à l'indépendance nationale, c'est l'amélioration du bien-être des enfants qui est une réalité. Les taux de décès infantiles ont diminué de quelques 40 % depuis le début des années 50, période pendant laquelle un enfant sur trois mourrait avant d'avoir atteint l'âge de cinq ans et que de nombreux autres étaient handicapés pour la vie pour toute une gamme de causes. Les taux d'alphabétisation de base et d'éducation ont augmenté de façon spectaculaire par rapport aux années 50. Des millions d'Africains ont acquis des compétences de haut niveau.

Des événements récents ont toutefois eu un effet dévastateur sur les pays de l'Afrique au sud du Sahara. C'est ainsi que la production alimentaire par tête d'habitant a diminué de 5 % au cours des années 80. Nous sommes tous conscients de l'impact de la sécheresse sur de nombreux pays et nous sommes reconnaissants au Ciel de nous avoir laissé un peu de répit. Il semble toutefois que la sécheresse soit susceptible de se manifester encore dans plusieurs pays. En outre, il est évident que la crise a déjà laissé de nombreuses traces qui ne sont pas prêtes de s'effacer.

Les difficultés économiques mondiales des années 80 ont eu des effets très préjudiciables sur l'Afrique. Le revenu moyen a diminué de 15 % entre 1980 et 1985. Le déclin économique de ces derniers 18 mois a été même plus sérieux encore. En 1986, les recettes de l'Afrique en provenance des exportations ont diminué de US \$19 milliards. Le montant des ressources qui quittent l'Afrique est supérieur maintenant aux entrées, le déficit se mesurant en milliards de dollars. Même les pays qui pendant longtemps ont été considérés comme des modèles économiques exemplaires sont en défaut de paiement cette année.

Il faut dire qu'un grand nombre de pays oeuvrent en vue d'améliorer la situation dans ce domaine comme on a pu le constater lors de la session spéciale de l'Assemblée générale sur l'Afrique en mai 1986, réunion sans précédent dans l'histoire. Au cours de cette réunion, les gouvernements africains se sont engagés solennellement à appliquer des réformes sur le plan national. Un rapport du Secrétaire général qui doit être publié la semaine prochaine montrera avec preuves à l'appui la mesure dans laquelle de nombreux gouvernements africains ont tenu leurs engagements comme il ressort clairement des déclarations faites lors de la récente réunion de l'OUA à Addis Abeba. Le drame est toutefois que malgré ces efforts, l'appui des donateurs internationaux a été limité lorsqu'on leur a demandé de tenir leurs promesses.

Le continent africain est en outre perturbé, tout comme le reste du monde, par la manifestation du SIDA dont l'impact commence tout juste à se faire sentir.

La partie australe du continent s'est trouvée confrontée à une interaction nuisible des problèmes économiques étroitement liés aux troubles provoqués par un conflit armé et dans certains cas, par des efforts évidents pour déstabiliser les populations sur le plan économique. L'impact de cette

situation sur les enfants a été extrêmement dévastateur. Selon un rapport intitulé "Children on the Front Line" publié en janvier dernier par le FISE, les Etats d'Afrique australe les plus touchés par les effets de déstabilisation ont beaucoup souffert de taux de mortalité infantile disproportionnés et de niveaux élevés de malnutrition. Cent quarante mille enfants sont morts en Angola et au Mozambique en 1986 du fait de ces actions déstabilisatrices.

Un des aspects les plus troublants de la crise complexe que traverse le continent - exacerbée et non créée par la récente sécheresse - c'est qu'à la fin de ce siècle, bien que la population africaine ne représente que 14 % environ de la population mondiale, les démographes estiment, compte tenu des tendances calculées avant que la crise du SIDA ne se fasse jour, que l'Afrique aura à elle seule plus de 40 % de tous les décès d'enfants dans le monde, soit 15 % de plus qu'en 1950 et 31 % de plus qu'en 1986. L'Afrique est le seul continent du monde où le nombre absolu de décès est en augmentation puisqu'il est passé de 3,8 millions d'enfants de moins de cinq ans en 1950 à 4 millions en 1970 et 4,3 millions en 1980.

Faut-il que nous acceptions que ces projections pessimistes décrivent l'avenir de ce noble continent, berceau de l'humanité ?

Nous espérons tous que le climat économique et politique mondial changera. La prudence exige, toutefois, que nous qui nous préoccupons de la santé des enfants et de leurs mères posions l'hypothèse que le climat demeurera très difficile.

Qu'est-ce qui peut être fait dans ces conditions ? Etant donné ce dont nous disposons, qu'est-ce qui est possible ? Pouvons-nous raisonnablement atteindre les objectifs de l'année 1990, à savoir "la vaccination universelle des enfants et l'accès pratiquement universel à la thérapie de réhydratation par voie orale" ? Pouvons-nous espérer atteindre les objectifs plus difficiles pour l'an 2000, à savoir réduire la mortalité infantile dans tous les pays pour la ramener à 50 ou 60 pour 1000 naissances vivantes ? J'aborderai aujourd'hui quatre questions capitales qui, si elles sont convenablement traitées, pourraient avoir pour effet que le presque impossible devienne possible.

Ajustement avec un visage humain

Malgré les conflits d'intérêt évidents entre pays créditeurs et débiteurs, et entre ceux qui prennent la plupart des décisions économiques et politiques et ceux qui en souffrent les conséquences, il y a une marge pour améliorer le bien-être humain et, en vérité, une marge de manoeuvre plus grande qu'on ne l'imaginait souvent, que les gouvernements et organismes internationaux intéressés pourraient mettre à profit de façon constructive s'ils le voulaient. Les coupes sombres et les ajustements économiques, auxquels de nombreux pays procèdent, reflètent en partie les graves contraintes imposées par le système économique international et en partie de façon dont les pays ont reformulé leur politique en réponse à ces pressions. C'est la somme de ces facteurs qui a amené le Président Nyerere de Tanzanie à lancer un appel angoissé lorsqu'il a déclaré : "Faut-il que nous affamions nos enfants pour payer nos dettes" ?

Notre réaction devant l'appel du Président Nyerere doit être un NON retentissant. Il ne faut pas que des enfants meurent pour payer les dettes d'un pays. Malheureusement, la pratique actuelle consiste trop souvent encore dans de nombreux pays du monde à laisser des enfants mourir et, de ce fait, un grand nombre meurent chaque jour alors que nous sommes en 1987.

Une récente expérience dans une étude importante récemment publiée par le FISE et qui a pour titre : "Ajustement avec un visage humain", montre qu'il faut réagir sur deux fronts devant cette situation. Tout d'abord, nous devons souligner vigoureusement l'importance de l'investissement social pour l'avenir d'un pays de façon que les secteurs sociaux ne souffrent pas de coupes sombres disproportionnées comme c'est trop souvent le cas; deuxièmement, et d'importance égale sinon plus grande encore pour ceux qui oeuvrent dans le secteur santé et dans les autres secteurs sociaux, c'est que les secteurs sociaux doivent eux-mêmes procéder à une restructuration interne pour accorder une priorité plus élevée aux programmes qui se traduisent par de plus grands avantages pour les groupes les plus vulnérables.

En outre, même lorsqu'un conflit armé affecte de façon tragique des millions d'enfants et de femmes du continent, la préoccupation des parents africains et des gouvernements africains pour ces groupes les plus vulnérables est évidente. C'est ainsi qu'au Nigéria, il y a quelques années, le FISE a

contribué à sauver les enfants des deux côtés de la ligne de front, de même en 1985, au moment où le conflit ougandais a atteint son maximum d'intensité, le FISE s'est efforcé de satisfaire les besoins des enfants ougandais grâce à un corridor de paix qui reliait les deux fronts. Les deux parties en conflit permettaient au FISE et au Comité international de la Croix-Rouge de procéder aux vaccinations et d'assurer l'approvisionnement en médicaments et en fournitures médicales des mères et des enfants qui se trouvaient dans les zones des combats de façon qu'ils ne soient pas victimes du conflit - faute de services de santé. Lorsque la volonté de faire l'impossible se manifeste, tout est possible.

#### SSP - Plusieurs gens et plus faisables que jamais

On trouve les orientations permettant de discerner ce qui peut être fait dans la restructuration du secteur santé pour soulager les souffrances humaines malgré les ressources limitées dans les principes qui sous-tendent les soins de santé primaires (SSP). Toutefois, aujourd'hui, presque une décennie après la codification de ces principes lors de la Conférence d'Alma-Ata, qui peut être marquée d'une pierre blanche et qui a été co-parrainée par l'OMS et le FISE, et, qui plus est, alors que leur validité a été amplement prouvée, nous n'approuvons que du bout de lèvres cette démarche visionnaire. Dans la plupart des pays, une partie écrasante des dépenses de santé est consacrée aux mesures curatives plutôt qu'aux mesures préventives et aux établissements de santé des centres urbains importants plutôt qu'aux postes de santé de village et urbains capables de desservir la majorité des habitants.

Une véritable mise en oeuvre des SSP est plus faisable aujourd'hui qu'il y a une décennie. Toutefois, un facteur important qui a eu un impact profond depuis Alma-Ata sur la direction de cette activité est le fait qu'on se soit rendu compte que les réalisations économiques et techniques de ces récentes années ont beaucoup augmenté les possibilités de communication. On observe aujourd'hui une augmentation rapide et constante de l'aptitude à communiquer avec les déshérités du monde par le biais de la radio, de la presse, de la télévision, des écoles dans tous les villages, et par les milliers de nouvelles associations d'agriculteurs, de femmes et d'hommes d'affaires, etc.,

et on a une nouvelle perception dans la communauté internationale de ce qui peut être fait avec la communication des programmes qui constituent un outil puissant pour, selon les mots de la Déclaration d'Alma-Ata, "... l'éducation du public concernant les problèmes de santé importants et les méthodes pour les prévenir et lutter contre eux".

Ces nouveaux moyens nous offrent la possibilité d'adopter les techniques et connaissances médicales nouvellement mises au point, améliorées ou redécouvertes, dont le coût est peu élevé et l'impact spectaculaire qui sont à notre disposition et qui accélèrent l'application des principes des SSP. Le FISE a appelé cette approche "Un potentiel pour la survie de l'enfant et la révolution du développement qui peut également servir de fer de lance pour faire progresser les SSP dans leur ensemble". Les techniques médicales actuelles vous sont évidemment familières et parmi ces dernières citons la vaccination contre les six maladies meurtrières de l'enfance, la thérapie de la réhydratation par voie orale, un retour à la pratique de l'allaitement au sein et un sevrage approprié, la surveillance de la croissance et l'espacement des naissances. En associant la nouvelle capacité de communiquer avec ces techniques et technologies, on a pu voir au milieu des années 1980 dans de nombreux pays une expansion nette des programmes de vaccination et notamment de thérapie de réhydratation par voie orale.

J'aimerais signaler que nous sommes extrêmement enthousiastes concernant une brochure OMS/FISE presque terminée qui va être publiée en 1988 pour célébrer l'anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata qui a pour titre : "Facts for Life". Cette brochure résume les connaissances de base en matière de santé, pertinentes pour les familles, y compris celles qui sont mentionnées plus haut dans dix pochettes d'information qui, si elles sont communiquées à toutes les familles et si leur utilisation est facilitée par les gouvernements et la société, pourraient beaucoup améliorer la santé, la croissance physique et mentale des jeunes enfants tout en réduisant de plus de la moitié les décès actuels, soit environ 4 millions d'enfants chaque année.

L'aptitude des pays africains à faire des progrès dans les domaines de la survie et du développement de leurs enfants en accélérant de façon spectaculaire leurs programmes élargis de vaccination malgré les contraintes

budgetaires a démontré de façon brillante comment on pouvait tirer parti de ressources extrêmement limitées. Nous nous devons de féliciter ce groupe de Ministres africains de la Santé. Ce groupe qui avait déclaré "1986", Année africaine de la Vaccination" lors de la conférence de Lusaka en 1985 et qui avait encouragé les donateurs extérieurs, y compris notamment les Italiens, à réagir favorablement. Au début des années 1980, sur les 4 millions d'enfants qui naissaient chaque année, plus d'un million mourraient; un nombre comparable d'enfants étaient handicapés pour la vie, parce qu'ils n'étaient pas vaccinés contre les six maladies pour un coût de US \$5 à US \$15 par enfant. Aujourd'hui, l'Afrique s'est engagée à empêcher ce gaspillage tragique en atteignant l'objectif que vous avez fixé, à savoir la vaccination universelle des enfants pour au moins 75 % des moins d'un an d'ici à 1990.

Entre 1984 et 1987, plus de 40 pays africains ont accéléré de façon notable leurs programmes de vaccination.

Maurice et les Seychelles avaient atteint l'objectif de la vaccination universelle des enfants en 1986. Parmi les pays qui ont adopté les programmes accélérés de vaccination et qui ont des chances raisonnables d'atteindre l'objectif de la vaccination universelle en 1987, citons le Cameroun, le Congo, le Lesotho, le Maroc et le Sénégal. D'autres pays, tels que le Botswana, la Tanzanie et la Zambie devraient atteindre cet objectif en 1988. J'ai eu le privilège d'observer personnellement et de participer avec des Chefs de gouvernements et des ministres de la santé à ces initiatives qui faisaient appel à la mobilisation sociale dans bon nombre de vos pays, dont le Cameroun, le Tchad, l'Ethiopie, la Gambie, le Mozambique, le Nigéria et le Sénégal. Ce sont là des réalisations remarquables qui font pointer une lueur d'espoir partout où les enfants continuent de mourir à cause de maladies contre lesquelles ils auraient pu être vaccinés.

Je manquerais à mon devoir si je ne faisais pas état des réactions positives encourageantes dans le monde qui se sont traduites par un financement extérieur devant ces initiatives africaines visant à sauver les vies humaines. Le FISE a déjà programmé pour 1986-1990 plus de US \$180 millions pour fournir un appui à la vaccination universelle des enfants en Afrique dont US \$160 millions sont déjà promis par des sources internationales

généreuses. La communauté mondiale est encouragée par la confiance que les Italiens placent en votre programme élargi de vaccination (PEV) en Afrique, la meilleure preuve étant qu'ils se sont engagés à verser plus de US \$100 millions. Des contributions extrêmement généreuses ont également été accordées par d'autres pays, y compris notamment le Canada, les Etats-Unis et par Rotary International qui a promis US \$10 millions. Un autre exemple de coopération internationale est celui du Comité de Coordination technique OMS/FISE pour l'Afrique sur la vaccination.

Un autre progrès important pour les enfants et l'avenir de l'Afrique a été réalisé lors du sommet de l'OUA à Addis Abeba à la fin de juillet lorsque les Chefs d'Etat ont adopté la résolution sur la vaccination universelle des enfants en Afrique, objectif 1990 comme composante pour la protection, la survie et le développement de l'enfant africain. Cette résolution qui a fait date non seulement déclare 1988, Année de la protection, de la survie et du développement de l'enfant africain, la vaccination étant utilisée comme véhicule pour atteindre des objectifs plus larges, elle demande également aux Etats Membres de jouer un rôle actif dans la mobilisation des communautés afin de les sensibiliser davantage à la nécessité de disposer de ressources en vue d'atteindre les objectifs de la survie et du développement de l'enfant en général, et la cible de la vaccination universelle des enfants en 1990, en particulier. Cette résolution prie en outre les Etats Membres de faire en sorte que les questions relatives à la survie et au développement de l'enfant soient traitées en priorité par les instances nationales, sous-régionales, régionales et continentales. En outre, elle prie le Directeur exécutif du FISE de faciliter la mise en oeuvre de la résolution par la mobilisation des ressources nécessaires et des collectivités pour compléter les efforts déployés par les pays. Monsieur le Président, le FISE accepte comme une directive cette requête et nous ferons tout ce qui est en notre pouvoir pour réorienter nos efforts à cette fin.

Les mesures suivantes - Intensifier la mobilisation sociale et le programme des médicaments essentiels pour tous

La progression couronnée de succès des pays africains vers l'objectif de la vaccination universelle des enfants qui a été fixé il y a deux ans par les Ministres de la Santé d'Afrique, à savoir vous qui vous trouvez présentement dans cette salle, est une source d'inspiration. Déjà du fait de l'accélération des efforts déployés pour vacciner tous les enfants en 1990, des centaines de milliers d'enfants ont échappé à la mort ou à une vie handicapée, imputable à ces six maladies. Ce succès nous amène à vous demander quels sont les autres progrès importants qui sont déjà à la portée des populations africaines, en dépit des conditions difficiles que traverse le continent aujourd'hui.

De toute évidence, il y a d'autres applications importantes de ce concept qui vise à éduquer et à mobiliser toutes les populations en faveur de la santé, illustré par les programmes d'accélération du PEV dans le cadre duquel les Ministres de la Santé ont si bien su mobiliser les autres pour promouvoir leurs activités : Chefs d'Etat, radio, télévision, presse, artistes, intellectuels, prêtres et imams, chefs traditionnels, Ministres de l'Education et de l'Information, et organismes non gouvernementaux en faveur de la lutte contre les maladies diarrhéiques, la promotion de la surveillance du poids des enfants et de meilleures pratiques en matière de sevrage, etc., les technologies à faible coût, et les connaissances existent maintenant pour atteindre les objectifs des Nations Unies pour l'an 2000, à savoir la réduction du taux de mortalité infantile, de 50 % ou plus dans tous les pays, si seulement les sociétés accordent une priorité suffisamment élevée pour communiquer ces connaissances aux familles et pour faciliter leur utilisation.

Deux des principaux obstacles qui demeureront pour atteindre l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000, même lorsqu'on nous donne la priorité à la prévention, aux technologies à faible coût et à la mobilisation sociale de toutes les populations en faveur de la santé, ont trait au financement. Le premier consiste à obtenir des quantités adéquates de médicaments essentiels, y compris les vaccins qui doivent être importés. Le deuxième est de savoir comment financer localement la plupart des dépenses des postes de santé et les agents de santé.

En examinant ensemble ces deux problèmes, certains d'entre nous ont une idée de ce qui est possible - d'un prochain bond vers l'amélioration de la santé et du bien-être des populations de toute l'Afrique. Et je vous invite à me dire si, en sortant de cette réunion à laquelle je participe avec vous à Bamako, cette vision doit être abandonnée ou si elle doit être explorée activement.

Quel est ce rêve ? Quelle est cette vision ? Imaginez un système de soins de santé primaires élargis dans toute l'Afrique au cours des cinq années à venir qui permettrait de satisfaire les besoins en médicaments essentiels de la grande majorité des populations, c'est-à-dire de plus de 80 % des habitants du continent et qui serait en grande partie financé et géré localement. Avant de succomber à ce vieux réflexe qui estime qu'un tel objectif ne peut être atteint, je dois admettre qu'en 1983, au FISE, malgré tout notre optimisme, nous avons estimé qu'il était difficile d'imaginer que la vaccination universelle des enfants serait possible d'ici à 1990.

Nous (et je pense que nous pouvons inclure tous ceux qui se trouvent dans cette salle) découvrons qu'il y a moyen de faire fonctionner efficacement les centres de SSP; qu'il existe un élément qui, lorsqu'il est disponible sur une base sûre et à la portée de tous, attire les familles vers les centres et pour lesquels la plupart des familles sont en fait disposées à payer et en mesure de le faire.

La composante des SSP qui peut se révéler la mieux à même de jouer ce rôle de catalyseur, c'est la fourniture de médicaments essentiels pour tous.

Nous nous rendons compte grâce à une programmation plus imaginative des médicaments essentiels dans des pays tels que le Bénin, le Kenya et la Tanzanie, que non seulement la fourniture de ces médicaments peut être assurée à un coût extrêmement bas, mais nous découvrons également, au Bénin par exemple, que les bénéfices sur les dépenses engagées peuvent être beaucoup plus élevées que le coût de la fourniture des médicaments qui en soi n'est pas un moindre avantage.

