

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

Brazzaville  
7-14 septembre 1988

RAPPORT DU COMITE REGIONAL

Brazzaville  
Novembre 1988

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 des Rapporteurs .....	1
3. Composition du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs .....	2
4. Pouvoirs .....	2
5. Choix de sujet des discussions techniques de 1989 .....	3
6. Choix des sujets des discussions techniques en 1990, 1991, 1992 .....	3
7. Désignation du Président des discussions techniques pour 1989 .....	3
8. Dates et lieux des trente-neuvième et quarantième sessions du Comité régional .....	3
9. Ordre du jour de la trente-neuvième session du Comité régional .....	4
10. Désignation du représentant de la Région pour siéger au Programme spécial de Recherche, de Dévelop- pement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine (HRP) : Composition du Comité consultatif des principes directeurs et de la coordination .....	4
11. Désignation du représentant de la Région pour siéger au Conseil conjoint de Coordination (JCB) du Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les Maladies topicales .....	4
12. Méthode de travail et durée de la Quarante-Deuxième Assemblée de la Santé .....	5

	<u>Page</u>
RESOLUTIONS .....	7
AFR/RC38/R1 Prévention des troubles mentaux, neurologiques et psychosociaux .....	7
AFR/RC38/R2 Elimination du tétanos néonatal en Afrique d'ici à 1995 .....	9
AFR/RC38/R3 Projet de Budget Programme 1990-1991 .....	10
AFR/RC38/R4 Iodation du sel pour lutter contre les troubles dûs à une carence en iode en Afrique .....	11
AFR/RC38/R5 Utilisation des nationaux comme Coordonnateurs des Programmes de l'OMS .....	13
AFR/RC38/R6 Centre régional de formation et de recherche dans le domaine de la santé de la famille .....	14
AFR/RC38/R7 Prix du Dr Comlan A. A. Quenum de Santé publique en Afrique .....	15
AFR/RC38/R8 Contrôle de l'élimination des déchets toxiques et nucléaires pour la protection de la santé en Afrique .....	16
AFR/RC38/R9 Programme de lutte contre le SIDA .....	18
AFR/RC38/R10 Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques .....	21
AFR/RC38/R11 Examen du programme de lutte contre la lèpre .....	23
AFR/RC38/R12 Développement sanitaire dans la Région africaine ....	24
AFR/RC38/R13 Eradication de la dracunculose .....	26
AFR/RC38/R14 Fonds spécial pour la santé en Afrique .....	27
AFR/RC38/R15 Développement du rôle des personnels infirmiers et sages-femmes dans la surveillance épidémiologique des maladies .....	30
AFR/RC38/R16 Surveillance continue des stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000 .....	31
AFR/RC38/R17 Utilisation optimale des ressources de l'OMS : politique régionale en matière de budget programme .....	32
AFR/RC38/R18 Santé des femmes et des enfants grâce à l'auto-suffisance communautaire : l'Initiative de Bamako .....	33
AFR/RC38/R19 Production locale de médicaments essentiels dans les pays de la Région africaine .....	36

	<u>Page</u>
AFR/RC38/R20 Appui aux investissements dans le domaine de la santé .....	37
AFR/RC38/R21 Formation en management pour la santé .....	37
AFR/RC38/R22 Lutte contre le paludisme en Afrique .....	39
AFR/RC38/R23 Appui technique aux soins de santé primaires : Rôle du niveau intermédiaire pour accélérer l'instauration de la santé pour tous les Africains .....	41
AFR/RC38/R24 Organisation de l'infrastructure sanitaire au niveau du district pour faire face aux épidémies .....	42
AFR/RC38/R25 Soutien et aides aux pays victimes de catastrophes naturelles .....	44
AFR/RC38/R26 Motion de remerciements .....	45

## PARTIE II

	<u>Paragraphes</u>
OUVERTURE DE LA SESSION .....	1 - 15
ORGANISATION DU TRAVAIL .....	16 - 18
ACTIVITES DE L'OMS DANS LA REGION AFRICAINE EN 1987 : RAPPORT SUCCINCT DU DIRECTEUR REGIONAL (Document AFR/RC38/3 ....	19 - 44
EXAMEN DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE SIDA (Document AFR/RC38/7 .....	45 - 76
PREVENTION DES TROUBLES MENTAUX, NEUROLOGIQUES ET PSYCHOSOCIAUX (Document AFR/RC38/4 Rév.1) .....	77 - 85
PROGRES REALISES DANS LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME (Document AFR/RC38/5) .....	86 - 119
EXAMEN DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LA LEPRE (Document AFR/RC38/6) .....	120 - 135
EXAMEN DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES MALADIES DIARRHEIQUES (Document AFR/RC38/8) .....	136 - 156
PROGRAMME DE MEDICAMENTS ET VACCINS ESSENTIELS (Document AFR/RC38/9 Rév.1) .....	157 - 161
RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME (Document AFR/RC38/15).....	162 - 168