En fait, le coût de la fourniture des médicaments essentiels est habituellement moindre que ce que beaucoup de gens imaginent et beaucoup moins coûteux que ce que les gens payent déjà. En Tanzanie, par exemple, le FISE et l'OMS ont, au cours de ces quatre dernières années, fourni un appui à un programme qui assure un approvisionnement continu en médicaments essentiels à

20 millions d'habitants des zones rurales à un coût qui équivaut à environ 50 cents des Etats-Unis par personne et par an. Ce programme est non seulement véritablement peu coûteux, mais il fait également oeuvre de pionnier dans de nombreux domaines. Dans le cadre de cette approche, un camion de trousse de médicaments essentiels est fourni aux centres régionaux du pays chaque mois, chaque trousse contenant 32 médicaments essentiels qui correspondent aux besoins des centres de santé ruraux typiques de la Tanzanie, tels que déterminés par le personnel de santé de district. Ces trousse sont livrées par le Ministère de la Santé aux sous-centres à l'intérieur de chaque région. Il incombe alors à la communauté de transporter chaque trousse sur les 10 à 30 km qui restent jusqu'aux différents centres de santé. Cette responsabilité représente non seulement la part de la contribution de la communauté au transport, mais elle rend également la communauté garante de tout vol ou de ventes au marché noir. On peut mesurer le succès du programme qui, après quatre ans, ne connaît aucune frontière politique. Il bénéficie d'une absence virtuelle de toute accusation de perte ou de fraude et il a atteint à un coût modeste son objectif, à savoir celui d'assurer aux populations rurales un approvisionnement continu en médicaments essentiels.

Le FISE et l'OMS sont convaincus que ce mode de fourniture de médicaments essentiels dans les mêmes conditions (qui fonctionne également convenablement au Kenya et au Mozambique par exemple) mérite d'être reproduit plus largement dans de nombreux autres pays d'Afrique.

Une innovation complémentaire qui promet beaucoup est mise en oeuvre avec succès dans d'autres pays tels que le Bénin. Nous savons que la grosse majorité des populations sont disposées à payer leurs médicaments. Ceci est évident, partout dans le monde où les médicaments nécessaires sont disponibles. Au Bénin, nous constatons que même si les populations paient deux ou trois fois ce que le FISE paie pour les médicaments, des fournitures ayant fait l'objet d'un contrôle de la qualité peuvent encore être fournies de façon sûre à des taux qui sont à la portée de la plupart des gens. La différence de prix est utilisée pour renforcer le système des SSP; elle permet de payer les salaires des agents de santé de village et les autres dépenses locales. La gestion du village et du district se fait à l'échelon central dans le cadre de ce programme. La Guinée étudie déjà un modèle analogue et le Burkina Faso et l'Ethiopie sont en train d'élaborer des plans pour mettre en oeuvre des programmes analogues.

Cette vision que nous avons pour l'Afrique est en train d'être traduite dans les faits dans le cadre de ces nouveaux programmes. Les dépenses locales du système des SSP sont financées en grande partie par les achats de médicaments essentiels; ce système assure beaucoup plus de services de soins de santé, particulièrement des soins maternels et infantiles, que la simple distribution des médicaments. Et, lorsque les familles s'habituent à utiliser régulièrement un centre parce qu'elles savent qu'il est une bonne source de médicaments, rapidement elles l'utilisent à d'autres fins également. Si les populations ne sont pas très attirées par les causeries sur les pratiques d'assainissement de base, par exemple, elles viennent en revanche au centre pour obtenir les médicaments essentiels lorsqu'ils sont nécessaires et elles sont disposées à payer pour ces derniers surtout si les fournitures sont adaptées aux problèmes de santé locaux, à la portée des bourses et s'ils sont sûrs. Lorsque le coût contribue au salaire de l'agent de soins de santé et finance l'entretien du centre, et lorsque les populations utilisent l'établissement, et écoutent l'agent de soins de santé, alors elles seront beaucoup plus susceptibles de s'associer aux efforts déployés pour vacciner leurs enfants, d'entendre parler des avantages des soins prénatals, de l'espacement des naissances, de la thérapie de la réhydratation par voie orale et de surveiller la croissance de leurs enfants et, enfin, de s'informer des problèmes de santé les plus courants ainsi que des méthodes pour les prévenir et les combattre.

Le programme des médicaments essentiels donne également aux pays une occasion et une base pour revoir les schémas thérapeutiques, former le personnel de santé, mettre sur pied un programme national sur l'utilisation et la mauvaise utilisation des médicaments ainsi que pour centraliser la production locale.

Un problème qui se pose encore à l'heure actuelle c'est évidemment celui des devises étrangères, car les populations qui utilisent ces services ne disposent que de monnaie locale. C'est ici que je vois s'ouvrir une perspective pour un nouveau programme d'aide et de soutien étranger en faveur des SSP, analogue à celui qui a été mis au point avec succès pour la vaccination universelle des enfants en 1990. Un programme initial étalé sur cinq ans, de US \$100 millions par an pour compléter les allocations de devises étrangères des gouvernements africains, devrait être suffisant pour assurer non seulement la fourniture de médicaments essentiels à la plupart de ceux qui

n'en bénéficient pas à l'heure actuelle, mais également par le biais de leur vente aux bénéficiaires des soins de santé primaires, pour assurer une percée vers le financement local d'un système SSP qui pourrait englober pratiquement toute l'Afrique au sud du Sahara en 1990. L'assistance extérieure pourrait revêtir la forme d'un appui financier et de fourniture de médicaments. Les perspectives d'un appui soutenu à l'échelon mondial seraient grandement accrues si une participation à ce programme appuyé à l'échelon international était fondée d'abord sur des programmes sur lesquels on se serait mis d'accord tels que les programmes pays pour la vaccination universelle des enfants/1990 qui offrirait l'assurance de satisfaire les besoins en médicaments essentiels de la grande majorité, y compris particulièrement les enfants et les mères qui sont les plus vulnérables à une date prévisible qui ne serait pas trop éloignée, disons cinq ans, et deuxièmement, en utilisant le produit de la vente de ces médicaments, à l'exception des vaccins, pour renforcer le financement local et la gestion des SSP au niveau du village et du district.

Excellences, Messieurs les Ministres de la Santé d'Afrique,

Permettez-moi de vous poser cette question : Est-ce que c'est un rêve qui doit s'estomper dès la levée du jour ou ne devrions-nous pas l'explorer davantage ensemble ? Ne constitue-t-il pas un suivi approprié à la décision du sommet de l'OUA en juillet ?

Si un groupe de pays décidaient de profiter de cette nouvelle possibilité pour assurer la fourniture de médicaments essentiels à la grande majorité de leur population tout en augmentant en même temps le financement local et la gestion des SSP au niveau du district, je vous promets ici que le FISE serait disposé à oeuvrer avec les gouvernements, en liaison avec l'OMS, pour explorer activement à la fois le lancement de programmes complets de fourniture de médicaments essentiels et l'application de méthodes permettant de surmonter les obstacles financiers, logistiques et politiques. Nous contribuerions également à porter ce problème à l'attention des donateurs internationaux pour obtenir leur appui qui est indispensable.

Le succès spectaculaire de l'Afrique vers l'objectif "vaccination universelle des enfants", prouve à un monde sceptique que les responsables de la santé d'Afrique peuvent accomplir ce qui paraît impossible lorsqu'ils oeuvrent ensemble.

Une nouvelle initiative concernant les médicaments essentiels qui s'inscrirait dans le cadre que je viens de décrire est en mesure de combler un certain nombre de lacunes dans le système des SSP, notamment la plus notable de ces dernières, à savoir les financements extérieurs nécessaires au cours des cinq ou quinze prochaines années qui seront difficiles sur le plan financier particulièrement pour les pays les moins avancés pour assurer des quantités adéquates de médicaments essentiels, y compris les vaccins et pour amorcer le financement local d'un système de SSP qui répondrait aux besoins de la vaste majorité.

Un système de SSP indépendant pour toute l'Afrique d'ici l'an 2000, des enfants vaccinés, des parents disposant de connaissances leur permettant de promouvoir et de protéger la santé de leurs enfants, et des médicaments essentiels pour tous, peut paraître impossible. Mais si nous nous référons à notre vision, elle ne l'est pas. Les pays africains, avec une augmentation modeste de l'appui international d'ici l'an 2000, peuvent améliorer la santé des enfants et des femmes d'Afrique de façon à réduire de moitié les 4 millions de décès infantiles et les 100 000 décès maternels qu'elle connaît chaque année depuis le début des années 1980. On dit dans le monde entier qu'il n'existe pas d'investissement plus important et plus rentable sur le plan coût/efficacité que les programmes en faveur des mères et des enfants. Nous voyons dans la fourniture de médicaments essentiels sûrs et à la portée de toutes les bourses, le moyen permettant d'accomplir cette tâche formidable et nous vous promettons par conséquent tout l'appui du FISE pour lancer un programme qui permettra d'accomplir cette tâche.

Je vous remercie.

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

Votre Excellence Monsieur le Général Moussa Traoré, Secrétaire général de l'Union démocratique du Peuple malien, Président de la République du Mali,

Madame la Présidente du Comité régional,

Honorables Ministres,

Monsieur le Directeur général de l'OMS, le Dr Halfdan Mahler,

Monsieur James Grant, Directeur exécutif du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (FISE),

Distingués membres du corps diplomatique, des organisations non gouvernementales et fonctionnaires des organisations des Nations Unies,

Mesdames et Messieurs les Délégués,

Mesdames et Messieurs,

Je me réjouis d'être des vôtres en ce jour à Bamako pour l'ouverture de la trente-septième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

Monsieur le Président, je salue votre personne, votre Gouvernement et votre pays pour avoir si chaleureusement voulu nous recevoir et y consentir par les temps qui courent sûrement à bien des sacrifices. Mon émotion est grande quand je réalise la dimension de ce pays si riche d'histoire et qui a tant contribué à l'essence de la civilisation africaine. Berceau de l'Afrique, jadis grenier de toute l'Afrique occidentale, route du commerce, route de l'or, croisée des religions, Tombouctou mêlait sa richesse au cheptel pour les offrir en cadeau.

Certes, les époques ont changé et la crise économique, la sécheresse et l'enclavement n'ont rien arrangé à la situation. Mais qui vous connaît reconnaîtra le caractère trempé de l'homme dans la restructuration de son peuple et de son pays.

Pour ne parler que du domaine sanitaire, nul n'ignore combien vous vous efforcez à édifier la pyramide de santé. Dans votre politique repensée, les soins de santé primaires améliorent la vie du villageois. Le plateau technique de l'hôpital de Bamako fait peau neuve. Il faut espérer que les hôpitaux régionaux et les centres de santé de 46 cercles vont suivre

le mouvement. L'Ecole nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali fait l'effort de produire des médecins de qualité. L'Ecole secondaire de la Santé de Bamako fournit son contingent d'infirmiers, de sages-femmes et de laborantins de niveau. Et même les médicaments sont produits sur place.

Par ailleurs, la mise en eau des barrages de Selingué et de Manantali, l'aménagement systématique des puits vont tout à fait dans le sens de la collaboration intersectorielle au domaine de la santé.

Malgré toutes les difficultés, la lucidité et le courage des Maliens permettent d'espérer qu'ils seront et doivent être au rendez-vous de la santé pour tous en l'an 2000. Aussi, nous vous disons, Monsieur le Président, toute notre admiration. Notre reconnaissance va à tout votre Gouvernement qui cohabite aussi bien avec notre Bureau de Représentation qu'avec une des trois Equipes interpays de Développement sanitaire. Notre gratitude va à Madame le Ministre de la Santé et à son équipe qui collaborent si étroitement avec nos Représentants en vue de la santé du peuple malien. Notre sollicitude va à tous ceux qui, petits et grands, ont contribué à la tenue de ce trente-septième Comité régional.

Nous souhaitons la bienvenue à notre Directeur général, le Dr Mahler.

Nous notons ici la présence de Monsieur James Grant, Directeur exécutif du FISE. Il est vain, Monsieur, de vous dire combien votre présence parmi nous est pleine de signification, mais aussi d'espoir dans la lutte que nous menons ensemble pour la vie.

Nous saluons ici la présence du Corps diplomatique. Nous savons combien grande est la contribution de chaque pays à l'édifice de la santé.

Nous remercions les Organisations non gouvernementaux pour leur déplacement, et nous n'ignorons pas l'immensité de leur tâche.

Mesdames, Messieurs les Ministres et Messieurs les Délégués, nous devons reconnaître votre total engagement à la cause de la santé et nous vous en saurions gré.

Le thème que je me propose de développer avec vous ici aujourd'hui s'intitule : "A portée de main". Venons-en à sa teneur.

## A PORTEE DE MAIN

A un moment où les évaluations sont tant désirées et où l'Afrique est maugrée pour son absence de chiffres, sommes-nous en droit ou en mesure de faire un bilan ? Pourtant c'est bien lui qui nous dira si l'échec ou la réussite est à la portée de notre main. La critique et surtout l'autocritique ont ceci de sain, c'est qu'elles ramènent l'homme à ses justes proportions. Elles lui révéleront s'il a la politique de ses moyens ou les moyens de sa politique.

L'Afrique a pris du retard dans tant de domaines qu'elle ne se remettra pas d'autres rendez-vous manqués. En cas d'inadéquation des stratégies par rapport aux besoins, le temps de rattrapage sera à jamais perdu comme tous ses enfants innocents à jamais perdus que nous ensevelissons dans des cimetières que ni nos coeurs, ni nos larmes ne quittent.

Avec le cardinal de Richelieu, plutôt que "d'assumer le blâme de la menterie, nous préférons le péril de la vérité". Dans ce contrat à deux partenaires, vous, les Etats Membres, nous, Agences de coopération technique, avons-nous tenu adéquatement nos rôles et respecté nos termes de référence ? Quel fruit cueillerons-nous de nos mains ?

Qu'avons-nous fait OMS/Bureau régional pour l'Afrique afin de collaborer efficacement avec vous en vue de l'instauration de la SPT ? Tout d'abord, avons-nous été conformes à notre Constitution qui veut que nous soyons une Agence de coopération technique et non une Agence de coopération financière ?

Depuis quelque temps, nous nous sommes trouvés face à une crise économique mondiale, une monnaie de travail qui n'a jamais cessé de baisser. Seule la baisse du dollar, sans compter les phénomènes d'inflation locale, a fait passer en trois ans le per diem du Mali (par exemple) de US \$59 à US \$123. Le prix d'un avion charter Brazzaville/Lusaka était de US \$29 000 en 1985, celui de Brazzaville/Bamako est de US \$100 000 en 1987. Ajouter à ceci les coupures budgétaires dont la Région africaine a fait les frais au même titre que les autres Régions, malgré une situation économique plus que catastrophique.

Armés plus que du courage, et au mieux de l'audace, il a fallu affûter l'outil technique en fonction des besoins et demandes du jour. C'est ainsi que, non sans peine et pour commencer par les pays, les Coordonnateurs nationaux ont été transmués en Représentants internationaux de prime abord pour mieux gérer les ressources de l'Organisation. Conscients que ces derniers constituaient tout aussi bien notre tendon d'Achille que notre cheval de bataille, nous avons renforcé leur rôle, leur autorité, leur latitude d'action et surtout l'indépendance de leur jugement. Tout en étant Représentants et même Diplomates, ils ne sont plus enfermés dans leurs bureaux; ils sont ainsi devenus des vrais vecteurs techniques de la politique du Bureau régional de l'Organisation. Ils discutent des plans d'actions avec les hauts responsables de l'Etat et vont sur place sur le terrain pour aider à mener l'action, surveiller sa progression et remédier à ses disgressions.

Nous avons mené des négociations avec des pays donateurs afin de renforcer notre personnel de terrain, ancrage fragile de notre politique. Ainsi, certains pays donateurs ont mis par notre truchement des cadres professionnels associés (APO) à la disposition des pays demandeurs. Un certain nombre de professionnels africains bénéficient également de ce régime.

Outre les pays, trois Equipes interpays ont été mises sur pied. Malgré la conjoncture économique et autant que faire ce peut, le personnel a été pourvu. Au terme de leur première année d'existence et lorsque nous avons constaté une certaine déviation bureaucratique, nous y avons remédié afin que ces équipes demeurent des équipes de soutien technique sur le terrain.

Notre démarche a été donc celle d'une décentralisation effective en renforçant le maillon périphérique, vecteur indispensable de notre politique de santé dans les districts. A l'image du point d'entrée d'action dans la pyramide de santé par sa base, nous sommes d'avis que dans la Région africaine, la masse de notre personnel technique doit donc être à la base et non au sommet de l'Organisation. Ainsi au Bureau régional, il n'y a pas eu augmentation absolue d'effectif mais redéploiement de personnel et constitution d'unités spécifiques et adaptées.

Pour ne citer que les principales :

- Une unité de promotion et de surveillance de la mise en oeuvre de la SPT/2000 a été créée et rattachée au Bureau du Directeur. Elle a pour but de recueillir à travers rapports, fiches et cartes d'infrastructures sanitaires, tout renseignement sur les soins de santé primaires au niveau des districts. Toutes les informations sur les progrès et retards sur la voie de la SPT sont engrangées, informatisées et seront envoyées aux pays pour poursuite et/ou réorientation de l'action. Agissant en tant que boussole de positionnement et d'organe de comparabilité interpays, cette unité établit et présente un rapport annuel sur l'avancement de la SPT dans les 43 pays membres de la Région africaine lors de chaque Comité régional.
- L'Unité de mobilisation des ressources est notre organe négociateur avec les bailleurs de fonds de même qu'avec les banques notamment régionales. Les dossiers qu'elle présente sont ceux qui émanent des pays où nos experts basés dans les pays respectifs et ceux du Bureau régional auront aidé à élaborer et présenter.
- Un système de coordination des opérations du programme (AFRPOC) en accord avec les Etats Membres, a été mis en place. Il a pour but de rationaliser la gestion du budget régulier de l'Organisation.
- Une unité de secours d'urgence vis-à-vis des catastrophes a été mise sur pied et elle est surtout orientée sur les mesures à appliquer dans les pays les plus vulnérables et en proie à ces types de désastres.
- Compte tenu de l'acuité du SIDA dans le monde et ce malgré la conception verticale de son programme, le Bureau régional s'est vu contraint à mettre sur pied une force de frappe anti-SIDA.

Ici aussi, la machine ne fonctionne pas à plein régime du jour au lendemain; c'est au prix d'un effort incessant que les choses se mettent en place. Le système AFROPOC par exemple est connu pour être un système de budgétisation planifié et efficace. N'empêche que nous ayons constaté sa fragilité et sa jeunesse; mais progressivement, il se rode et nous nous adaptons mutuellement à son fonctionnement et aux demandes. Après tant d'années de gestion indisciplinée, on ne peut s'attendre à un retournement de la situation comme après un coup de baguette magique. Les jugements trop hâtifs sont nuisibles aux progrès qu'amène le changement. Seul le temps sera le meilleur pondérateur.

En mettant en place toutes ces réformes, nous voulions nous donner collectivement les moyens d'accélérer l'accession à la SPT/2000, car si la Déclaration d'Alma-Ata décline les résultats d'une politique, le "comment faire" n'est pas explicité. De ce fait, il en a résulté des tentatives louables mais incohérentes dans le domaine sanitaire. Les résultats escomptés n'ont pas été obtenus. Si l'on prend seulement l'exemple du taux de couverture vaccinale dans la Région africaine, celui-ci n'a atteint que 30 % depuis 1978, année de la signature de la Déclaration d'Alma-Ata.

Au vu de ces tâtonnements, au trente-cinquième Comité régional de Lusaka en 1985, nous avons proposé et fait adopter une stratégie d'action qui comporte un plan en trois ans, où l'on passe en revue les différents niveaux des infrastructures sanitaires dans le pays. Nous avons suggéré que l'accent soit mis :

- en 1986-1987 : au niveau du district, avec la mise en place des soins de santé primaires :
- en 1987-1988 : au niveau de la province avec l'étude des infrastructures hospitalières et de santé publique de même que l'apport des autres secteurs;
- en 1988-1989 : au niveau central gouvernemental avec l'apport du Ministère de la Santé, des autres ministères connexes, des universités et des organismes non gouvernementaux.

Pendant toute l'année 1986, nous avons donc travaillé avec les Etats Membres pour connaître leur plan d'action afin de nous modeler sur leur type de travail et d'avoir des termes communs d'action qui permettront la comparabilité interpays. Nous avons tenu maintes réunions avec nos Représentants afin qu'ils comprennent ce plan d'action et qu'ils s'adaptent à ce que les Etats Membres ont décidé de réaliser. Ils sont à l'heure actuelle tout à fait rodés pour mener la politique du district. Lors de nombreuses réunions de développement sanitaire tenues dans les Sous-Régions en février et mars dernier, les modalités de suivi et de surveillance de la SPT ont été amplement envisagées et discutées. Maintenant que la phase de mise en place s'est faite, nous entamons la phase informatique avec questionnaire standardisé pour le recueil des données.

Nous avons promis au cours de cette première année une carte synoptique des 43 pays membres dont le détail suit dans mon rapport sur l'action dans les districts. Lors de la trente-sixième session du Comité régional, conscients que ni vous ni nous n'avions les moyens de cette politique du district, nous vous avons sollicités pour le vote de 5 % de votre allocation budgétaire afin que le district se dote des moyens de sa politique. Un certain nombre de pays l'ont effectivement par la suite budgétisé. Il serait normal que chaque pays se donne effectivement les moyens d'une politique décentralisée. Tant que les districts ne seront pas considérés à part entière avec leur enveloppe budgétaire, le décollage sanitaire et socio-économique sera très ardu.

Tout en étant engagé dans la politique du district, nous avons cherché le renforcement des liens interagences en nous associant dans des réunions de travail et sur le terrain surtout avec le FISE. La preuve en est la réunion des Directeurs régionaux du FISE et de l'OMS précédant ce Comité régional et la présence physique de son Directeur exécutif, l'inlassable, l'inépuisable Monsieur James Grant. Monsieur, nous vous saluons.

Outre notre acharnement pour mettre en place la base de la SPT dans les districts, nous avons eu à faire face à la rage du SIDA, compagnon imprévisible donc non budgétisé. Compte tenu de sa menace pandémique, nous avons créé une force de frappe anti-SIDA au Bureau régional pour faire face

aux multiples demandes des pays. La cartographie épidémiologique est établie et dans chaque pays, nos experts, de concert avec ceux du Siège, analysent, conseillent et surveillent. De nombreux cours pour les laborantins ont été organisés. Des centres collaborateurs de l'OMS ont été identifiés. Nous sentons le besoin de renforcer notre équipe du Bureau régional et nos Equipes interpays et pour cela, nous attendons le feu vert du Siège. Nous élaborons des programmes de recherche qui se feront en Afrique à ce sujet.

Nous discutons à pied d'oeuvre avec les bailleurs de fonds afin que soient remédiées des infrastructures quasi inexistantes, délabrées voire inadéquates. Concernés par l'expansion frénétique de cette pandémie et du rôle que peut jouer l'Afrique en brisant un maillon de cette chaîne, nous nous sommes lancés dans une opération de vérité et non d'omission et de menterie avec la Fondation France-Liberté. Sous notre égide et notre guide, un film est en train d'être élaboré et sera présenté aux bailleurs de fonds et organisations du monde entier. La détresse de l'Afrique n'a nullement besoin d'être étalée. La dignité de l'homme surtout de l'homme malade est respectée. Mais nous voulons vous dire l'action que nous souhaitons mener, mais aussi qu'entre notre idéal et notre action il y a le gouffre du manque de moyens. Les laboratoires fonctionnent bon an mal an avec manque de personnel, de microscopes ou de réactifs et même de tubes à essai. Ici et là existent des centres de transfusion sanguine notamment dans les complexes hospitalo-universitaires des villes. Ailleurs, les traitements du sang et de ses produits dérivés n'est qu'un concept mental.

La femme, pivot de tout processus de développement, victime et transmettrice horizontale et verticale, n'est pas atteinte par l'information et l'éducation nécessaires. L'élément principal de la vie, l'eau, qui a radicalement changé la face de l'occident infecté d'après guerre par de simples mesures d'hygiène en dehors de toute considération sanitaire ou médicale, est ici encore une manne du ciel, alors qu'elle est si proche en sous-sol. A elle seule l'eau changerait à coup sûr la foudroyante propagation du SIDA et de bien des maladies vénériennes et diarrhéiques mortelles. S'il n'y avait qu'une chose à faire nous vous dirions de l'eau, encore l'eau et toujours de l'eau pour l'Afrique à la manière de Coleridge.

Enfin, l'objet de nombreuses disputes, les médicaments essentiels sont une pénurie constante. Même s'ils ne guérissent par le SIDA, un comprimé de nivaquine aurait rendu un accès palustre moins dramatique et le malade plus résistant lorsque d'autres veines telles que celles du SIDA frappent à sa porte.

Sans cesse, de concert avec les pays membres, nous avons tenu des réunions dans les trois Sous-Régions et remanié les organes consultatifs. Lors de sa première session, le Comité consultatif par le biais des experts que les pays nous ont délégués, ont abattu une tâche considérable dans le domaine de la santé et de la recherche. Le Comité consultatif africain pour le Développement et la Recherche a pour tâche désormais de coordonner d'autres (sous) comités chargés de la gestion des ressources de santé, du développement des leaders de la santé, de la promotion de la recherche sur la santé et des équipes d'intervention sur la population, la nutrition et la santé; l'environnement, l'habitat et la santé; le mode de vie et la santé. Ils demeurent notre organe conseil en nous orientant au mieux sur les besoins et actions à entreprendre pour soutenir l'effort national.

Pour faciliter l'accès au savoir-faire dans le domaine de la SPT/2000, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a préparé à l'intention des villages et de leurs comités de santé un fascicule de référence sur la façon de mettre en place les SSP, sur le choix des priorités et les actions à mener pour concrétiser les options prises. Ce document est ici présent et disponible.

En matière de district, un guide de référence pratique est en voie d'édition. Il traite de la composition du comité de développement du district, sur les membres et les conseillers en matière de développement sanitaire, sur le support à apporter à l'action du village, sur le type de travail à faire, sur le rapport à rédiger à partir des informations colligées et sur les modalités de suivi.

Comme 1987-1988 concerne le deuxième niveau de notre scénario de trois ans, le document de base sur le niveau intermédiaire, objet des discussions techniques de 1988, est déjà disponible. Il sert d'avant-projet et sera soumis aux pays aux fins d'études et d'application.

Enfin, l'OMS/AFRO, après avoir dégagé les principes généraux de la mise en oeuvre de la SPT/2000 à partir des documents du Siège est en train de mettre en page sa propre série de documentation en vue de l'instauration de la SPT/2000 dans les pays de la Région africaine.

Pour faciliter l'accès au savoir dans un cadre plus élargi, un budget voté pour 30 nouveaux bureaux administratifs au Siège du Bureau régional à Brazzaville, a été dévié vers la construction d'un centre de documentation disponible et ouvert à ceux qui veulent se perfectionner ou trouver un travail de référence sur les sciences de la santé; ce dernier sera en rapport avec les grands centres de documentation internationaux par liaison informatique.

Enfin, continuant notre action et tout en renforçant la SPT au niveau du district et en abordant avec 1987-1988 la deuxième année de notre scénario de trois ans, l'accent géographique est au niveau de la province et l'action au niveau du choix des technologies, d'infrastructures hospitalières et de santé publique afin qu'au terme de 1990 tous les pays de la Région africaine soient aux alentours de la ligne de départ sinon déjà dans la course vers la santé pour tous en l'an 2000.

Convaincus également que rien ne se réalise dans un pays sans engagement politique, nous avons milité pour une deuxième réunion des Ministres de la Santé de l'OUA. Nous remercions encore ici le Gouvernement égyptien dans la personne du Président Hosni Mubarak pour avoir si chaleureusement accueilli cette réunion au Caire. Nous avons encore mené l'action auprès de l'OUA pour que la santé soit inscrite à l'ordre du jour de son Sommet des Chefs d'Etat de juillet 1987. Ainsi la Déclaration d'Addis Abeba stipule "La santé comme base de développement socio-économique".

Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs,

J'aborde maintenant la façon dont les Etats Membres ont collaboré avec l'Organisation.

Nous tenons à dire nos remerciements et notre gratitude aux gouvernements de la Région pour la détermination dont ils ont fait montre dans le domaine de la santé. En deça de toutes les vicissitudes, ils ont mené des changements structurels, appuyé les grandes options sanitaires internationales en évitant toute distraction de leur plan d'action national.

Loin du comportement de l'épouse passive du couple ou de l'enfant capricieux exigeant son jouet, nous nous sommes vus face à des interlocuteurs responsables, pleinement conscients du marasme de l'Afrique avec une farouche volonté de s'en sortir.

Tout d'abord, quand nous avons proposé un canevas de travail sur l'accélération de l'instauration de la SPT/2000,<sup>1</sup> 90 % d'entre vous nous ont dit qu'ils étaient conformes avec ce qu'ils faisaient déjà. D'ailleurs, notre proposition ne tenait pas d'une alchimie miraculeuse, elle n'était que le fruit des expériences glanées dans les pays au cours de notre carrière. Loin de nous était de vous imposer des idées qui, pour la plupart dans le passé, étaient cousues de fil blanc dans la noireté de vos réalités. Quand nous avons voulu savoir quelle était l'action au niveau des districts, notre travail de dépouillement fut ardu car nous n'avions pas nous-mêmes élaboré un format de réponse mais les chiffres étaient là. Les informations émanant de tous les pays ont révélé que 25 % des districts du continent, soit près de 3000 districts, sont en action. Certains pays ont planifié leur travail et sont déjà au stade des évaluations.

Presque tous les pays ont d'emblée opté pour les principales composantes d'Alma-Ata et ont réalisé que la santé n'est qu'un volet de développement socio-économique. Ainsi, presque partout la santé est en train de s'articuler avec l'agriculture, le petit commerce et l'industrie villageoise. Le faible

---

<sup>1</sup> Document RPM.9/WP/03 Rév.1

pourcentage des districts accélérant l'accession à la santé pour tous n'est que relatif car la collecte des informations s'amorce à peine et la preuve en est que le processus est enclenché. Des responsables SPT ont ici et là été nommés. Les engagements personnels, collectifs et politiques sont indéniables. Tout permet de penser que la ratification de la Déclaration d'Alma-Ata rentre maintenant dans les faits.

Egalement face au SIDA, vous avez répondu présents pour la déclaration des cas, présents pour les comités nationaux anti-SIDA et présents encore pour les stratégies de lutte. Certes les moyens et les infrastructures font affreusement défaut, mais vous savez que nous nous tenons à vos côtés pour susciter les fonds nécessaires. Nous sommes convaincus que si le SIDA est un avers de malheur pour l'Afrique, il est aussi un revers qui lui permettrait de mettre en place un système de soins de santé primaires digne de l'être humain et seul valable dénominateur de tout essor socio-économique. Le SIDA ne relève d'aucune thérapeutique spécifique mais par contre elle partage une plate-forme d'action commune avec les SSP. En établissant l'un, l'on remédie systématiquement à l'autre. L'un servira de promotion à l'autre, mais l'un ne sera pas au détriment de l'autre.

Il en est du même enthousiasme et de la même ferveur d'engagement pour 1986, Année africaine de la Vaccination. On a vu de la Côte d'Ivoire au Mali, de la Mauritanie à l'Ethiopie, de la Zambie au Congo, du Zaïre au Burkina Faso, tous les Chefs d'Etats monter au front pour vacciner leurs enfants, nos enfants. C'est dire combien l'émotion s'allie à la raison pour vaincre la mort de ceux qui tiendront nos bâtons de vieillesse mais aussi nos nations.

Venons-en à la gestion des ressources que le Siège met à votre disposition par notre intermédiaire. Depuis l'instauration du système AFROPOC, vous vous êtes astreints à utiliser les ressources en fonction de votre planification sanitaire par biennium. Le système, bien que rigoureux, n'est pas rigide; vous avez vous-mêmes fait l'expérience de renégociation en fonction des urgences imprévisibles. Les utilisations sont ainsi judicieuses et il n'y a plus de dépenses ad hoc. Notre système de surveillance permet aussi de vous signaler votre position. Ce mécanisme d'efficacité éprouvée doit encore être rodé pour être mieux adapté, car il permet la supervision et la sénérité d'utilisation sur des projets prévus tout en évitant le "rush" des dépenses en fin d'année budgétaire.

Aussi nous vous disons en guise de conclusion : "ne relâchons pas l'effort, ne rechignons pas devant le métier - nous qui avons connu le fouet de l'esclavage". Soyons un, mettons-nous et remettons-nous à l'ouvrage tous ensemble. Sachons utiliser au mieux l'apport extérieur, faisons-le cadrer dans nos plans nationaux. Comme le journal "Le Monde" a dit pour un pays d'Afrique : "Ce pays a du courage dans la détresse", nous vous disons audace et témérité dans l'adversité. "Le succès suit ceux qui osent et agissent et déserte le timide" - citation coranique. La réussite ne tient pas d'une alchimie mais du travail acharné, de la volonté farouche et de la motivation indomptable. Elle est là et bientôt à notre portée. Seulement alors, l'accomplissement sera le fruit que nous cueillerons à pleine main. Nous aurions alors pu mener nos enfants au 21ème siècle et notre Organisation aurait alors renoué avec ses origines tout en réhabilitant la fonction publique internationale et tout en renforçant, si besoin en était, la crédibilité des Nations Unies.

Monsieur le Président de la République,  
Madame la Présidente du Comité régional,  
Mesdames et Messieurs,

Je vous remercie de l'attention que vous m'avez prêtée et de la bienveillance avec laquelle vous m'avez écouté. Avant de clore, je me permets d'avoir une attention particulière pour les interprètes sans lesquels entendre aurait été sans comprendre.

Je souhaite plein succès à ce trente-septième Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

Que la santé pour tous en l'an 2000 ne reste pas un vain slogan mais devienne une réalité pour tout le peuple africain et pour celui du monde entier.

ALLOCUTION DE SON EXCELLENCE LE GENERAL MOUSSA TRAORE,  
CHEF DE L'ETAT, PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE DU MALI

Madame la Présidente de la trente-sixième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique,

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

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

Monsieur le Directeur exécutif du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance,

Excellences Messieurs les Ambassadeurs et Chefs de missions diplomatiques,

Honorables délégués,

Mesdames, Messieurs,

Le peuple du Mali, son Parti - l'Union démocratique du Peuple malien et le Gouvernement de la République du Mali se réjouissent de la tenue à Bamako de la trente-septième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique.

Par ma voix, ils vous remercient d'avoir accepté notre invitation, et souhaitent à tous les participants la bienvenue et un agréable séjour en terre africaine du Mali.

Mesdames, Messieurs,

Je voudrais saisir cette occasion pour adresser nos vives félicitations :

- au Docteur Halfdan Mahler, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, dont le combat opiniâtre pour assurer plus de justice dans la distribution des ressources de santé, favorise la recherche de solutions adéquates aux problèmes de santé du Tiers-Monde et de l'Afrique en particulier;
- à Monsieur James Grant, Directeur exécutif du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance qui, par sa présence parmi nous, témoigne de sa volonté de privilégier l'action complémentaire du FISE et de l'Organisation mondiale de la Santé, dans l'appui que ces deux Organisations apportent à la résolution des problèmes de santé de nos jeunes Etats.

La visite au Mali du Docteur Halfdan Mahler en 1983 et celle de Monsieur James Grant en 1984, ont été des occasions privilégiées pour approfondir nos analyses des problèmes de santé, et engager les actions appropriées.

Je voudrais également rendre un hommage mérité au Docteur Gottlieb Lobe Monekosso et à toute son équipe, pour les efforts louables et l'habileté avec laquelle ils mettent en oeuvre la politique et la stratégie régionale de développement sanitaire, en vue d'atteindre l'objectif social de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

Madame la Présidente,

Messieurs les Directeurs,

Excellences, Mesdames, Messieurs,

La trente-septième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique, qui se tient à peine un mois après la Conférence au sommet de l'Organisation de l'Unité africaine, se situe en droite ligne des préoccupations de notre Continent en matière de santé.

En effet, notre sommet a préconisé un train de mesures ainsi que des méthodes de coopération sanitaire interafricaine, susceptibles de contribuer au développement sanitaire de nos pays.

Ces mesures entrent dans le cadre de la mise en oeuvre des stratégies du Plan de Lagos et du Plan prioritaire de Redressement économique de notre Continent.

De nos jours, tout le monde s'accorde pour dire qu'il est impossible de dissocier le développement économique du développement social dont fait partie la santé, cette dernière étant reconnue comme la composante indispensable à la réalisation de la plupart des objectifs économiques.

Or, la crise économique qui secoue le monde depuis plus d'une décennie frappe avec une singulière acuité les pays en développement, où les effets revêtent parfois un caractère dramatique.

En effet, avec 65 % de la population mondiale, les pays en développement ne réalisent tous ensemble que 15 % de la production mondiale.

Leur revenu par habitant est en moyenne 14 fois plus bas que celui des pays développés.

La détérioration de la situation monétaire mondiale et le fardeau du service de la dette pèsent lourdement sur nos fragiles économies.

Malgré l'accroissement de la production vivrière, la faim reste une dure réalité dans les pays frappés par les calamités naturelles.

Même si le taux d'alphabétisation a dans l'ensemble progressé, l'écart qui sépare les femmes des hommes va en s'élargissant, alors que tout donne à penser que l'instruction des jeunes et des femmes dans les pays en développement est un facteur positif devant permettre de réduire la mortalité infantile et d'améliorer la santé des enfants.

Pour une meilleure répartition sociale de l'action de solidarité dans le domaine sanitaire, l'Organisation mondiale de la Santé et le FISE ont pris une série de mesures qui ont abouti à :

- l'adoption en mai 1977, par la Trentième Assemblée mondiale de la Santé, de la résolution sur l'objectif social de la santé pour tous d'ici l'an 2000;
- l'adoption en septembre 1978, par la Conférence internationale d'Alma-Ata, des soins de santé primaires comme stratégie de développement sanitaire devant permettre d'atteindre un tel objectif.

Au niveau continental, des efforts louables ont été accomplis par nos Etats, dans la réalisation des programmes élargis de vaccination, de lutte contre les maladies diarrhéiques, de santé maternelle et infantile, de médicaments essentiels, de lutte contre les endémo-épidémies, de promotion de la médecine traditionnelle et de recherche appliquée.

Il est vrai que les calamités naturelles, les conflits internes et externes de tous les jours, rendent encore plus précaires les acquis dans le domaine social et ce, d'autant plus que ces conflits sont entretenus par des intérêts égoïstes et inavoués.

C'est le lieu de condamner fermement les incursions militaires de l'Afrique du Sud dans les pays de la ligne de front, les agressions sionistes dans les territoires arabes occupés et en Palestine, toutes choses qui entravent dangereusement les tentatives de mise en oeuvre d'une politique sanitaire adéquate.

Le Mali, pour sa part, avait déjà dans la phase préparatoire de l'importante Conférence d'Alma-Ata, fait le point en 1976 de toutes les actions qui pouvaient entrer dans le cadre des soins de santé primaires. Les résultats enregistrés étaient encourageants : maternités rurales dans deux de nos régions, équipes de santé de village dans deux arrondissements pilotes et dépôts pharmaceutiques au niveau des fédérations de coopératives rurales.

Par ailleurs, l'adoption par le deuxième séminaire national des travailleurs de la Santé publique et des Affaires sociales en novembre 1978 des conclusions de la Conférence d'Alma-Ata, s'inscrivait dans la logique des actions du Gouvernement.