MODALITES DE MISE EN OEUVRE DES RESOLUTIONS D'INTERET REGIONAL ADOPTEES PAR L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE ET LE CONSEIL EXECUTIF (Document AFR/RC38/11) .....	169 - 178
INCIDENCES REGIONALES DES ORDRES DU JOUR DE LA QUATRE-VINGT-TROISIEME SESSION DU CONSEIL EXECUTIF ET DE LA QUARANTE-DEUXIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE (Document AFR/RC38/12) .....	179 - 183
METHODE DE TRAVAIL ET DUREE DE L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE (Document AFR/RC38/13) .....	184 - 190
DISCUSSIONS TECHNIQUES A LA QUARANTE-DEUXIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE (Document AFR/RC38/14) .....	191 - 199
RAPPORT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES : "APPUI TECHNIQUE AUX SOINS DE SANTE PRIMAIRES : ROLE DU NIVEAU INTERMEDIAIRE POUR ACCELERER L'INSTAURATION DE LA SANTE POUR TOUS LES AFRICAINS" (Document AFR/RC38/20) .....	200 - 203
CHOIX DU SUJET DES DISCUSSIONS TECHNIQUES EN 1989 (Document AFR/RC38/22) .....	204 - 205
CHOIX DES SUJETS DES DISCUSSIONS TECHNIQUES EN 1990, 1991 ET 1992 (Document AFR/RC38/22 Add.1) .....	206 - 207
DESIGNATION DU PRESIDENT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES DE 1989 ....	208
DATES ET LIEUX DES TRENTE-NEUVIEME ET QUARANTIEME SESSIONS DU COMITE REGIONAL .....	209 - 214
COMPOSITION DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME POUR 1988-1989 .....	215
CONCLUSIONS .....	216 - 225
ADOPTION DU RAPPORT .....	226
CLOTURE DE LA SESSION .....	227

ANNEXES

	<u>Page</u>
1. Ordre du jour .....	93
2. Liste des participants .....	95
3. Liste des documents .....	115
4. Allocution d'ouverture du Professeur Alphonse Djedje Mady, Ministre de la Santé publique et de la Population de la Côte d'Ivoire .....	118
5. Allocution d'ouverture du Dr G. L. Monekosso, Directeur Régional de l'OMS pour l'Afrique .....	129
6. Allocution du Dr Hiroshi Nakajima, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé .....	134

	<u>Page</u>
7. Allocution du Professeur J. N. Togba, M.D., MPH., FAPHA, FWACP .....	143
8. Discours de Monsieur P. C. Damiba, Directeur régional pour l'Afrique, PNUD, New York ....	147
9. Allocution de Son Excellence le Colonel Denis Sassou Nguesso, Président de la République populaire du Congo .....	156
10. Rapport du Sous-Comité du Programme .....	160
11. Rapport de la réunion du Sous-Comité du Programme du 14 septembre 1988 .....	182
12. Rapport des discussions techniques .....	188
13. Ordre du jour provisoire de la trente-neuvième session du Comité régional de l'Afrique .....	191

PARTIE I

## DECISIONS DE PROCEDURE

1. Composition du Sous-Comité des Désignations

Le Comité régional, en exécution de la résolution AFR/RC23/R1, a nommé un Sous-Comité des Désignations composé des représentants des 12 Etats Membres suivants : Cameroun, Niger, Nigéria, Rwanda, Sao Tome et Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Souaziland, Togo, Zambie et Zimbabwe.

Le Dr C. Bizimungu (Rwanda) a été élu à la présidence du Sous-Comité.

Deuxième séance, 7 septembre 1988

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

Ayant examiné le rapport du Sous-Comité des Désignations, et conformément à l'article 10 du Règlement intérieur et à la résolution AFR/RC23/1, le Comité régional a élu le bureau suivant :

Président : M. J. L. T. Mothibamele, Ministre de la Santé,  
Botswana

Vice-Présidents : 1. M. G. Kotiga, Ministre de la Santé, Tchad  
2. M. A. Correia, Ministre de la Santé,  
Guinée-Bissau

Rapporteurs : 1. Dr J. Seraphin, Ministre de la Santé,  
Madagascar  
2. Dr A. Delgado, Directeur général de la  
Santé, Cap-Vert  
3. Mme Medgee Pragassen, Secrétaire  
principale, Seychelles.