Dans le même ordre d'idées, l'option pour la construction d'un Etat de démocratie nationale ayant comme stratégie l'édification d'une économie nationale indépendante et planifiée, a permis à notre Parti, l'Union démocratique du Peuple malien, d'adopter les idées-forces suivantes, de la stratégie des soins de santé primaires :

- la santé fait partie intégrante du développement socio-économique global;
- la promotion et la protection de leur propre santé exigent l'éducation des individus, des familles et des communautés, dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination;

- l'approche intégrée, pluridisciplinaire et multisectorielle des problèmes sanitaires reste une condition essentielle du succès.

De 1978 à nos jours, le Mali a parcouru un long chemin, tout en évitant autant que possible de brûler les étapes fondamentales.

Malgré la faiblesse de ses ressources et la multitude de ses contraintes, des efforts importants sont donc déployés par la République du Mali, pour promouvoir la santé de sa population.

Fidèle à ses engagements, le Mali est résolument décidé à poursuivre les actions de développement sanitaire, dans le cadre de la politique des soins de santé primaires adoptée par le Parti.

Il me plaît de souligner l'assistance de qualité apportée par notre Organisation sanitaire commune, tant au point de vue méthodologique que sur le plan de l'assistance en ressources humaines, matérielles et financières.

Nous apprécions hautement l'appui combien bénéfique que le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance et la communauté internationale apportent au développement sanitaire et social de notre pays.

Madame la Présidente,

Messieurs les Directeurs,

Excellences, Mesdames et Messieurs,

Nous sommes à moins de 15 ans de l'échéance de notre objectif social.

Nous avons noté avec satisfaction que votre précédente session tenue à Brazzaville, en septembre 1986, a retenu pour thème de vos discussions techniques : "Appui opérationnel aux soins de santé primaires (niveau local)", thème qui vient ainsi concrétiser une étape importante dans la mise en oeuvre de la Déclaration adoptée par les Chefs d'Etat et de Gouvernement d'Afrique en juillet dernier.

Ceci confirme la volonté que vous avez manifestée lors de vos assises de Lusaka, en Zambie, de rappeler à vos pays la nécessité d'être plus pragmatiques dans le combat pour le développement des soins de santé primaires, et l'instauration effective de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

Le haut degré de priorité que nous accordons à l'ensemble des sujets que vous allez aborder à cette session de Bamako ainsi que leur opportunité et leur pertinence, vous commandent d'élaborer des résolutions susceptibles de répondre à l'attente de nos populations.

L'évaluation que vous ferez des progrès réalisés depuis la mise en oeuvre de la stratégie des soins de santé primaires, vous confirmera que nous nous situons encore très loin du but que nous visons.

Il est donc impérieux de mener une réflexion approfondie sur les moyens d'accélérer l'instauration de la santé pour tous en l'an 2000, qui se présente à nous comme un défi. Je vous y encourage vivement.

Nous avons, à travers l'Organisation mondiale de la Santé et sa Direction régionale pour l'Afrique, le privilège de disposer d'un instrument exceptionnel de concertation et de coordination pour la définition de stratégies opérationnelles adaptées à nos conditions africaines, en harmonie avec notre patrimoine socio-culturel. Il nous revient d'en faire le meilleur usage.

Je voudrais enfin et très solennellement, en appeler à une intensification de la coopération sous-régionale, régionale et internationale, pour la réalisation de nos objectifs.

C'est sur cette note d'espoir, et en souhaitant que vos travaux soient couronnés de succès, que je déclare ouverte la trente-septième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique.

Je vous remercie.

## ORDRE DU JOUR

1. Ouverture de la trente-septième session (document AFR/RC37/1)
2. Adoption de l'ordre du jour provisoire (document AFR/RC37/2 Rév.2)
3. Constitution du Sous-Comité des Désignations (résolution AFR/RC23/R1)
4. Election du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs
5. Désignation du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs (résolution AFR/RC25/R17)
6. Activités de l'OMS dans la Région africaine
  - 6.1 Rapport biennal du Directeur régional (document AFR/RC37/3)
  - 6.2 i) Rapport sur l'utilisation optimale des ressources de l'OMS : Politique du budget programme (documents AFR/RC37/4 et AFR/RC37/4 Add.1)  
ii) Examen de l'introduction du Directeur général au projet de budget programme pour 1988-1989 et les commentaires du Conseil exécutif sur ce dernier (document AFR/RC37/5)
  - 6.3 Accélérer l'instauration de la santé pour tous dans les Etats Membres de la Région africaine : Analyse de la situation sanitaire dans les districts (document AFR/RC37/6)
  - 6.4 Examen du programme de lutte contre le SIDA (document AFR/RC37/7)
  - 6.5 Prix Dr Comlan A. A. Quenum de Santé publique en Afrique (document AFR/RC37/8 Rév.1)
  - 6.6 Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine (HRP) dans les Etats Membres de la Région africaine (document AFR/RC37/9)
  - 6.7 Proposition pour promouvoir l'image publique de l'OMS par le biais de ses activités de développement sanitaire (document AFR/RC37/10)
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 (documents AFR/RC37/11 et AFR/RC37/11 Add.1)
  - 7.2 Incidences régionales des ordres du jour de la quatre-vingt-unième session du Conseil exécutif et de la Quarante et Unième Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC37/12)

- 
- 7.3 Méthodes de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC37/13)
  - 7.4 Discussions techniques à la Quarante et Unième Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC37/14)
  8. Rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC37/27)
    - 8.1 Surveillance continue des stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000 : Canevas commun : Surveillance continue (documents AFR/RC37/15 et AFR/RC37/15 Add.1)
    - 8.2 Huitième Programme général de Travail pour une période déterminée 1990-1995 (document AFR/RC37/16)
    - 8.3 Rapport des Réunions sous-régionales de Développement sanitaire (document AFR/RC37/17)
    - 8.4 Rapport du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS) (document AFR/RC37/18)
    - 8.5 Examen de la structure de l'Organisation (document AFR/RC37/26 Rév.1)
  9. Discussions techniques (document AFR/RC37/TD/1)
    - 9.1 Présentation du rapport des discussions techniques : "Appui opérationnel aux soins de santé primaires (niveau local)" (document AFR/RC37/19)
    - 9.2 Désignation du Président et du Président suppléant des discussions techniques pour 1988 (document AFR/RC37/20)
    - 9.3 Choix du sujet des discussions techniques pour 1988 (document AFR/RC37/22)
  10. Dates et lieux des trente-huitième et trente-neuvième sessions du Comité régional pour 1988 et 1989 (document AFR/RC37/21)
  11. Adoption du rapport du Comité régional (document AFR/RC37/23)
  12. Clôture de la trente-septième session.

LIST OF PARTICIPANTS  
LISTE DES PARTICIPANTS  
LISTA DOS PARTICIPANTES

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

ALGERIA  
ALGERIE  
ARGELIA

M. Mohamed Islam Madanay  
Directeur des Relations internationales  
Ministère de la Santé publique

Professeur Driss Hammeri  
Conseiller pour les Relations avec l'OMS  
Ministère de la Santé publique

ANGOLA

Dr Luis Gomes Sambo  
Vice-Ministro da Saúde  
Chefe da Delegação

Dr Braz Dias Ferreira  
Director Provincial da Saúde Publica de Cunene

Filomena Geralda Faria  
Ministério da Saúde

Dr Paul Jorge Lopes Feio  
Director do Gabinete do Plano  
Ministério da Saúde

BENIN  
BENIM

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

Dr Hamidou Sanoussi  
Directeur général du Ministère de la Santé publique

BOTSWANA  
BOTSUANA

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

Mrs W. G. Manyeneng  
Assistant Director of Health Services/Primary Health Care  
Ministry of Health

## BURKINA FASO

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

Dr L. Tapsoba  
Chef des Services extérieurs - Secrétariat général de la Santé  
Ministère de la Santé

Dr B. K. M. Sombié  
Directeur des Etudes et de la Planification

## BURUNDI

Dr P. Mpitabakana  
Inspecteur général de la Santé publique

CAMEROON  
CAMEROUN  
CAMAROEES

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 R. Owona Essomba  
Directeur adjoint de la Médecine préventive  
et de l'Hygiène publique

CAPE VERDE  
CAP-VERT  
CABO VERDE

Dr Antonio Pedro da Costa Delgado  
Director Geral da Saúde  
Chefe da Delegação

Dr Ildo Austo De Sousa Carvalho  
Médico Sanitarista do Gabinete da Coordenação da Saúde Pública

CENTRAL AFRICAN REPUBLIC  
REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE  
REPUBLICA CENTRAFRICANA

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

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

CHAD  
TCHAD  
CHADE

M. Mahamat Senoussi Khatir  
Ministre de la Santé publique  
Chef de délégation

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

COMOROS  
COMORES

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

M. Saïd Omar Ben Achirafi  
Directeur des Hôpitaux et des Affaires administratives

CONGO

M. B. Combo-Matsiona  
Ministre de la Santé et des Affaires sociales  
Chef de délégation

Dr A. Gando  
Directeur général de la Santé publique

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

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

EQUATORIAL GUINEA  
GUINEE EQUATORIALE  
GUINE EQUATORIAL

Sra Pilar Djombo de Mbuamangongo  
Vice-Ministro de Sanidad  
Jefe de delegacion

Mr Ngome Mboyaco Bernabe  
Jefe Servicio de Planificacion

ETHIOPIA  
ETHIOPIE  
ETIOPIA

Mr Hailu Meche  
Head, Planning and Programming Bureau  
Leader of the delegation

Dr Gebreselassie Okubaghzi  
Associate Professor, District Management Coordinator

GABON  
GABAO

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

Dr L. Adandé Menest  
Inspecteur général de la Santé publique

M. Nang-Ekomiye  
Conseiller du Ministre

M. B. Ngounango  
Attaché de Cabinet du Ministre de la Santé

GAMBIA  
GAMBIE  
GAMBIA

Hon. Mrs Louise A. N'Jie  
Minister of Health, the Environment, Labour and Social welfare  
Leader of the delegation

Mr B. A. Baldeh  
Permanent Secretary  
Ministry of Health

Dr A. B. Hatib N'Jie  
Director of Medical Services

GHANA  
GANA

Hon. Dr (Mrs) Mary Grant  
PNDC Secretary for Health  
Leader of the delegation

Dr Joe Adamafio  
Deputy Director of Medical Services  
Ministry of Health

GUINEA  
GUINEE  
GUINE

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

Dr Mohamed Sylla  
Directeur de Cabinet du Ministre de la Santé  
et des Affaires sociales

Dr Mamadou Cissé  
Directeur des Maladies transmissibles au Service national de Prévention

GUINEA-BISSAU  
GUINEE-BISSAU  
GUINE-BISSAU

Sr A. Correia Nunes  
Ministro da Saúde  
Chefe da delegação

Dr J. Graça Sa Nogueira  
Director Regional da Saúde

Dr C. M. Mendes Costa  
Director Clinico do Hospital Simão Mendes

KENYA  
QUENIA

Hon. K. S. Njindo Matiba  
Minister of Health  
Leader of the delegation

Dr J. Maneno  
Deputy Director of Medical Services

Professor T. Ogada  
Directeur of Medical Services

LESOTHO  
LESOTO

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

Mrs N. T. Borotho  
Principal Secretary for Health

Dr A. P. Maruping  
Ministry of Health

## MADAGASCAR

Dr P. Randimbivahiny  
Directeur des Services sanitaires et médicaux  
Chef de délégation

M. P. A. Tsilamizara  
Conseiller technique du Ministre de la Santé

Dr V. Raharijaona  
Inspecteur au Ministère de la Santé

## MALAWI

Dr H. M. Ntaba  
Chief of Health Services  
Leader of the delegation

Dr G. W. Lungu  
Senior Medical Superintendent

## MALI

Dr (Mme) Sidibé Aïssata Cissé  
Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales  
Chef de délégation

Dr (Mme) F. L. Barry  
Directeur de Cabinet  
Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales

M. Zakaria Mahamadine Maïga  
Conseiller technique au Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales

M. Abdramane Touré  
Conseiller technique au Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales

Dr Seydou Ousmane Diallo  
Conseiller technique à la Présidence de la République

M. Hamadou Konaté  
Directeur national des Affaires sociales

Dr El Hadj Oumar Tall  
Inspecteur en Chef de la Santé publique et des Affaires sociales

Dr Sory Ibrahima Kaba  
Directeur national de l'Hygiène publique  
et de l'Assainissement

Dr Bocar Touré  
Directeur national de la Planification et de la Formation sanitaire  
et sociale

M. Elimane Mariko  
Direction centrale Santé militaire (Pharmacien chef)

Mlle A. Diallo  
Conseiller au Ministère des Affaires étrangères et de la Coopération internationale

M. Fodé Doumbia  
Fonctionnaire à la Section des Affaires politiques et religieuses  
Ministère de l'Administration territoriale et du Développement à la Base

MAURITANIA  
MAURITANIE  
MAURITANIA

M. N'Diaye Kane  
Ministre de la Santé et des Affaires sociales  
Chef de délégation

M. Moctar Chérif  
Directeur de l'Hygiène et de la Protection sanitaire

MAURITIUS  
MAURICE  
ILHA MAURICIA

Mr J. Goburdhun  
Minister of Health  
Leader of delegation

Dr A. A. Purran  
Principal Medical Officer (Planning)

MOZAMBIQUE  
MOCAMBIQUE

Dr Fernando Everard de Rosario Vaz  
Ministro da Saúde  
Chefe da Delegação

Dr Abdul Razak Noormahomed  
Director da Planificação do Ministério da Saúde

Mr Bonifácio Cardoso David Cossa  
Chefe do Departamento da Cooperação Internacional

NIGER

M. Issoufou Ali Kiaffi  
Directeur adjoint des Etablissements de Soins  
Chef de délégation

Dr Maoude Hamissou  
Directeur départemental de la Santé de Niamey

Dr Amadou Yahaya  
Médecin-Chef de la Circonscription médicale de Téra

M. Ibrahima Chaïbou  
Chef de la Division Epidémiologie  
Ministère de la Santé et des Affaires sociales

## NIGERIA

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

Mr P. H. Ehimwenma  
Under-Secretary (State and external relations)

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

RWANDA  
RUANDA

Dr C. Bizimungu  
Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales  
Chef de délégation

Dr J. B. Kanyamupira  
Directeur général de la Santé publique

Dr J. N. Gihana  
Médecin-Directeur de la Région sanitaire de Kigali

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

Dr F. S. Henriques Sequeira  
Ministro da Saúde

Dr Antonio Soares Marques Lima  
Director de Assistência Médica

## SENEGAL

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

Dr Mamadou Seck  
Directeur de la Recherche, de la Planification et de la Formation  
Ministère de la Santé

SEYCHELLES  
ILHAS SEYCHELLES

Mrs H. A. Pragassen  
Principal Secretary for Health  
Leader of the delegation

Dr Kwasi Pokou Nimo  
Director of Health Services

SIERRA LEONE  
SERRA LEOA

Dr E. Juxon-Smith  
Deputy Chief Medical Officer (PHC)

SWAZILAND  
SOUAZILAND  
SUAZILANDIA

Hon. Siphon Solomon Shongwg  
Minister of Health  
Leader of the delegation

Dr Ching Qhing Dlamini  
Medical Officer for Public Health

TANZANIA  
TANZANIE

Prof. P. Hiza  
Chief Medical Officer  
Leader of the delegation

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

## TOGO

Professeur Aïssah Agbetra  
Ministre de la Santé publique  
Chef de délégation

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

Dr Essosolem Batchassi  
Médecin

UGANDA  
OUGANDA

Hon. Ruhakana Rugunda  
Minister of Health  
Leader of the delegation

Dr Jack G. M. Jagwe  
Deputy Director of Medical services

## ZAIRE

Dr Dibandala Ngandu-Kabeya  
Commissaire d'Etat à la Santé publique et aux Affaires sociales

Dr Kahozi Sangwa  
Chef de la Division de Planification et Supervision au Projet SANRU

Dr Kalema Shodu Lomany  
Médecin Coordonnateur Information sanitaire - FONAMES/Kinshasa

Cit. Kabemba wa Mutshi  
Secrétaire particulier/Santé publique

ZAMBIA  
ZAMBIE  
ZAMBIA

Hon. Dodson Billy Syatalimi  
Minister of State for Health  
Leader of the delegation

Dr G. K. Bolla  
Assistant Director of Medical Health

ZIMBABWE  
ZIMBABUE

Hon. Dr E. M. Pswarayi  
Deputy Minister of Health  
Leader of the delegation

Mr S. K. Moyo  
Under Secretary

Dr M. T. Kadenge  
Provincial Medical Director

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

NAMIBIE  
(SWAPO)  
NAMIBIA

Dr M. Shivute  
Consultant (specialist), Medical officer

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

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

Mr R. Johnson  
 Chief Representative fo West Africa  
 B.P. 1159  
Conakry  
Guinée

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

International Labour Organization (ILO)  
Organisation internationale du Travail (OIT)  
Organização Internacional do Trabalho (OIT)

M. H. Hossenmamode  
 CTP Projet Mali/86/002  
 S/c PNUD  
 B.P. 120  
Bamako  
Mali

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

Dr E. O. Idusogie  
 Regional Food Policy and Nutrition Officer  
 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. C. H. Larsimont  
 Représentant Résident, PNUD  
 B.P. 120  
Bamako  
Mali

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

Mr James P. Grant  
Executive Director of UNICEF  
c/o United Nations  
New-York, 10017  
USA

Mr B. Collins  
Regional Director for West and Central Africa  
Abidjan  
Côte d'Ivoire

Dr M. Racelis  
Regional Director for Eastern and Southern Africa  
P.O. Box 44145  
Nairobi  
Kenya

M. Leo Devos  
Représentant FISE, Mali

Mr R. N. Tuluhungwa  
UNICEF Representative for Nigeria

M. L. Welfens  
Représentant FISE, Zaïre

Dr John F. Bennet  
WHO/UNICEF Regional Adviser, Community-Based Health Care  
Easten and Southern Africa Regional Office  
Nairobi  
Kenya

Dr F. Falaha  
Conseiller régional de SSP, FISE, Mali

Dr Miriam K. Were  
Senior PHC Adviser, UNICEF  
P.O. Box 1169  
Addis Ababa  
Ethiopia

Mr Djibril Diallo  
Senior Information Officer  
UNICEF, 3 UN Plaza  
New-York, N.Y. 10017  
USA

M. Ferrari  
Administrateur de Programme FISE, Mali

M. Stan Adotevi  
Representative  
UNICEF, Burkina Faso

World Bank  
Banque mondiale  
Banco Mundial

M. Mana Tapo  
Chargé des Opérations  
B.P. 1864  
Bamako  
Mali

Economic Commission for Africa (ECA)  
Commission économique pour l'Afrique (CEA)  
Comissão Economica para a África (CEA)

Mr G. Nahimana  
Economic Affairs Officer  
P.O. Box 3005  
Addis Ababa  
Ethiopia

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

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

Dr Amin Hanna Salama  
Director of OAU 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 de l'OCEAC  
B.P. 288  
Yaoundé  
Cameroun

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

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

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

Professeur A. Mondjanagni  
Secrétaire général  
Institut panafricain pour le Développement  
B.P. 4056  
Douala  
République du Cameroun

M. Malick Fall  
IDP/SG  
B.P. 4056  
Douala  
Cameroun

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

Commonwealth Regional Health Secretariat  
Secretariat sanitaire régional du Commonwealth  
Secretariado da Saúde dos países da Comunidade Britânica

Mr P. M. Mathenge  
Administrative Officer  
P.O. Box 1009  
Arusha  
Tanzania

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

M. le Directeur central  
Service de Santé des Armées et de la Sécurité  
Membre du CIMPM  
B.P. 2172  
Bamako  
Mali

7. OBSERVERS  
OBSERVATEURS  
OBSERVADORES

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

Mr C. M. Pintaud  
Deputy Member of the Board  
St Alban Anlage 37  
4002 Bale  
Switzerland

World Federation for Medical Education (WFME)  
Fédération mondiale pour l'Education médicale (FMEM)  
Comunidade Sanitária da África Ocidental

Dr A. K. Abashiya  
Executive Director  
Yaba, Lagos  
Nigéria

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

Dr G. V. Demanya  
IBFAN Africa  
P.O. Box 6177  
Accra-North  
Ghana

International Council for Control of Iodine  
Deficiency Disorders (ICIDD)

Dr O. L. V. Ekpechi  
Regional Coordinator and Chairman,  
IDD Task Force for Africa  
c/o College of Medicine  
University of Nigeria  
Enugu  
Nigeria

## LISTE DES DOCUMENTS

- AFR/RC37/1 - Séance solennelle d'ouverture de la trente-septième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique
- AFR/RC37/2 Rév.2 - Ordre du jour
- AFR/RC37/3 - Activité de l'OMS dans la Région africaine - 1985-1986 : Rapport biennal du Directeur régional
- AFR/RC37/4 et AFR/RC37/4 Add.1 - Utilisation optimale des ressources de l'OMS : Politique du budget programme
- AFR/RC37/5 - Examen de l'introduction du Directeur général au projet de budget programme pour 1988-1989 et les commentaires du Conseil exécutif sur ce dernier
- AFR/RC37/6 - Accélérer l'instauration de la santé pour tous dans les Etats Membres de la Région africaine : Analyse de la situation sanitaire dans les districts
- AFR/RC37/7 - Examen du programme de lutte contre le SIDA
- AFR/RC37/8 Rév.1 - Prix Comlan A. A. Quenum de Santé publique en Afrique : Principes directeurs et projet de statuts
- AFR/RC37/9 - Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine (HRP) dans les Etats Membres de la Région africaine
- AFR/RC37/10 - Proposition pour promouvoir l'image publique de l'OMS par le biais de ses activités de développement sanitaire
- AFR/RC37/11 - Rapport du Directeur régional sur les modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif
- AFR/RC37/11 Add.1 - Personnels de soins infirmiers et obstétricaux : Eléments moteurs dans la mise en oeuvre des soins de santé primaires à tous les niveaux
- AFR/RC37/12 - Incidences régionales des ordres du jour de la quatre-vingt-unième session du Conseil exécutif et de la Quarante et Unième Assemblée mondiale de la Santé
- AFR/RC37/13 - Méthodes de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé
- AFR/RC37/14 - Discussions techniques à la Quarante et Unième Assemblée mondiale de la Santé
- AFR/RC37/15 - Surveillance continue des stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000 : Canevas commun : Surveillance continue

- 
- AFR/RC37/15 Add.1 - Accélérer la mise en oeuvre des stratégies pour atteindre l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000
  - AFR/RC37/16 - Huitième Programme général de Travail pour une période déterminée 1990-1995
  - AFR/RC37/17 - Rapport des Réunions sous-régionales de Développement sanitaire
  - AFR/RC37/18 - Rapport du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire
  - AFR/RC37/19 - Rapport sur les discussions techniques : "Appui opérationnel aux soins de santé primaires (niveau local)"
  - AFR/RC37/20 - Désignation du Président et du Président suppléant des discussions techniques pour 1988
  - AFR/RC37/21 - Dates et lieux des trente-huitième et trente-neuvième sessions du Comité régional pour 1988 et 1989
  - AFR/RC37/22 - Choix du sujet des discussions techniques pour 1988
  - AFR/RC37/23 - Projet de Rapport du Comité régional
  - AFR/RC37/24 - Répartition par pays des fonctions exercées au cours des Comités régionaux précédents
  - AFR/RC37/25 - Programme provisoire de travail du Sous-Comité du Programme
  - AFR/RC37/26 Rév.1 - Examen de la structure de l'Organisation
  - AFR/RC37/27 - Rapport du Sous-Comité du Programme
  - AFR/RC37/28 - Liste provisoire des participants
  - AFR/RC37/29 - Participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique 1987-1988
  - AFR/RC37/TD/1 - Appui opérationnel aux soins de santé primaires : Le rôle du district dans l'accélération de la santé pour tous les Africains
    - Résumé
  - AFR/RC37/TD/2 - Guide pour les discussions techniques
  - AFR/RC37/TD/2 Add.1 - Projet de questionnaire pour la collecte d'informations sur la surveillance des progrès réalisés vers l'objectif social de la santé pour tous

- 
- AFR/RC37/Conf.Doc/2 - Allocution du Dr H. Mahler, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé
  - AFR/RC37/Conf.Doc/3 - Allocution de M. James Grant, Directeur exécutif du FISE
  - AFR/RC37/Conf.Doc/4 - Allocution d'ouverture du Dr G. L. Monekosso, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique
  - AFR/RC37/Conf.Doc/5 - Allocution de Son Excellence le Général Moussa Traoré, Chef de l'Etat, Président de la République du Mali
  - AFR/RC37/WP/01 - Rapport du Sous-Comité des Désignations
  - AFR/RC37/SCC/1 - Liste des pays ayant envoyé leur lettre de créance
  - AFR/RC37/SCC/2 - Rapport du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs

## RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME

## INTRODUCTION

1. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni à Bamako les 7 et 8 septembre 1987 sous la présidence du Dr V. M. Raharijaona (Madagascar). La liste des participants figure à l'Appendice 2.
2. Le Dr G. L. Monekosso, Directeur régional, a ouvert la séance. Il a souhaité la bienvenue aux participants et a fait remarquer que le Comité était invité à se réunir et à délibérer sur des questions importantes qui affectent l'ensemble de l'OMS, bien que ce ne soit pas une année budgétaire. L'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif ont prié les Comités régionaux d'examiner les questions spécifiques telles que l'introduction du Directeur général au budget de 1988-1989 et le processus de prise de décision au sein de l'Organisation. Le Directeur régional a estimé que le Sous-Comité du Programme pourrait aider utilement le Comité régional à assumer cette tâche.
3. Le programme de travail tel qu'adopté figure à l'Appendice 1. Il a été convenu d'examiner le Huitième Programme général de Travail et la structure de l'Organisation comme premier et deuxième points de l'ordre du jour respectivement, en attendant que le quorum ne soit atteint pour la première réunion du Sous-Comité.

## LE HUITIEME PROGRAMME GENERAL DE TRAVAIL

Présentation

4. Le document AFR/RC37/16 sur le Huitième Programme général de Travail a été présenté par le Dr A. Tekle, Directeur, Coordination, Promotion et Information. Il a déclaré que, conformément à l'Article 28 de la Constitution, le Conseil exécutif avait préparé le projet du Huitième Programme général de Travail (PGT.8) qui a été examiné et approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 1987 (résolution WHA40.31). Cette résolution priait instamment les Comités régionaux de faire en sorte que les programmes et les budgets programmes régionaux soient préparés sur la base du Huitième Programme général de Travail et de mettre en oeuvre les politiques du budget programme régional à cette fin.

5. Le PGT.8 est fondé sur les travaux préparatoires effectués par le Secrétariat et sur les consultations avec tous les Comités régionaux. La contribution de la Région africaine a été examinée et adoptée lors de la trente-sixième session du Comité régional qui s'est tenue à Brazzaville en septembre 1986, et figure dans le présent document (résolution AFR/RC36/R5).

6. Le PGT.8 est le deuxième des trois programmes généraux qui, ensemble, assurent un appui continu à la stratégie mondiale d'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Il décrit les approches que l'OMS adoptera pour promouvoir, coordonner et appuyer les efforts collectifs et individuels des pays du monde pour atteindre les objectifs de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

7. Le PGT.8 souligne l'importance de l'utilisation optimale des ressources de l'OMS, spécialement dans les pays et aux différents niveaux organiques. La mise en oeuvre des politiques de budget programme régional visera à assurer une utilisation optimale des ressources de l'OMS. A cette fin, les gouvernements seront responsables de l'utilisation des ressources de l'OMS dans leur pays pour mener les activités prioritaires conformes aux politiques définies et convenues collectivement par les Etats Membres.

8. Conformément aux principes de l'utilisation optimale de l'OMS, les ressources limitées du budget ordinaire de l'Organisation doivent être utilisées pour aider les pays à renforcer leur planification et leur stratégie gestionnaire afin de mettre en place et de mener à bien leurs stratégies, renforcer leur infrastructure et mettre en oeuvre leurs programmes techniques. A cette fin, chaque Région de l'OMS a défini une politique de budget programme régional pour assurer la meilleure utilisation possible des ressources de l'OMS dans les pays et au niveau régional.

9. Le PGT.8 spécifie le type de critères à retenir pour choisir les secteurs de programmes nécessitant la participation de l'OMS, les critères pour déterminer à quel niveau organique les activités du programme devront être menées ainsi que les critères techniques pour mener les activités du programme.

10. Le PGT.8, tout comme le PGT.7, fournit cette liste ordonnée des programmes. On peut à juste titre se demander si une telle liste ordonnée est nécessaire. Toutefois, si les 166 Etats Membres utilisent tous leurs propres listes de programmes dans leur relation avec l'OMS, une action coordonnée

s'avérerait impossible. La liste ordonnée doit être utilisée de façon très sélective. Il est utile de la consulter systématiquement au cours du dialogue gouvernement/OMS et de recenser les programmes et activités qui y sont décrits et qu'il serait utile pour le pays de mener.

11. Comme indiqué plus haut, les programmes classés selon cette liste sont les mêmes que ceux du PGT.7 auxquels on a ajouté sept programmes de façon à tenir compte des décisions politiques ainsi que des recommandations de l'Assemblée mondiale et du Conseil exécutif : Appui gestionnaire aux politiques et stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000 y compris leurs composantes sociales et économiques (2.5); Gestion informatique (2.6); Tabac ou Santé (8.4); Santé des adolescents (9.2); Evaluation des risques pour la santé liés aux substances chimiques potentiellement toxiques (11.3); Recherche et développement dans le domaine des vaccins (11.3); et, SIDA (13.13). Une composante "Surdité" a été ajoutée au programme 13.15 qui couvre maintenant la cécité et la surdité. Le titre du programme 5 intitulé précédemment "Personnels de santé" a été modifié et est maintenant appelé "Développement des ressources humaines pour la santé". Il convient de noter que le PGT.8 a introduit une innovation en décrivant les approches par niveau : national, régional et mondial.

12. Finalement, le PGT.8 donne les orientations générales pour la mise en oeuvre, la surveillance continue et l'évaluation du programme et il réaffirme l'importance de la programmation de ressources de l'OMS au niveau des pays ainsi que le rôle du Comité régional dans le domaine de la surveillance continue et de l'évaluation.

13. L'attention du Comité est attirée sur ce document qui, en même temps que le rapport sur l'évaluation de la stratégie pour SPT/2000 (résolution WHA39.7) et la politique du budget programme régional, constitue la base qui permettra d'établir le budget programme pour la période biennale 1990-1991 qui sera soumis et à l'examen et à l'approbation du Comité régional en septembre 1988.

#### Discussion

14. Le Comité a noté que le document AFR/RC37/16 avait déjà été discuté à fond et qu'il avait été adopté lors de la trente-sixième session du Comité régional et de la Quarantième Assemblée mondiale de la Santé en 1987.

15. Le Sous-Comité du Programme a estimé que ce document était complet puisqu'il contient tous les programmes essentiels à la mise en place des systèmes de santé nationaux.

16. En réponse à la question d'un membre du Sous-Comité concernant la raison pour laquelle le nom du programme 5 dans la liste ordonnée des programmes avait été modifié et pourquoi "Développement des personnels de santé" était devenu "DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE", le Secrétariat a expliqué que ce changement était devenu nécessaire pour refléter plus exactement le rôle dynamique des personnels qui oeuvrent dans le système de santé.

17. Un représentant a expliqué comment son pays avait choisi 12 secteurs cibles pour mettre en place une infrastructure appropriée pour le développement sanitaire fondé sur les directives du document RPM.9/WP/03 Rév.3 et comment son pays s'était heurté à des difficultés au moment de la mise en place des comités locaux du fait de l'incapacité des districts à trouver les fonds nécessaires. Le problème de la disponibilité permanente des médicaments a été soulevé pour que les SSP deviennent une réalité.

18. Ce membre du Sous-Comité a été informé des propositions qui ont été envoyées aux pays donateurs pour la mobilisation de fonds extrabudgétaires qui permettront de former les personnels à la gestion sanitaire de district, à l'appui logistique et à la mise en oeuvre des différentes composantes des SSP. Lorsque ces fonds seront disponibles, ils seront utilisés pour renforcer l'infrastructure sanitaire au niveau du district et pour mettre en oeuvre les activités de SSP dans les zones de la Région qui en ont le plus besoin.

19. Pour ce qui est de la question de la disponibilité permanente des médicaments, il a été suggéré que chaque pays adopte une politique des médicaments essentiels qui sera suivie par une formulation du programme. Une coopération technique pourra être sollicitée auprès de l'OMS par les Etats Membres pour mettre en oeuvre ce programme. Il a été aussi suggéré de mobiliser des fonds extrabudgétaires en vue de lancer le programme et de solliciter le FISE (UNIPAC) pour l'achat groupé des médicaments afin d'en réduire les coûts.

20. Pour ce qui est de la continuité du programme, un pays peut décider des moyens de mobiliser les fonds dans les districts en ayant recours à l'un des divers mécanismes, parmi lesquels on peut citer les fonds de roulement et le paiement par les utilisateurs ou d'autres.

21. Un autre mécanisme qui contribue à réduire les coûts est le recours à la CTPD/CEPD, soit pour les achats groupés, soit pour la fabrication locale.

22. Un des représentants s'est demandé comment des problèmes tels que la pandémie du SIDA qui n'avait pas été prévue lors de la formulation du programme de travail, pouvaient être abordés dans le cadre du PGT.8. Le Secrétariat a décrit quelques-unes des mesures prises par l'OMS pour faire face au problème posé par le SIDA. Parmi ces mesures figure notamment la mobilisation des ressources extrabudgétaires à l'appui des programmes nationaux de lutte contre le SIDA qui ont été élaborés dans le droit fil des politiques OMS de lutte contre le SIDA et qui ont reçu l'aval des gouvernements intéressés. Au nombre des autres initiatives importantes, citons la création, au Siège de l'OMS, d'un programme spécial de lutte contre le SIDA qui joue le rôle de point de convergence pour la stratégie mondiale de lutte contre le SIDA, ainsi que la constitution, au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, d'un groupe spécial pour le SIDA. Ces deux initiatives permettent en particulier à l'Organisation de soutenir un large éventail d'activités de coopération technique liées à la lutte contre le SIDA dans les Etats Membres.

#### EXAMEN DE LA STRUCTURE DE L'ORGANISATION

##### Présentation

23. A sa soixante-dix-neuvième session, en janvier 1987, le Conseil exécutif, ayant pris connaissance de l'introduction du Directeur général au projet de budget programme pour 1988-1989, a prié son Comité du Programme d'examiner :

- a) les possibilités de renforcer les relations entre les Bureaux régionaux et le Siège;
- b) le rôle joué par le Directeur général dans la nomination de tous les Directeurs régionaux; et

- c) les processus décisionnels relatifs à la mise en oeuvre des politiques, programmes et directives de l'OMS dans les Régions.

24. Le Directeur régional a estimé que des questions aussi importantes, touchant à la gestion des ressources de l'OMS, intéresseraient le Comité régional et qu'il serait opportun qu'il en débattenne et qu'il formule ses vues et observations.

25. Le document de travail AFR/RC37/26 Rév.1 examine donc le cadre gestionnaire actuel de l'Organisation compte tenu de la préoccupation exprimée par certains membres du Conseil exécutif quant à la nécessité de renforcer les relations entre les Bureaux régionaux et le Siège.

26. Au paragraphe premier sont présentés quelques-uns des problèmes opérationnels qui nécessitent une étude détaillée.

27. Aux paragraphes 2 à 13 sont examinées les possibilités existantes de renforcer les relations entre les Bureaux régionaux et le Siège. Il en ressort nettement que l'une des principales fonctions des Bureaux régionaux, telles qu'elles ont été initialement définies, est de gérer les activités de coopération technique, et que l'une des fonctions du Siège est de les soutenir dans ce rôle. Si un problème se pose entre les différents niveaux de l'Organisation, ce n'est pas une crise de relations mais une crise d'information due aux carences de la communication et notamment, dans bien des cas, de la communication matérielle dont les relations téléphoniques en Afrique sont un exemple. Pour améliorer la communication, les mesures suivantes sont proposées :

i) réunions périodiques entre les personnels des Bureaux régionaux et ceux du Siège travaillant dans le même programme.

ii) visites sélectives de personnels du Siège aux Bureaux régionaux et vice-versa pour discuter des problèmes avec les collègues des Bureaux régionaux;

- iii) participation de certains personnels du Siège aux réunions des Représentants de l'OMS;
  
- iv) visites périodiques du Directeur général et de quelques hauts fonctionnaires du Siège aux Bureaux régionaux pour discuter des possibilités de renforcer les relations entre le Bureau régional et le Siège.

28. Dans les paragraphes 14 à 23 est évoquée la possibilité de la participation du Directeur général à la nomination de tous les Directeurs régionaux. Plusieurs initiatives prises et suggestions faites à propos de la nomination des Directeurs régionaux sont examinées. Mais il ne s'est dégagé aucune conclusion ferme qui puisse être adoptée. Dans le paragraphe 23, le Directeur régional propose que le Conseil exécutif, assisté par le Directeur général, définisse le profil d'un candidat au poste de Directeur régional que puisse adopter l'Assemblée mondiale de la Santé. Un tel profil constituerait une très bonne base pour les Comités régionaux lors de la sélection de leur Directeur régional.

29. Dans les paragraphes 24 à 37 sont examinés les processus de prise de décision en ce qui concerne la mise en oeuvre des politiques, programmes et directives du Siège et mettent en lumière les dispositions et mécanismes gestionnaires mis en place par le Directeur régional pour assurer un appui coordonné aux Etats Membres en garantissant une action cohérente à tous les niveaux de l'Organisation.

#### Discussion

30. Le Sous-Comité s'est déclaré d'une façon générale tout à fait favorable à ce qu'il y ait de bonnes relations - et, qui plus est, des relations étroites - entre les différentes composantes de l'Organisation. Il s'est toutefois refusé à donner des directives précises en l'absence d'information sur les problèmes particuliers en raison desquels les rapports entre le Siège et les Bureaux régionaux avaient été inscrits à l'ordre du jour des réunions des Organes directeurs. Il a donné son aval aux propositions faites par le Bureau régional de l'Afrique en vue d'améliorer les communications avec le Siège.

31. Le Sous-Comité a approuvé la proposition tendant à préparer un profil des candidats résumant les qualités qu'ils devraient avoir. Il faudrait toutefois que les Comités régionaux continuent à ne proposer qu'un seul candidat au Conseil exécutif en vue de sa nomination officielle.

32. Le Sous-Comité a estimé que le processus formel de gestion du Bureau régional, y compris les améliorations récentes telles qu'AFROPOC, allait dans la bonne direction. Un processus d'évaluation et d'examen continu serait utile. L'OMS pourrait apporter son aide en renforçant les systèmes de collecte des données et la planification.

33. Le Sous-Comité du Programme a estimé qu'avant de passer en revue les relations entre le Siège et les Bureaux régionaux, il convenait pour commencer d'avoir une vue d'ensemble des problèmes qui se posent entre les deux niveaux. Il a par conséquent été suggéré que le chapitre II du document AFR/RC37/26 Rév.1 soit modifié de façon à donner des exemples des problèmes qui gênent les relations de travail entre les différents niveaux de l'Organisation.

34. Certains membres du Sous-Comité ont fait état des problèmes qui ont été observés au niveau des pays, notamment les visites soudaines non planifiées dans les pays effectuées par des personnels et des consultants du Siège sans coordination avec le Bureau régional. Des visites de ce genre tendent à faire douter les autorités nationales et les Représentants du rôle réel du Bureau régional.