Rapporteurs pour les discussions techniques

1. Dr S. Mombeshora, Ministre adjoint de la Santé, Zimbabwe
2. Dr T. Nyunguku, Ministre de la Santé, Burundi
3. Dr A. V. D'Almeida, Ministre de la Santé, Sao Tome et Principe.

Deuxième séance, 7 septembre 1988

3. Composition du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs

Conformément à l'Article 3 du Règlement intérieur et à la résolution AFR/RC25/R17, le Comité régional a nommé un Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs composé des représentants des 12 Etats Membres suivants : Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Ethiopie, Gabon, Gambie, Guinée équatoriale, Libéria, Madagascar, Malawi et Tanzanie. Le Dr Luis Gomes Sambo (Angola) a été élu Président.

Troisième séance, 7 septembre 1988

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 et d'un Membre associé : Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, République centrafricaine, Tchad, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Guinée équatoriale, Ethiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Rwanda, Sao Tomé et Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Souaziland, Togo, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Zaïre, Zambie et Zimbabwe. Le Sous-Comité s'est trouvé dans l'impossibilité d'examiner les pouvoirs de l'Algérie.

Cinquième séance, 9 septembre 1988

5. Choix de sujet des discussions techniques de 1989

Le Comité régional décide que les discussions techniques qui auront lieu à sa trente-neuvième session porteront sur le thème : "Appui stratégique aux soins de santé primaires : Rôle du niveau central pour accélérer la santé pour tous les Africains.

Septième séance, 13 septembre 1988

6. Choix des sujets des discussions techniques en 1990, 1991, 1992

Le Comité a choisi les thèmes suivants pour les discussions techniques en 1990, 1991 et 1992 :

- i) 1990 - Gestion des systèmes de santé
- ii) Formation des personnels de santé
- iii) Recherche dans le domaine de la santé publique.

Septième séance, 13 septembre 1988

7. Désignation du Président des discussions techniques pour 1989

Le Comité régional désigne le Dr Reginald Amonoo-Lartson (Ghana) comme Président des discussions techniques de la trente-neuvième session.

Septième séance, 13 septembre 1988

8. Dates et lieux des trente-neuvième et quarantième sessions du Comité régional

Le Comité régional décidé de tenir sa trente-neuvième session à Niamey (Niger) en septembre 1989 et sa quarantième session à Brazzaville en septembre 1990.

Septième séance, 13 septembre 1988

9. Ordre du jour de la trente-neuvième session du Comité régional

Le Comité régional approuve l'ordre du jour provisoire de la trente-neuvième session du Comité régional proposé par le Directeur régional dans l'Annexe 3 du document AFR/RC38/12.

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

Septième séance, 13 septembre 1988

10. Désignation du représentant de la Région pour siéger au Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine (HRP) : Composition du Comité consultatif des principes directeurs et de la coordination

Le Comité régional a remercié le Gabon, membre sortant du Comité consultatif pour les services qu'il a rendus au Comité et, suivant l'ordre alphabétique anglais, a désigné la Gambie pour siéger au Comité consultatif pendant les trois prochaines années. Le Cameroun, le Kenya et le Rwanda ne seront pas éligibles jusqu'à ce que tous les pays aient siégé au Comité consultatif pour la politique et la coordination.

Huitième séance, 14 septembre 1988

11. Désignation du représentant de la Région pour siéger au Conseil conjoint de Coordination (JCB) du Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales

Le Comité régional a remercié le Niger, membre sortant du Conseil conjoint de Coordination, de sa contribution au développement de la recherche sur les maladies tropicales aux niveaux régional et mondial. Le Comité régional a désigné le Rwanda comme représentant de la Région pour les trois prochaines années.

Huitième séance, 14 septembre 1988

12. Méthode de travail et durée de la Quarante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé

Président et Vice-Présidents de l'Assemblée mondiale de la Santé

i) En mai 1988, la Région africaine a désigné un candidat comme Président de l'Assemblée mondiale de la Santé. C'est seulement en 1994 au cours de la Quarante-Septième Assemblée mondiale de la Santé que la Région africaine aura à assurer à nouveau la présidence.