35. Le Sous-Comité a proposé que des mesures soient prises pour améliorer constamment les voies de communication et les relations de travail non seulement entre le Siège et les Régions mais encore entre ces dernières et les pays. Le Sous-Comité a, par conséquent, appuyé les propositions faites dans le paragraphe 16 du document AFR/RC37/26 Rév.1 et a en outre suggéré que ce paragraphe mette l'accent sur une délégation accrue du pouvoir de prise de décision aux Bureaux régionaux afin de leur laisser davantage d'initiative et d'éviter des consultations trop fréquentes avec le Siège pour la gestion du programme. Il a également été suggéré que la mise en oeuvre de ces propositions était intéressante sur le plan coût/efficacité.

36. Pour ce qui est de la question de la participation du Directeur général à la nomination des Directeurs régionaux, le Sous-Comité a souligné la nécessité pour le Comité régional de conserver la prérogative de ne désigner qu'un seul candidat au poste de Directeur régional. Les propositions avancées dans le paragraphe 23 du document AFR/RC37/26 Rév.1 ont été appuyées avec vigueur, l'accent ayant été mis en particulier sur la nécessité de définir le profil ainsi que les qualités et l'expérience requises pour le poste de Directeur régional. Les membres ont exprimé l'opinion que la nomination des Directeurs régionaux de l'OMS par le Directeur général aurait pour effet de centraliser davantage les pouvoirs au sein de l'Organisation.

37. Pour ce qui est du processus gestionnaire, le Sous-Comité a noté que les dispositions constitutionnelles de l'OMS et les résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé constituaient une base adéquate et valable pour améliorer les processus gestionnaires de l'OMS et pour permettre aux Etats Membres de participer au contrôle des activités de l'Organisation de façon démocratique. En réponse à une question posée par un des membres du Sous-Comité, le Secrétariat a expliqué que les Equipes interpays de Développement sanitaire n'étaient pas partie intégrante des dispositions constitutionnelles. Ces équipes ont été créées conformément à la résolution WHA33.17 qui priait le Directeur général et les Directeurs régionaux de prendre les mesures nécessaires pour mettre en oeuvre les activités SPT dans les Etats Membres dans le cadre des politiques convenues collectivement.

38. Pour ce qui est de l'obligation des Représentants de rendre des comptes au gouvernement et à l'OMS en ce qui concerne les activités de l'Organisation au niveau des pays, le Sous-Comité a recommandé les mesures suivantes :

- a) Des copies des divers rapports périodiques préparés par les Représentants, y compris les rapports financiers, devraient être envoyés régulièrement aux autorités nationales (Ministère de la Santé); de même, une copie des rapports d'évaluation périodique préparés par les autorités nationales devrait être envoyée au Représentants. Il est apparu que de tels échanges d'information amélioreraient la planification conjointe OMS/gouvernement des activités de développement sanitaire.

- b) Les rapports OMS de pays, en particulier les rapports semestriels, devraient en principe être préparés conjointement par le Représentant de l'OMS, les personnels de l'OMS dans les pays et les experts nationaux de la santé. D'autre part, la teneur de ce rapport devrait être approuvée dans son principe par le Ministère la Santé.
- c) Dans bien des pays, il faudrait renforcer la collecte et l'analyse de l'information en vue de la surveillance et de l'évaluation des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des soins de santé primaires pour la santé de tous. Les Représentants de l'OMS et leurs équipes dans les pays devraient tout faire pour obtenir et utiliser des renseignements sur l'exécution des programmes de santé et renforcer l'aptitude des gouvernements à recueillir et utiliser ces renseignements.
- d) Il faudrait se servir de comités OMS/gouvernement opérationnels pour renforcer le processus commun de planification, de surveillance et d'évaluation des stratégies nationales SPT fondées sur les SSP.

39. Enfin, un membre a proposé de donner un nouveau libellé au paragraphe 37 du document pour indiquer que si l'on voulait mettre en oeuvre le programme général de travail, les programmes à moyen terme et le budget programme, il fallait communiquer aux pays et à l'OMS suffisamment de renseignements. Tout système propre à développer le flux d'informations faciliterait le processus gestionnaire à l'OMS.

#### SURVEILLANCE CONTINUE DES STRATEGIES DE SPT/2000

##### Présentation

40. Le document AFR/RC37/15 sur ce sujet a été présenté par le Docteur F. Aboo-Baker (Secrétariat).

41. Ce document explicite l'élaboration du rapport sur la surveillance des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies de SPT/2000. Il comporte deux parties : la première fait référence aux principaux points et

questions pertinentes que les Etats Membres devraient prendre en compte dans leur rapport. La deuxième partie est une annexe qui comporte de brèves notes explicatives sur les points et questions énoncés dans la première partie.

42. S'y trouve également à la page 6 une liste d'ouvrage et de référence. Il est rappelé que les Etats Membres avaient décidé :

- i) de surveiller à intervalles réguliers les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de leurs stratégies nationales de santé pour tous, et
- ii) d'évaluer l'efficacité de la mise en oeuvre en faisant appel à des indicateurs appropriés :
  - en 1983, le rapport sur la surveillance des progrès, et
  - en 1985, le rapport d'évaluation de l'efficacité de la mise en oeuvre ont été respectivement soumis.

43. Le rythme du rapport sur les progrès, établi auparavant tous les deux ans, passe maintenant à trois ans conformément à la résolution WHA39.7 (Mai 1986). Le prochain rapport doit donc être soumis en tant que document distinct au Comité régional de 1988 et examiné par le Conseil exécutif et par l'Assemblée mondiale en 1989. Il doit être élaboré à partir d'un format commun qualifié de canevas (DGO/86.1), qui a été distribué aux pays depuis février 1987, tenir compte des indicateurs appropriés (mondiaux, régionaux et nationaux) et considérer les points suivants dont les détails sont explicités dans le document DGO/86.1 :

Point 1 : les processus et mécanismes de surveillance;

Point 2 : les politiques et stratégies nationales de santé.

44. Le développement des systèmes de santé doit sous-entendre :

Point 4 : l'organisation du système de santé fondé sur les SSP;

Point 5 : la collaboration intersectorielle;

Point 6 : l'engagement communautaire;

Point 7 : les processus et mécanismes gestionnaires;

- Point 8 : les personnels de santé;
- Point 9 : la recherche et la technologie;
- Point 10 : la mobilisation et l'utilisation des ressources.

L'action internationale se fera :

- Point 11 : par le transfert des ressources;
- Point 12 : par la coopération interpays, et
- Point 13 : par la coopération internationale;
- Point 14 : traite de la disponibilité des soins de santé;
- Point 15 : de la situation sanitaire;
- Point 16 : du choix d'indicateurs sociaux et économiques;
- Point 17 : d'indicateurs régionaux;
- Point 18 : d'indicateurs nationaux;
- Point 19 : les observations générales.

45. Chaque point développé doit porter son numéro de référence.

46. Par ailleurs, le rapport sur l'évaluation de l'efficacité et de l'impact de la stratégie SPT/2000 aux niveaux national, régional et mondial devrait être établi sur un cycle de six ans.

47. Le document AFR/RC37/15 comprend en outre un projet de résolution qui était soumis pour examen au Comité régional. Les Etats Membres sont invités à renforcer leurs mécanismes de gestion, de surveillance continue et de suivi des stratégies de la SPT/2000 au niveau du district. Ce même soutien doit intervenir au niveau intermédiaire. Dans le projet de résolution, le Directeur régional est chargé de renforcer la coopération technique dans le suivi et l'évaluation des stratégies de SPT/2000 et dans l'extension de la couverture sanitaire à l'ensemble des pays.

48. Le document AFR/RC37/15 Add.1 résume le document AFR/PHA/225 Rév.2 portant le titre : "Accélérer l'instauration de SPT/2000 dans les Etats Membres de la Région africaine", avec pour sous-titre : "Surveillance des progrès dans les districts sanitaires". Il explicite les mécanismes de suivi de surveillance des stratégies de SPT par le biais de trois rapports :

- un rapport trimestriel sur les activités du district;
- un rapport semestriel sur la gestion du district;
- un rapport annuel sur les progrès dans le district.

49. Les deux premiers rapports sont préparés au niveau du district et le troisième à l'échelon intermédiaire de la province. Au niveau des villages et districts, les données seront recueillies à l'aide de questionnaires informatisés. A partir de ces données, les indicateurs, s'ils n'existent pas déjà, peuvent être élaborés.

50. L'Addendum est présenté à titre de rappel car, à de nombreuses occasions, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique l'a discuté avec ses Représentants et les délégués nationaux lors des Réunions sous-régionales, et avec les experts au Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire.

51. Cette contribution et cet effort du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique ont pour but d'aider dans toute la mesure du possible les Etats Membres à accélérer l'instauration de la SPT/2000.

#### Discussion

52. Le Sous-Comité a examiné quelques-unes des questions du document DGO/86.1 auxquelles il est difficile de répondre, telle la question 8.2 sur la répartition de personnel de santé en milieu urbain et rural. Le Sous-Comité a recommandé que ces questions soient envisagées dans un cadre général de développement sanitaire national. Les pays pourraient adapter leurs réponses à leurs stratégies SPT particulières ainsi qu'à leurs conditions socio-économiques, politiques et culturelles.

53. Le Directeur régional a informé le Sous-Comité que les Représentants de l'OMS et les Equipes interpays de Développement sanitaire débattraient de ces questions avec les personnels nationaux compétents, et que toutes observations et réserves pourraient être formulées au sujet des questions ne concernant pas le contexte national.

54. Afin d'éviter la confusion qui pourrait résulter de l'emploi de l'expression "niveau provincial", le Sous-Comité a proposé d'utiliser l'expression "niveau intermédiaire".

55. Le Sous-Comité a proposé au Comité régional l'adoption d'un projet de résolution.

#### RAPPORT DES REUNIONS SOUS-REGIONALES DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE

##### Présentation

56. Le document AFR/RC37/17 sur la question a été présenté par le Dr F. Aboo-Baker.

57. Les Réunions sous-régionales de Développement sanitaire ont eu lieu respectivement à Bamako du 16 au 19 février 1987, à Harare du 23 au 26 février 1987 et à Bujumbura du 2 au 5 mars 1987. La tenue de ces réunions dans les Sous-Régions fait suite à la réorganisation de l'OMS dans la Région africaine adoptée par le Comité régional, à Lusaka en septembre 1985.

58. Quatre thèmes ont été examinés : i) le rôle des universités; ii) le système de coordination des opérations du programme; iii) la surveillance continue des progrès réalisés au niveau du district, et iv) le rôle des Bureaux sous-régionaux de Développement sanitaire.

59. Les universités, institutions multisectorielles, doivent participer à la mise en oeuvre des soins de santé au niveau du district. Toutefois, elles n'ont pas toujours fait la preuve de leur capacité à promouvoir le développement sanitaire.

60. Les obstacles rencontrés ont été recensés sur la base des expériences des pays ayant des universités, et des recommandations ont été formulées par les participants. Ces réflexions serviront de base à la conférence régionale sur l'enseignement médical qui se tiendra à Brazzaville en octobre 1987 et au cours de laquelle on se préparera à la conférence sur l'enseignement médical dans le monde qui aura lieu à Edimbourg (Ecosse) en 1988.

61. Les réunions ont permis d'instaurer un dialogue direct entre les Etats Membres et le Bureau régional afin de recenser les difficultés rencontrées dans l'utilisation du mécanisme de gestion introduit dans la Région par le Directeur régional.

62. Ce mécanisme, instrument de programmation, de gestion et de surveillance continue de la coopération technique de l'OMS avec les Etats Membres, ne peut fonctionner pleinement et efficacement que si les différents partenaires intéressés jouent pleinement leur rôle : Comité conjoint de concertation permanente gouvernement/Représentant de l'OMS au niveau des pays, et services concernés du Bureau régional.

#### Surveillance continue des progrès réalisés au niveau du district

63. Les participants ont fait état des efforts déployés par leurs pays pour définir le district et pour faire coïncider la zone administrative avec le district de santé et pour mettre en oeuvre les activités multisectorielles de développement sanitaire dans un certain nombre de districts de leurs pays. Toutefois, il faut disposer d'indicateurs acceptables pour assurer la surveillance continue des progrès réalisés. Les participants ont proposé des amendements et ont fait des recommandations au Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire. Le rapport de ce Comité a été retenu comme point de l'ordre du jour du Comité régional.

64. Il est apparu que l'expression Bureau sous-régional était susceptible de semer la confusion en donnant l'impression qu'il existe un niveau hiérarchique entre le Bureau régional et les pays. Le Directeur régional a spécifié que ces bureaux ne faisaient pas partie d'une organisation hiérarchique au sein de l'OMS. Ils offrent un mécanisme permettant une action rapide au nom des Etats Membres quand ceux-ci font une telle demande au Directeur régional. Les participants ont suggéré que l'on change le nom de ces équipes. C'est la raison pour laquelle le Directeur régional a proposé le terme Equipe interpays de Développement sanitaire.

65. La principale fonction de l'Equipe interpays de Développement sanitaire consiste à fournir un appui total aux SSP. Cet appui doit être opérationnel au niveau périphérique; technique au niveau intermédiaire, et stratégique au niveau central.

66. L'Equipe interpays de Développement sanitaire est un "projet" multidisciplinaire et multisectoriel important basé dans un des pays de la zone géographique de la CTPD. Son rôle consiste à fournir l'appui administratif, technique et matériel rapide de l'OMS aux Etats Membres pour formuler et mettre en oeuvre le programme de SSP. Ce n'est pas un niveau administratif ou hiérarchique entre le pays et le Bureau régional. Il offre une série de ressources techniques qui opèrent de façon multidisciplinaire concertée et qui sont mises à la disposition des pays. C'est une sorte de groupe spécial de soins de santé primaires conçu pour une action rapide.

67. L'Equipe interpays de Développement sanitaire est dirigée par un chef d'équipe hautement qualifié et expérimenté qui relève directement du Directeur régional.

68. Le Chef d'Equipe collabore très étroitement avec le Représentant de l'OMS. Dans le pays hôte de l'Equipe interpays de Développement sanitaire, il y a un Bureau de l'OMS dirigé par un Représentant. Pour toutes les questions d'ordre protocolaire, le Représentant en tant que représentant du Directeur général et du Directeur régional, exerce les fonctions de représentation même si le Chef d'Equipe bénéficie du statut diplomatique.

69. Les Equipes sont composées de trois sections :

- i) une section pour l'appui stratégique à l'infrastructure des systèmes de santé,
- ii) une section pour l'appui technique aux activités des sciences de la santé et de la technologie;
- iii) une section pour l'appui logistique aux activités de soutien du programme.

70. Une description détaillée de ces sections, des activités interpays qu'elles mènent, de leurs ressources et des résultats que l'on attend d'elles, figure dans le document AFR/PHA/229 en annexe au document présenté.

## Discussion

### Rôle des universités

71. Il a été suggéré qu'un résumé des principaux obstacles rencontrés et des recommandations faites lors d'une des trois réunions sous-régionales sur ce thème figure dans ce paragraphe.

### Système de coordination des opérations du programme (AFROPOC)

72. Plusieurs questions ont été posées à propos des comités mixtes OMS/gouvernement dans les pays; en particulier, là où ces comités existent, y a-t-il des consultations régulières entre les services techniques nationaux et les services techniques correspondants du Bureau régional ? Il a été proposé de créer des comités de travail mixtes ou de les activer afin de renforcer la coordination entre l'OMS et les gouvernements.

### Surveillance continue des progrès réalisés au niveau des districts

73. Il a été proposé d'adjoindre au rapport la liste d'indicateurs proposée par le Directeur régional et examinée pendant les réunions sous-régionales.

### Rôle des Bureaux sous-régionaux de Développement sanitaire

74. Le Sous-Comité a noté que les Bureaux sous-régionaux de Développement sanitaire avaient été rebaptisés "Equipes interpays de Développement sanitaire" (EIPDS). Ce changement s'imposait car il fallait indiquer qu'il ne s'agissait pas d'un élément nouveau de la structure du Bureau régional mais d'un mécanisme destiné à fournir rapidement un appui technique aux Etats Membres qui en faisaient la demande. Les aspects multisectoriels et multidisciplinaires de la notion d'"équipe" ont été soulignés.

75. Le Sous-Comité a été informé de ce que le Chef de l'Equipe interpays de Développement sanitaire fait directement rapport au Directeur régional. Le Chef d'Equipe peut également envoyer des exemplaires de ses rapports aux Représentants de l'OMS dans la Sous-Région desservie par l'Equipe. La mise en place d'un mécanisme de rétroinformation vers les Chefs d'Equipes interpays est apparue tout à fait utile.

76. Un membre du Sous-Comité s'est demandé s'il convenait d'établir un profil pour le Chef de l'Equipe interpays de Développement sanitaire et s'il ne vaudrait pas mieux que celui-ci soit originaire de la Sous-Région.

77. Le Directeur régional a reconnu qu'il faudrait établir un profil pour les postes comportant des responsabilités au sein de l'Organisation, y compris le poste de Chef d'Equipe interpays de Développement sanitaire. Toutefois, l'OMS est une Organisation internationale et rien dans les institutions du système des Nations Unies ne prévoit que des postes soient réservés à des personnes originaires d'une zone, sous-région ou région donnée.

78. Le Directeur régional a donné des précisions à propos de la notion d'équipe opérationnelle de district. Les modifications suivantes ont été proposées au document AFR/PHA/229, annexé au document AFR/RC37/17 :

- i) "formuler et mettre en oeuvre les programmes SSP" au lieu de "formuler et mettre en oeuvre les programmes de santé relatifs aux composantes des SSP" (paragraphe 13.3);
- ii) "les réunions se tiennent durant le premier trimestre de chaque année" au lieu de "les réunions se tiennent chaque année en mars" (paragraphe 24);
- iii) dans le paragraphe 28 (à propos de l'implantation des équipes), supprimer les dates de début des activités des équipes;
- iv) à l'Annexe 1 (liste des pays par zone géographique), ajouter une référence à la résolution AFR/RC28/R14 sur les groupements sous-régionaux indépendamment des considérations linguistiques;
- v) à l'Annexe 2 (personnel de l'équipe), remplacer "médecin/chef d'équipe" par "chef d'équipe" en en donnant un profil succinct.

---

RAPPORT DU COMITE CONSULTATIF AFRICAIN POUR LE DEVELOPPEMENT SANITAIRE (CCADS)

Présentation

79. Le Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS), récemment restructuré par le Directeur régional, s'est réuni du 15 au 17 juin 1987 à Brazzaville sous la Présidence du Dr Abdou Moudi, Ministre de la Santé du Niger.

80. Il a étudié successivement : i) le rôle du CCADS; ii) le rôle de l'OMS dans l'instauration de la santé pour tous; iii) la mise en oeuvre de la stratégie de la SPT/2000 au niveau des districts, et iv) la surveillance des progrès réalisés au niveau des districts.

Rôle de l'OMS dans l'instauration de SPT

81. Le rôle primordial du Représentant de l'OMS dans chaque pays est celui de Conseiller technique auprès du Ministère de la Santé afin de définir le cadre des actions des SSP. Le Représentant de l'OMS doit faire partie intégrante de l'équipe intersectorielle et multidisciplinaire appelée à promouvoir la santé pour tous au niveau du district.

82. Les tâches du Représentant de l'OMS nécessitent la mise à sa disposition :

- i) de ressources humaines : personnels de l'OMS, consultants, fonctionnaires associés (APO), volontaires des Nations Unies, fonctionnaires nationaux associés (NPO);
- ii) de ressources matérielles : l'objectif est de "viabiliser" ce qui existe en apportant toutefois un appui spécial pour le renforcement des équipements, notamment de laboratoire, pour le transport et les communications;
- iii) de ressources financières : il convient avant tout de mobiliser les fonds locaux et d'affecter ensuite aux districts les 5 % des fonds des projets afin de renforcer la gestion locale; l'utilisation au niveau des communautés des taxes locales doit être encouragée; enfin, il sera aussi nécessaire de rechercher tout financement international, tant bilatéral que multilatéral.

83. Les Equipes interpays de Développement sanitaire doivent apporter un appui aux pays pour : i) mener les activités au niveau des districts; ii) appuyer les activités des bureaux sanitaires de niveau intermédiaire; iii) aider le Bureau régional à évaluer les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de la stratégie. Dans tous les cas, il s'agira d'actions multidisciplinaires dont la finalité est la mise en oeuvre des SSP au niveau des districts. Les activités des Equipes interpays de Développement sanitaire seront mises en oeuvre à la demande des autorités nationales par l'intermédiaire des Représentants.

84. En vue de "réhabiliter" les infrastructures sanitaires existantes et au besoin construire d'autres équipements indispensables, il a été recommandé que l'OMS puisse, par le canal d'une nouvelle unité "des infrastructures sanitaires" du Bureau régional, faire diffuser et/ou concevoir pour les Etats Membres des documentations adéquates. Il conviendra d'accorder une importance particulière au volet entretien des infrastructures. Par ailleurs, il convient de veiller à l'équipement correct des centres de santé.

85. Dans sa composition actuelle, le Bureau régional est organisé selon le concept d'un système d'arc réflexe ayant des circuits : i) sensitifs : Directeur, Coordination, Promotion et Information (DCP); ii) moteurs : Directeur, Programme de Soutien (DSP), et iii) un centre nerveux : Directeur, Gestion du Programme (DPM). Le Bureau régional de l'OMS, pour assurer un suivi effectif des activités, doit, en accord avec les pays, définir le cadre de leurs actions communes. Ce cadre de travail spécifiera notamment les obligations de l'OMS et des pays. Le rôle essentiel du Siège devrait être l'appui au Bureau régional par la fourniture de services spécialisés complémentaires et l'organisation des activités interrégionales.

#### Rôle du CCADS

86. Ce Comité existe depuis 1979. Devant l'absence de politiques sanitaires clairement définies, l'une des principales carences dans le domaine du développement sanitaire, il a paru nécessaire au Directeur régional de restructurer ce Comité. Il a donc été décidé de regrouper les différents comités, commissions ou groupes de travail chargés de le conseiller sous la houlette du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire. Son rôle sera de coordonner leurs efforts et de promouvoir l'élaboration de politiques sanitaires spécifiques et explicites.

87. Les participants ont adopté le mandat du Comité (Annexe 4 du document AFR/RC37/18) et sa composition. Des discussions spécifiques ont eu lieu sur le développement de chefs de file (leadership) dans le domaine de la santé.

#### Mise en oeuvre de la stratégie de la SPT/2000 au niveau des districts

88. La notion de district elle-même repose sur une zone géographique limitée disposant d'une autorité administrative et politique ainsi que des appuis techniques multisectoriels susceptibles d'en favoriser le développement économique et social.

89. Au niveau du district, les cibles de l'action sanitaire sont les groupes d'individus à risque, les familles et les communautés. Alors qu'au niveau des groupes d'individus à risque les aspects purement médicaux prédominent, avec les familles, ils ne représentent plus que 50 % et tombent à environ 25 % lorsqu'il s'agit des communautés. La santé est donc bien du domaine multisectoriel.

#### Surveillance continue des progrès réalisés au niveau des districts

90. La mise en oeuvre des SSP au niveau du district implique un cycle gestionnaire complet avec une planification organisée, concertée et contrôlée, une supervision régulière des agents de santé communautaires dont les tâches doivent être bien définies ainsi qu'une évaluation de l'ensemble du système se basant sur des indicateurs adaptés à l'échelon local.

91. Pour la surveillance continue des progrès réalisés dans les districts, on a retenu la préparation :

- i) au niveau des villages, de rapports trimestriels d'activités établis par le comité de santé du village;
- ii) au niveau du district, de rapports semestriels de gestion établis par le comité de santé de district;
- iii) au niveau de la province, de rapports annuels sur les progrès réalisés dans les districts, établis par le bureau sanitaire provincial.

92. Pour chacun des rapports, une appréciation chiffrée peut être attribuée empiriquement aux différents types d'activités afin de permettre les comparaisons entre les différents districts. Cependant, pour l'évaluation des progrès réalisés, les rapports nécessitent l'utilisation d'indicateurs à l'échelon national, permettant de mesurer l'impact des activités du point de vue de : i) l'état de santé des populations; ii) la couverture des prestations sanitaires, et iii) des besoins fondamentaux liés à la santé.

93. La pondération des données chiffrées en ce qui concerne les activités de santé au niveau des villages et de gestion au niveau des districts, varie évidemment en fonction de la politique de chaque pays. L'important est la comparabilité des districts à l'intérieur de chaque pays.

#### Conclusion

94. Le Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire a approuvé ses rôles et structures nouveaux déterminés par le Directeur régional afin de coordonner les efforts de tous les comités, commissions et groupes de travail chargés de lui donner des avis. Le Comité a également approuvé le rôle de l'OMS dans l'instauration de la santé pour tous aux différents niveaux de l'Organisation. Le renforcement du bureau dans le pays et de l'appui au Représentant a été jugé indispensable. L'utilisation des cadres professionnels associés (APO) et des cadres nationaux associés (NPO) a été recommandée puisqu'ils font partie intégrante de l'équipe de santé de district.

95. Le rôle et la composition des Equipes interpays ont été examinés et approuvés; les activités des Equipes interpays, essentiellement multi-disciplinaires, pour la mise en oeuvre des SSP au niveau des districts, s'accompliront en collaboration avec les autorités nationales et par l'intermédiaire des Représentants.

96. Il est apparu indispensable de mettre en place un système de surveillance des progrès réalisés au niveau des districts. Le principe de l'appréciation chiffrée a été approuvé.

DiscussionRôle de l'OMS dans l'instauration de la santé pour tous

97. En ce qui concerne les fonctions des Equipes interpays de Développement sanitaire lorsqu'elles ne sont pas en mission, le Secrétariat a précisé qu'en plus des missions qu'elles entreprennent sur demande dans les pays de la Sous-Région, ces Equipes assurent en permanence un soutien au pays hôte en matière de planification, de mise en oeuvre, de surveillance et d'évaluation des activités de SPT. On a suggéré que ce point soit précisé dans le document AFR/RC37/18, paragraphes 7 et 8, et que les autorités nationales soient pleinement informées des fonctions de chacun des membres de l'équipe.

98. Afin d'inciter les pays à affecter une plus grande part des sommes reçues de l'OMS aux activités de développement sanitaire au niveau du district, le Sous-Comité recommande de spécifier non 5 % de ces sommes mais un minimum de 5 % par chaque pays, comme cela est indiqué dans la résolution AFR/RC36/R2. Cette formule confère aux pays davantage de souplesse pour fixer la part des sommes reçues de l'OMS qu'ils souhaitent consacrer au soutien de la mise en oeuvre de la SPT au niveau du district.

99. Vu l'impérieuse nécessité d'entretenir correctement les infrastructures et les matériels médicaux, le Sous-Comité recommande également que les Equipes interpays de Développement sanitaire comprennent un ingénieur d'entretien.

100. Sur la question soulevée par un membre du Sous-Comité de savoir si les cadres associés (APO) conviennent aux pays africains, il a été précisé qu'il est prévu d'assurer une bonne mise au courant de ces personnels dans un cadre africain, notamment en matière de mise en oeuvre des SSP au niveau local, et qu'un certain nombre des APO seraient originaires de pays africains. Des précisions ont également été fournies au sujet des cadres associés nationaux (NPO).

Rôle du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire

101. Il est nécessaire de développer davantage la présentation de cette question (paragraphes 26-27). C'est ainsi que le mandat du CCADS aurait pu être inséré dans la présentation (au lieu de figurer à l'Annexe 4 du document AFR/RC37/18).

102. La structure du CCADS a fait l'objet d'un débat. Le Sous-Comité a été informé que le CCADS est un groupe consultatif multidisciplinaire et multisectoriel, et qu'il compte des représentants d'autres comités consultatifs régionaux importants, tels que le Comité consultatif africain de la Recherche en Santé et le Groupe de mobilisation des Ressources sanitaires régionales. Le Bureau régional prépare actuellement un document qui expose de façon détaillée la structure et les fonctions du CCADS ainsi que ses articulations avec d'autres comités et groupes de travail traitant de problèmes ou de programmes particuliers de développement sanitaire.

#### Surveillance continue des progrès réalisés au niveau des districts

103. En ce qui concerne les rapports de gestion à préparer aux échelons périphériques, du district et intermédiaire, il conviendrait de préciser la finalité de chaque rapport. Il faudrait spécifier qui doit préparer le rapport, pour qui, et comment les données recueillies doivent être analysées, diffusées et utilisées.

104. Les rapports à préparer au niveau local contiendront des données très simples et ne constitueront aucunement une pièce administrative supplémentaire exigée des agents de santé ou des comités sanitaires locaux, comme un membre du Sous-Comité l'a indiqué.

105. Les appellations données aux différents niveaux des systèmes de santé au paragraphe 41 doivent être considérées comme des lignes directrices générales. Il appartient à chaque pays d'adopter pour chaque niveau l'appellation utilisée par sa structure administrative. Ainsi, le niveau périphérique pourra désigner le village, la communauté, le hameau, etc. Le niveau intermédiaire pourra être une province, une région, un département, une préfecture, etc.

#### CONCLUSION

106. Le Sous-Comité du Programme a débattu plusieurs questions, notamment du Huitième Programme général de Travail, de la structure de l'Organisation et des rapports sur la surveillance continue des stratégies de SPT/2000 :

- i) la surveillance continue des stratégies de SPT/2000; cadre commun pour la surveillance continue;
- ii) les Réunions sous-régionales pour le Développement sanitaire ayant trait à des questions telles que le rôle des universités, le système de coordination des opérations du programme, la surveillance continue des progrès réalisés au niveau des districts et le rôle des Bureaux sous-régionaux de Développement sanitaire, rebaptisés Equipes interpays de Développement sanitaire;
- iii) le Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire, qui a examiné son mandat; le rôle de l'OMS dans l'instauration de la santé pour tous; la mise en oeuvre de la stratégie de SPT/2000 au niveau des districts.

107. Les membres du Sous-Comité ont formulé à l'intention du Comité régional des recommandations pertinentes sur les questions ci-dessus.

## APPENDICE 1

## ORDRE DU JOUR

1. Ouverture de la réunion
2. Surveillance continue des stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000 : canevas commun : surveillance continue (document AFR/RC37/15 et AFR/RC37/15 Add.1)
3. Huitième Programme général de Travail pour une période déterminée 1990-1995 (document AFR/RC37/16)
4. Rapport des Réunions sous-régionales de Développement sanitaire (document AFR/RC37/17)
5. Rapport du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS) (document AFR/RC37/18)
6. Examen de la structure de l'Organisation (document AFR/RC37/26 Rév.1) :
  - Possibilités de renforcer les relations existant entre les Bureaux régionaux et le Siège
  - Participation du Directeur général à la nomination de tous les Directeurs régionaux
  - Processus de prise de décision en ce qui concerne la mise en oeuvre des politiques de l'OMS, des programmes et des directives dans les Régions
7. Adoption du Rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC37/27)
8. Distribution des tâches pour la présentation du Rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC37/27)
9. Clôture de la réunion.

## LISTE DES PARTICIPANTS

## ALGERIE\*

## BENIN

Dr Hamidou Sanoussi  
Directeur général du Ministère de la Santé publique  
B.P. 883  
Cotonou

## BOTSWANA

Mr T. L. Mothibamele  
Hon. Minister of Health  
P.O. Box 0038  
Gaborone

Mrs W. G. Manyeneng  
Assistant Director of Health services (PHC)  
P.O. Box 0038  
Gaborone

## BURKINA FASO

Dr B. K. M. Sombié  
Directeur des Etudes et de la Planification  
Ministère de la Santé  
B.P. 7009  
Ouagadougou

## BURUNDI

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

## CAP-VERT\*

## TCHAD

Dr Ngassadi Kinde  
Directeur du Génie sanitaire et de l'Assainissement  
Ministère de la Santé publique  
B.P. 440  
N'Djamena

---

\* N'a pas pu participer.

Appendice 2

## LIBERIA\*

## MADAGASCAR

Dr V. Raharijaona  
Inspecteur au Ministère de la Santé publique  
Ministère de la Santé  
B.P. 88  
Antananarivo (110)

## MALAWI

Dr G. W. Lungu  
Senior Medical Superintendent/  
Regional Health Officer (South)  
P.O. Box 95  
Blantyre

## TANZANIE

Dr J. M. V. Temba  
Assistant Medical Officer (Preventive)  
Ministry of Health and Social Welfare  
P.O. Box 9083  
Dar es-Salaam

## ZAMBIE

Dr G. K. Bolla  
Assistant Director of Medical Services  
Ministry of Health  
P.O. Box 30205  
Lusaka

---

\* N'a pas pu participer.

Appendice 2

## SECRETARIAT

Dr G. L. Monekosso  
Directeur régional

Dr A. Tekle (DCP)  
Directeur, Programme de Soutien

M. D. E. Miller (DSP)  
Directeur, Programme de Soutien

Dr F. Aboo-Baker (CTD)  
Conseillère technique auprès du Directeur régional

Prof. P. O. Chuke (PM1)  
Chef de Programme, Soutien aux Systèmes nationaux de Santé

Dr H. Martins (PM2)  
Chef de Programme, Protection et Promotion de la santé en général

Dr E. G. Beausoleil (PM3)  
Chef de Programme, Prévention et Lutte contre la Maladie

Dr F. X. Hakizimana (CDB)  
Contrôle des Maladies bactériennes, virales et mycosiques

M. H. Ben Aziza (HED)  
Education pour la Santé et Information

Dr W. C. Mwambazi (FHE)  
Santé familiale

M. S. Chumfong  
Service de l'Information, Relations publiques et Protocole

Dr M. Njume-Ebong (PDS)  
Service de Publications et de Documents

Dr U. E. Udom (ASO)  
Services administratifs

RAPPORT DE LA REUNION DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME  
TENUE LE 15 SEPTEMBRE 1987

INTRODUCTION

1. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni le mardi 15 septembre 1987 à Bamako (Mali), le dernier jour de la trente-septième session du Comité régional. On trouvera à l'Appendice 1 la liste des participants.
2. Le Sous-Comité a élu M. M. I. Madany (Algérie) comme Président; le délégué du Ghana a été élu (en son absence) Vice-Président et le Dr Mendes Cesta Célestino (Guinée-Bissau) 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/RC37/29 qui faisait état, entre autres, de trois réunions d'intérêt programmatique auxquelles devaient participer les membres du Sous-Comité du Programme en 1987-1988. 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 1987-1988

Nom, lieu et date de la réunion	Objectif	Langue	Membres participants
<p>1. Réunions sous-régionales pour le Programme</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bamako</li> <li>- Bujumbura</li> <li>- Harare</li> </ul> <p>juin 1988</p>	<p>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</p>	A/F	<p>SR/I - Algérie</p> <p>SR/II - Tchad</p> <p>SR/III - Zambie</p>
<p>2. Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS) Brazzaville, juillet 1987</p>	<p>Préparation du plan pour mettre en place les Sous-Comités qui refléteront le caractère multi-sectoriel du CCADS</p>	A/F	<p>SR/I - Guinée</p> <p>SR/II - Congo</p> <p>SR/III - Comores</p>
<p>3. Réunion du Sous-Comité du programme pour examiner le budget programme 1990-1991 Brazzaville, septembre 1988</p>	<p>Examiner le budget programme pour le compte du Comité régional conformément aux points (i) - (v) de son mandat</p>	A/F/P	<p>Tous les 12 membres du Sous-Comité</p>

## DATE ET LIEU DE LA PROCHAINE REUNION

5. 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.

## CLOTURE DE LA REUNION

6. 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.

## APPENDICE 1

## LISTE DES PARTICIPANTS

## ALGERIE

Mr Mohamed I. Madany  
Directeur des Relations internationales  
Ministère de la Santé publique  
El Madania  
Alger

## BENIN\*

## BOTSWANA\*

## CAP-VERT

Dr A. P. da Costa Delgado  
Director Geral da Saúde  
Direcção Geral da Saúde  
C.P. 47  
Praia

## TCHAD

Dr Ngassadi Kinde  
Directeur du Génie sanitaire et de l'Assainissement  
Ministère de la Santé publique  
B.P. 440  
N'Djaména

## COMORES\*

## CONGO\*

## COTE D'IVOIRE

Dr B. A. Bella  
Directeur des Relations régionales  
et internationales  
B.P. V.4  
Abidjan

---

\* N'a pas pu participer

Appendice 1

## GHANA\*

## GUINEE

Dr Mohamed Sylla  
Directeur de Cabinet du Ministre de la Santé  
et des Affaires sociales  
Conakry

Dr Mamadou Cissé  
Directeur des Maladies transmissibles  
au Service national de Prévention  
Ministère de la Santé et des Affaires sociales  
Conakry

## GUINEE-BISSAU

Dr C. M. Mendes Costa  
Director Clinico de Hospital Simao Mendes  
Ministério da Saúde Pública  
C.P. 50  
Bissau

## ZAMBIE

Dr G. K. Bolla  
Assistant Director of Medical Services  
Ministry of Health  
P.O. Box 30205  
Lusaka

---

\* N'a pas pu 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/RC37/29)
4. Date et lieu de la prochaine réunion
5. Clôture de la réunion.

## RAPPORT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES

Appui opérationnel aux soins de santé primaires  
dans l'accélération de la santé pour tous les Africains

## INTRODUCTION

1. Les discussions techniques de la trente-septième session du Comité régional ont eu lieu à Bamako le 12 septembre 1987 sur le thème "Appui opérationnel aux soins de santé primaires (niveau local)". Elles ont été présidées par le Dr Dibandala Ngandu-Kabeya, aidé du Dr Martin P. Mandara, Vice-Président. Tous les deux ont été élus lors de la trente-sixième session du Comité régional. Lors de la trente-septième session du Comité régional, les personnes suivantes ont été désignées comme Rapporteurs des discussions techniques :

- i) Dr R. Owona Essomba (Cameroun)
- ii) Dr J. Maneno (Kenya)
- iii) M. Bonifácio Cardoso David Cossa (Mozambique).

2. Les participants aux discussions ont été divisés en trois groupes de travail : un multilingue, un anglophone et un francophone. Les groupes de travail ont élu les personnes suivantes comme Présidents :

- i) M. Ngassadi Kinde (Tchad)
- ii) Professeur P. Hiza (Tanzanie)
- iii) Dr Kahazi Sangwa (Zaïre).

3. Le document de travail (document AFR/RC37/TD/1) préparé par le Directeur régional avec l'assistance du Secrétariat a été présenté par le Dr F. Abou-Baker. Il comporte cinq chapitres. Le chapitre un traite des principes directeurs pour les soins de santé primaires; le chapitre deux du

cadre de la mise en oeuvre des soins de santé primaires; le chapitre trois du rôle du système de santé de district; le chapitre quatre de la surveillance des progrès dans les districts sanitaires et le chapitre cinq du rôle de l'OMS pour soutenir les activités de santé au niveau du district.

#### CHAPITRE I - PRINCIPES DIRECTEURS

4. Le document met en évidence les relations étroites qui existent entre le revenu par tête, le niveau de vie et l'état de santé. La plupart des pays africains ont le cadre organique permettant d'assurer le développement socio-économique par une éducation de masse et la mobilisation sociale et, quelle que soit leur taille, sont divisés en unités administratives et politiques plus petites, l'unité la plus éloignée du centre constituant le district. Dans le document, par "district" il faut entendre une zone administrative clairement définie qui comporte une population pour laquelle une administration locale, sous une forme ou une autre, assume bon nombre de responsabilités des services du gouvernement central. Un district possède les caractéristiques suivantes :

- i) Il s'agit d'un ensemble géographique compact dont toutes les parties sont habituellement accessibles en moins d'une journée.
- ii) Il s'agit d'une unité bien définie sur le plan administratif qui a son équivalent dans toutes les parties du pays.
- iii) Il est administré par quelques fonctionnaires clés, ce qui facilite la liaison et la coordination entre les représentants locaux des différents services du gouvernement et ceux des organisations non gouvernementales connexes.
- iv) Il possède souvent une ville vers laquelle convergent les moyens de communication, où sont menées les activités commerciales, et qui est doté des routes et de moyens de transport ainsi que des services importants qui leur sont associés.

v) C'est une unité de dimension suffisante pour saisir les problèmes et les contraintes importantes pour coordonner et gérer les services de santé disponibles.

vi) C'est habituellement une unité suffisamment grande pour posséder et former un personnel technique et gestionnaire de soutien spécialisé ayant les compétences lui permettant de se voir confier la responsabilité de la prise de décision.