Nomination au Poste de Vice-Président de la Quarante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé

ii) Le Président de la trente-huitième session du Comité régional sera proposé au poste d'un des Vice-Président de la Quarante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé en mai 1989. Si pour une raison quelconque, le Président du Comité en exercice n'est pas en mesure de remplir ce mandat, l'un des Vice-Présidents du Comité l'exercera à sa place selon l'ordre indiqué par tirage au sort (Premier et Deuxième Vice-Président). Dans le cas où le Président en exercice du Comité et les deux Vice-Présidents se trouveraient dans l'impossibilité de remplir la fonction de Vice-Président de l'Assemblée mondiale de la Santé, les chefs de délégations des pays d'origine du Président en exercice du Comité régional, du Premier Vice-Président et du Deuxième Vice-Président assureront par ordre de priorité la fonction de Vice-Président de l'Assemblée mondiale de la Santé.

Commissions principales de l'Assemblée mondiale de la Santé

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

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

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

iv) Les Etats Membres de la Région africaine dont le mandat expire à la fin de la Quarante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé sont le Libéria et Madagascar.

v) Les nouveaux membres du Conseil exécutif seront désignés par le Niger et le Nigéria.

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

Cloture de la Quarante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé

vii) Le représentant de la République de Zambie s'exprimera au nom de la Région à la clôture de la Quarante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé.

Réunion informelle du Comité régional

viii) Elle sera convoquée par le Directeur régional le lundi 8 mai 1989, à 10h00, au Palais des Nations à Genève pour confirmer ou réviser les décisions prises par la trente-huitième session du Comité régional.

Huitième séance, 13 septembre 1988

## RESOLUTIONS

AFR/RC38/R1 Prévention des troubles mentaux, neurologiques  
et psychosociaux

Le Comité régional,

Conscient de l'ampleur des problèmes mentaux, neurologiques et psychosociaux ainsi que de leurs effets dévastateurs;

Conscient de l'existence de mesures qui peuvent être appliquées au niveau du district pour prévenir la manifestation d'une bonne partie de ces problèmes et, en conséquence, réduire la souffrance humaine et ses incidences négatives sur le plan social;

Considérant que l'exode rural et les conflits sociaux sont les principaux facteurs qui contribuent à la propagation rapide de ces troubles;

Convaincu que la santé est la pierre angulaire du développement socio-économique et qu'on ne peut instaurer la santé pour tous que si une action visant à réduire ces problèmes et à promouvoir la santé mentale est jugée ultra-prioritaire et entreprise de toute urgence;

Rappelant la résolution WHA39.25 sur la nécessité de faire rapport à la Quarante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé sur les progrès réalisés dans le domaine de la prévention des troubles mentaux, neurologiques et psychosociaux,

1. INVITE les Etats Membres à promouvoir la création ou le renforcement, selon le cas, de groupes nationaux de coordination de la santé mentale, condition préalable à des mesures coordonnées prises dans de nombreux secteurs sociaux pour alléger le fardeau que ces troubles font peser sur la collectivité;

2. DEMANDE aux Etats Membres :

- i) d'améliorer l'infrastructure sociale pour le traitement et la réadaptation des malades mentaux, y compris ceux des villes où il n'y a pas de groupes sociaux pour s'occuper d'eux;
- ii) d'inclure dans leurs programmes des mesures pour la prévention des troubles mentaux, neurologiques et psychosociaux pour accélérer la mise en oeuvre des SSP;

3. PRIE le Directeur régional d'élaborer un modèle de soins de santé mentale communautaires pour l'Afrique reposant sur le concept du système de santé de district;

4. PRIE EN OUTRE le Directeur régional de prendre les mesures qui s'imposent pour aider les Etats Membres à choisir, appliquer et évaluer des technologies pour ces soins de santé mentale communautaires qui prennent en considération :

- i) l'organisation de programmes de formation qui permettent de faire en sorte que les connaissances et l'expérience disponibles atteignent tous les intéressés, qu'il s'agisse d'agents de santé professionnels ou non professionnels;
- ii) la stimulation, la coordination et la conduite de recherches en vue d'une application plus efficace de la technologie disponible au niveau des soins de santé primaires pour la prévention des problèmes mentaux, neurologiques et psychosociaux;

5. PRIE ENFIN le Directeur régional de rendre compte des progrès réalisés à la quarante et unième session du Comité régional.