5. Les participants sont convenus que la définition est adéquate et devrait servir de base aux Etats Membres pour élaborer leur propre définition afin de l'adapter à leurs besoins particuliers.

6. Le document a souligné le rôle central que le district peut jouer dans le développement socio-économique local si les membres de ses comités de développement sont convenablement informés. S'il est convenablement exploité, le district peut constituer une plate-forme de lancement appropriée pour les initiatives dans le domaine des soins de santé primaires.

7. Le document fait remarquer que dans de nombreux pays en développement, il existe des comités de développement de district assumant à des degrés divers la responsabilité de la gestion des activités locales de développement. Malheureusement, dans de nombreux cas, ils ne fonctionnent pas. Si les membres de ce comité étaient mieux informés, les micro-économies du district se verraient offrir une meilleure chance de développement socio-économique. Le Comité de développement socio-économique peut avoir un sous-comité de santé dont la tâche est de veiller à assurer le niveau le plus élevé possible de bien-être physique, mental et social pour les populations du district. Dans cette tâche, l'équipe de santé de district aidera le sous-comité de santé de district à atteindre les objectifs sociaux de la santé pour tous en l'an 2000.

8. Au cours des discussions, les participants ont estimé que le rôle du comité de développement qui doit être multisectoriel doit être clairement défini. Il doit comporter comme fonction principale l'interprétation des politiques du gouvernement compte tenu des problèmes locaux et des priorités recensés par les collectivités. Pour éviter les conflits avec les organes supérieurs, il faut qu'il y ait une bonne communication avec les autorités à l'échelon le plus élevé en dehors du cadre des réunions régulières.

En outre, les directives politiques émanant des autorités nationales devraient laisser suffisamment d'initiatives pour traiter des petites questions déterminées par les priorités perçues et recensées au niveau local. Le Comité de santé est un organe d'assistance technique pour les activités de planification et de mise en oeuvre au niveau local. Les participants ont aussi estimé que le mandat du comité de santé de district devrait être clairement défini par le comité de développement du district. Il a été souligné que les initiatives pour des activités de développement devraient incomber aux collectivités, et que seules les activités choisies par elles devraient être entérinées par le comité de développement. La formation des membres du comité de développement à l'approche des soins de santé primaires, à la planification, et à la gestion est essentielle.

9. Le document a subdivisé l'objectif social de la santé pour tous en l'an 2000 en sous-objectifs orientés vers des cibles opérationnelles axées sur les individus (ceux qui sont à risque, ceux qui sont défavorisés ou pauvres), les familles et les collectivités. Ces sous-objectifs peuvent à leur tour être subdivisés en activités spécifiques pour chacune des huit composantes essentielles des soins de santé primaires. La liste des activités peut être utilisée comme une liste de contrôle par les comités de santé des collectivités/villages pour sélectionner les priorités et pour fixer les objectifs spécifiques. L'équipe de santé du district (au nom du comité de développement du district) devra à son tour gérer ces activités et aider les communautés de village à préparer des plans opérationnels, fournir un appui d'encadrement et aider à la surveillance continue et à l'évaluation. Ces activités liées à la santé devront être mises en oeuvre par les chefs des services de santé de la collectivité, les agents de santé communautaires et les agents de santé à assise communautaire provenant des autres secteurs. Quant à la surveillance continue des progrès accomplis et l'évaluation de l'impact, elles seront menées en utilisant des indicateurs simples (faciles à comprendre pour les non-spécialistes) de l'état de santé, de la couverture des soins de santé et de la satisfaction des besoins fondamentaux.

10. Le document souligne que le défi que représente la santé pour tous les Africains est une entreprise de longue haleine et on devrait faire un effort spécial pour activer les comités de santé et de développement de district en une campagne d'apprentissage de masse, parce que beaucoup de pays de la Région africaine sont encore à ces différents stades de développement sanitaire et

qu'à l'intérieur des pays, l'infrastructure des systèmes de santé dans un scénario étalé sur trois ans (1986-1989) devrait permettre à tous les pays d'être bien au-delà de la ligne de départ pour couvrir le dernier tour de piste la dernière décennie de ce siècle. Le document ne recommande pas la création de districts pilotes si on entend par ce terme engager des ressources exceptionnelles dans quelques districts. Cependant, il recommande certainement de procéder à la mise à l'épreuve de nouvelles technologies dans quelques districts afin de généraliser leur usage. A cet effet, il ne faut utiliser que des ressources jouant un rôle de catalyseurs "catalytiques" dans cette opération de mise à l'épreuve des stratégies et des techniques.

11. Pendant la discussion, il est apparu qu'en Ethiopie, la mise à l'épreuve des nouvelles technologies au niveau du district en utilisant des ressources faisant office de catalyseur était le concept des soins de santé primaires basés sur le district en train d'être mis en oeuvre, ce qui était jusqu'à ce jour un phénomène inconnu. Ce sont : premièrement les organisations massives qui sont importantes et qui sont toutes capables de mettre en oeuvre les soins de santé primaires; deuxièmement un appui légal efficace au niveau local, l'abondance des ressources humaines non exploitées et disposées à agir. Parmi les ombres du tableau, citons : le manque relatif de l'utilisation des comités de développement, le manque de leadership, l'absence de rôle directeur dans le domaine de la santé au niveau du district occasionné par l'absence d'un fonctionnaire médical au niveau du district et l'absence de participation collective aux activités de santé communautaires.

## CHAPITRE II - CADRE DE LA MISE EN OEUVRE

12. Le document recense trois niveaux : le niveau de village (collectivité), le niveau de district et le niveau provincial. Le niveau de village a la responsabilité de planifier et de mettre en oeuvre le suivi des activités liées à la santé alors que le niveau du district donne une assistance dans la gestion des activités dans les villages du district et que le niveau provincial surveille les progrès de ces activités dans les districts relevant de sa compétence, alors que le niveau national ne sera pas directement impliqué dans la mise en oeuvre effective; il sera responsable de l'organisation de séminaires et d'ateliers de sensibilisation à l'intention des autorités au niveau provincial et au niveau du district.

## CHAPITRE III - LE ROLE DES SYSTEMES DE SANTE DE DISTRICT

13. Le rôle d'un système de santé de district doit être envisagé dans le contexte du système national de santé tout entier. Un système national de santé typique comprend un échelon central où les décisions sont prises, un échelon intermédiaire qui harmonise les grandes orientations de l'autorité centrale et les initiatives locales, et des moyens d'action au niveau opérationnel ou du district. C'est à ce dernier niveau qu'un partenariat peut efficacement s'instituer entre les pouvoirs publics et les communautés d'usagers. C'est au niveau du district que s'exécutent notamment des activités de développement sanitaire patronnées par la communauté qui fusionnent imperceptiblement avec celles des services de santé de district relevant de l'Etat. Le sous-système des services de santé de district est souvent organisé à la manière d'une pyramide à trois niveaux dont les aires géographiques sont de plus en plus étendues, ce sont :

- i) les dispensaires/postes de santé : pour les villages et communautés;
- ii) les sous-centres de santé/services de consultations : pour les sous-districts;
- iii) les hôpitaux de district/centre de santé : pour les districts.

14. Les consommateurs ou bénéficiaires de soins de santé sont des individus (santé personnelle) qui font partie de familles (santé de la famille) vivant dans des communautés nettement définies (santé communautaire). Aux trois niveaux sont menées des activités dont la diversité et la complexité augmentent à mesure que l'on s'élève du niveau 1 au niveau 3. Les interventions en direction des individus, des familles et des communautés se chevauchent et, de toute façon, les premières sont un sous-ensemble des deuxièmes, lesquelles étant elles-mêmes un sous-ensemble des troisièmes. Ces activités correspondent aux soins de santé de base ou soins de santé essentiels tels qu'ils sont définis dans la Déclaration d'Alma-Ata. Le niveau 1 comprendrait les éléments de soins essentiels les plus simples, assurés par des agents de santé issus de la communauté (ou auxiliaires). Leur appellation varie selon les pays. Le niveau 2 comprendrait une combinaison appropriée d'agents de santé qualifiés capables de s'occuper des problèmes de santé fondamentaux des individus, des familles et des communautés. Il comporterait également du personnel de soutien logistique et administratif.

Le niveau de technologie se situerait à mi-chemin entre les niveaux 1 et 3. Des agents auxiliaires et des agents de santé communautaires participeraient à la prestation des soins de santé. Au troisième niveau, les soins de santé seraient de la compétence d'une combinaison de professionnels de la santé qui serait fonction du niveau de développement socio-économique. Le soutien technologique et administratif serait assuré par du personnel qualifié. Ce niveau disposerait du degré de technologie le plus élevé mais n'en comporterait pas moins du personnel débutant et auxiliaire qualifié comme aux deux autres niveaux.

15. Le système de santé de district peut aussi être représenté à la manière d'une pyramide qui indique le nombre et les types d'établissements de soins existants au sein d'un district. Cette pyramide indique également la hiérarchie de ces moyens d'action sanitaire de district faisant du même coup ressortir le système de recours.

16. Les participants ont estimé que le système de santé de district pouvait jouer un rôle décisif dans : i) la formation de base et l'éducation permanente du personnel sanitaire et nonsanitaire (notamment des membres des sous-comités de développement et de santé) dans l'optique des soins de santé primaires; ii) l'incitation au travail d'équipe; iii) l'intégration de la médecine préventive et curative au niveau communautaire; iv) la polarisation sur les trois autres facteurs déterminants de la santé communautaire, à savoir la population, l'environnement et le mode de vie; v) l'encadrement du personnel de santé se situant à des niveaux hiérarchiques inférieurs.

17. Les participants ont estimé que l'encadrement devait être hiérarchique, c'est-à-dire que l'agent de santé communautaire pourrait être encadré par un aide médical rural qui serait lui-même encadré par un assistant médical, relevant d'un médecin de district qui relève à son tour du médecin provincial. L'encadrement devrait être régulier et planifié, laissant peu de place aux opérations type "descente de police". L'encadrement doit être participatif, l'encadré prenant une part active à l'opération qui s'analyse dès lors en une occasion supplémentaire de formation. L'encadrement doit être

considéré comme une démarche de recensement des problèmes par l'encadreur et l'encadré devant déboucher ultérieurement sur la définition de solutions possibles. Enfin, il faudrait que des objectifs et des principes directeurs applicables à l'encadrement soient clairement définis et qu'à la fin de la visite d'inspection, l'encadreur rédige un rapport au sujet duquel l'encadré pourra réagir, le cas échéant.

#### Financement des systèmes de santé de district

18. Les participants ont recensé trois sources possibles de financement, à savoir :

- 1) Les fonds communautaires locaux - ceux-ci pourraient provenir :
  - a) d'un fonds de roulement, utilisant la vente des médicaments essentiels comme point de départ;
  - b) de contributions directes des communautés, en recourant à un système de mutuelle calqué sur la pratique en usage dans certaines communautés pour le financement des mariages et autres événements de la vie en société;
  - c) d'entreprises locales (vente d'objets d'artisanat, par exemple).
- 2) Les fonds publics - provenant du budget du Ministère de la Santé (augmentés de subventions éventuelles du conseil de district local).
- 3) Des fonds publics - par exemple les organisations religieuses, les organisations internationales telles que le FISE. Lorsqu'un organisme non public a fourni une assistance en cas d'urgence, par exemple (la sécheresse), il convient de faire un effort pour profiter de l'impulsion donnée par les opérations de secours pour mettre en place un système autonome en constituant un fonds de roulement. Quelle que soit la source de fonds, il y a trois conditions essentielles qui doivent être remplies avant que l'on puisse donner le feu vert au décaissement des fonds au niveau des districts :

- i) les fonds doivent avoir une destination bien précise avant d'être sollicités ou recueillis par exemple (fonds de l'OMS pour la formation; fonds du FISE pour les médicaments, la chaîne du froid, le transport; les contributions des communautés pour la construction de dispensaires; les fonds publics pour les dépenses renouvelables;
- ii) la formation ou l'affectation de personnels qualifiés garantissent une gestion financière efficace au niveau du district;
- iii) une délégation suffisante de pouvoirs de la part de l'autorité centrale pour décaisser les fonds au niveau du district.

20. Bien que le Ministère de la Santé de certains pays soit décentralisé, cette décentralisation n'a pas été imitée par les autres ministères. De ce fait, la coordination des activités avec les autres ministères, spécialement le Ministère des Finances, devient difficile. Le Directeur régional a dit aux participants qu'il avait soulevé cette question avec les Chefs d'Etat et de Gouvernement lors du sommet de l'OUA en juillet 1987 et la résolution d'Addis Abeba adoptée par les Ministres des Affaires étrangères à la fin du mois de juillet fait état de ce point. Le représentant de l'OUA auprès du Comité régional a distribué des exemplaires de la résolution aux participants.

21. Les participants ont estimé que, quelle que soit la situation dans un pays donné en ce qui concerne la décentralisation, il faut un comité de coordination multisectoriel national qui donne des instructions à tous les secteurs au niveau subalterne. Pour que les pays participent pleinement à l'exécution de projets financés par des fonds extérieurs, les fonds doivent être canalisés vers les pays de façon qu'ils se rendent bien compte que ces fonds sont leur propriété et, par conséquent, se sentent tenus de les utiliser convenablement. De tels fonds ne doivent pas être accordés de façon parcellaire, notamment par le biais de donateurs ou d'organismes de financement qui traitent unilatéralement avec les pays. Tous les efforts de financement doivent être intégrés au niveau du district.

## CHAPITRE IV - SURVEILLANCE DES PROGRES DANS LES DISTRICTS DE SANTE

22. Le Secrétariat a donné des éclaircissements en réitérant que le village ou le niveau communautaire est le niveau "opérationnel", tandis que le niveau de district est le niveau de "soutien opérationnel" pour les activités de soins de santé primaires menées au niveau opérationnel.

23. Les participants ont estimé qu'il fallait élaborer des indicateurs bien définis pour assurer la surveillance de SPT/2000 au niveau intermédiaire ou national et des indicateurs simplifiés à l'usage du niveau communautaire. Un système à cinq niveaux a été proposé suivant lequel au niveau le plus bas les responsables des collectivités, les comités de santé communautaires et les agents de santé communautaires seraient chargés de réunir les pièces nécessaires à la planification, à la mise en oeuvre et au suivi des activités liées à la santé dans les villages et les communes et de faire rapport sur ces dernières au niveau de district tous les trimestres. Le comité de développement de district, le comité de santé de district et l'équipe de santé de district seraient chargés de réunir les pièces relatives à l'appui gestionnaire aux activités SPT/2000 liées à la santé menées dans les villages, les communes, au sein des districts pour les soumettre au niveau provincial (niveau intermédiaire). Le niveau provincial, par le biais du comité de développement provincial, du comité provincial de coordination sanitaire et du bureau provincial, analyserait les informations en provenance des districts relevant de leur compétence en vue d'évaluer le système de santé, la couverture des soins de santé et les besoins fondamentaux liés à la santé. Il soumettrait un rapport annuel au niveau national. Le niveau national préparerait un rapport tous les trois ans sur les 12 indicateurs mondiaux et les soumettrait à l'Assemblée mondiale de la Santé.

---

**CHAPITRE V - ROLE DE L'OMS DANS L'APPUI AUX ACTIVITES DE DISTRICT**

24. Les participants ont vivement apprécié les efforts déployés par l'OMS pour renforcer les Bureaux des Représentants de l'OMS afin de surveiller SPT/2000 en recrutant des documentalistes, des cadres professionnels associés et parfois des consultants à court terme. Ils ont également apprécié les efforts de l'OMS pour trouver les fonds et coordonner le financement international direct aux Etats Membres. Finalement, les efforts déployés par le Directeur régional pour créer trois grandes divisions au Bureau régional de l'OMS et pour avoir implanté une unité de surveillance de SPT/2000 dans son bureau ont été salués.

**RECOMMANDATIONS**

25. Les participants ont fait les recommandations suivantes :

- 1) Le document doit être imprimé sous forme de brochure et recevoir une large diffusion dans les Etats Membres afin de bénéficier d'une utilisation optimale.
- 2) Les transparents devront être transformés en diapositives de façon que les Etats Membres qui souhaiteraient les utiliser à des fins de formation/apprentissage puissent avoir un accès facile à un matériel didactique de qualité.
- 3) Les SSP sont une nouvelle démarche et il convient de consentir un gros effort dans le domaine de la formation tant pour le personnel sanitaire que non sanitaire. Il est par conséquent recommandé de former un petit noyau de formateurs au sein de chaque région, ces derniers se chargeant à leur tour de former les personnels des centres de santé du niveau de district appartenant à tous les secteurs d'activités.
- 4) Le potentiel de gestion devra être renforcé au niveau du district par la formation. Ceci encouragera les donateurs et le gouvernement central à autoriser le personnel du niveau de district de débloquer les fonds et autres ressources.

## CONCLUSIONS

26. Les conclusions des discussions techniques sont les suivantes :

- 1) Pour assurer une bonne mise en oeuvre des soins de santé primaires au niveau du district, il faut en confier la responsabilité aux autorités administratives de district, quelle que soit la forme que cette autorité revêt.
- 2) Tous les autres secteurs du développement doivent participer à la mise en oeuvre des SSP au niveau du district et, de ce fait, devenir membres du comité de développement de district.
- 3) La mobilisation politique en faveur de la mise en oeuvre des soins de santé primaires doit respecter les frontières socio-politiques même lorsqu'elles ne coïncident pas avec les districts de santé.
- 4) La mise en oeuvre des soins de santé primaires dans un pays donné ne nécessite pas la supervision et le démantèlement du système de santé précédent. La meilleure démarche consiste à faire un inventaire du système de santé existant en vue de l'améliorer, construire ou remplacer toutes les parties qui ont été détruites par l'ennemi ou les catastrophes naturelles.

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

(Etabli le 14 septembre 1987)

1. Ouverture de la trente-huitième session
2. Adoption de l'ordre du jour provisoire
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
  - 6.2 Examen du programme de santé mentale
  - 6.3 Progrès réalisés dans la lutte contre le paludisme
  - 6.4 Lutte contre la lèpre - Progrès accomplis
  - 6.5 Examen de la situation de la lutte contre le SIDA
  - 6.6 Examen du programme des maladies diarrhéiques
  - 6.7 Programme des médicaments essentiels
  - 6.8 Prix Comlan A. A. Quenum
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
  - 7.2 Incidences régionales des ordres du jour de la quatre-vingt-troisième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé
  - 7.3 Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé
  - 7.4 Discussions techniques à la Quarante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé

8. Examen du rapport du Sous-Comité du Programme
  - 8.1 Rapport sur la surveillance continue des stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000
  - 8.2 Organisation de l'infrastructure de santé au niveau du district pour faire face aux épidémies
  - 8.3 Projet de Budget Programme 1990-1991
  - 8.4 Rapport des Réunions sous-régionales pour le Développement sanitaire
  - 8.5 Rapport du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS)
9. Discussions techniques
  - 9.1 Présentation du rapport des discussions techniques
  - 9.2 Désignation du Président et du Président suppléant des discussions techniques pour 1989
  - 9.3 Choix du sujet des discussions techniques pour 1989
10. Dates et lieux des trente-neuvième et quarantième sessions du Comité régional pour 1989 et 1990
11. Adoption du rapport du Comité régional
12. Clôture de la trente-huitième session.