Huitième séance, 14 septembre 1988

AFR/RC38/R2 Elimination du tétanos néonatal en Afrique d'ici à 1995

Le Comité régional,

Préoccupé par le fait que, malgré les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de programmes élargis de vaccination nationaux, les décès par tétanos néonatal représentent toujours une part importante de la mortalité globale pendant la période néonatale;

Notant que les principaux facteurs qui influent sur l'incidence du tétanos néonatal sont la vaccination des femmes en âge de procréer, et plus particulièrement des femmes enceintes, par l'anatoxine tétanique ainsi que la qualité des soins de santé avant, pendant et après l'accouchement;

Constatant avec satisfaction que l'Organisation mondiale de la Santé et de nombreuses organisations internationales, gouvernementales et non gouvernementales sont prêtes à favoriser davantage encore les mesures destinées à aider les pays à renforcer leurs programmes de vaccination afin d'assurer la couverture maximale des populations vulnérables;

Conscient que des programmes de vaccination systématiques bien planifiés et bien coordonnés sont réalisables dans tous les pays membres;

Reconnaissant que le renforcement des stratégies de vaccination en vue d'atteindre toutes les femmes en âge de procréer aura un effet immédiat sur l'incidence du tétanos néonatal et permettra, par la même occasion, d'envisager son élimination;

Reconnaissant qu'un tel objectif contribuera pour beaucoup à la survie de l'enfant et à l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000,

1. PRIE INSTAMMENT les Etats Membres de :

- i) relever le défi que constitue l'élimination du tétanos néonatal dans la Région, préparer des plans d'action et prendre des mesures concourant à cette fin;
- ii) retenir comme objectif, dans les pays où le tétanos néonatal demeure endémique, de ramener son incidence à moins d'un cas pour 1000 naissances vivantes d'ici à 1991 et à zéro d'ici à 1995;

- iii) entreprendre ou poursuivre des programmes de vaccination et de surveillance de toutes les maladies cibles du PEV, en privilégiant le tétanos néonatal;
2. PRIE les institutions des Nations Unies et les organisations gouvernementales et non gouvernementales qui participent actuellement à la lutte contre le tétanos néonatal en Afrique, comme, par exemple, le FISE, l'Association canadienne d'Hygiène publique, etc., de continuer à soutenir la mise en oeuvre du programme d'élimination du tétanos néonatal et la réalisation de cet objectif;
3. PRIE le Directeur régional de :
- i) poursuivre ses efforts en vue de mobiliser des ressources afin d'intensifier encore la lutte contre le tétanos néonatal et d'assurer l'élimination de cette maladie dans la Région africaine d'ici à 1995;
  - ii) élaborer une stratégie d'élimination du tétanos néonatal que les Etats Membres puissent appliquer et poursuivre à longue échéance, en tenant compte notamment du scénario de développement sanitaire en trois phases et de l'accélération de l'instauration de la santé pour tous, en s'attachant principalement au niveau du district;
  - iii) présenter un rapport au Comité régional lors de sa trente-neuvième session.

Huitième séance, 14 septembre 1988

AFR/RC38/R3 Projet de Budget Programme 1990-1991

Le Comité régional,

Ayant étudié en détail le rapport soumis par le Sous-Comité du Programme sur le Projet de Budget Programme pour 1990-1991,

1. NOTE que le budget programme, le premier à être élaboré dans le cadre du Huitième Programme général de Travail, a été préparé conformément aux directives et orientations du budget programme régional, et qu'un taux de croissance zéro en termes réels a été à la base de la budgétisation;

2. OBSERVE que la participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions régionales destinées à préparer le budget programme facilite les travaux et les décisions du Comité régional;
3. FELICITE le Directeur régional et son Secrétariat d'avoir traduit dans les faits les principes d'action des Organes directeurs;
4. APPROUVE le rapport du Sous-Comité du Programme qui souscrit au projet de budget programme;
5. PRIE le Directeur régional de transmettre le Projet de Budget-Programme 1990-1991 au Directeur général pour examen et inclusion dans le Projet de Budget Programme de l'Organisation pour 1990-1991.

Huitième séance, 14 septembre 1988

AFR/RC38/R4 Iodation du sel pour lutter contre les troubles dûs à une carence en iode en Afrique

Le Comité régional,

Rappelant sa résolution AFR/RC37/R8 sur les troubles dûs à une carence en iode;

Notant avec satisfaction les progrès satisfaisants réalisés dans la mise en oeuvre ou la formulation de programmes nationaux de lutte contre TDCI dans plusieurs pays, comme indiqué dans le rapport succinct du Directeur régional;

Satisfait également des efforts actuellement déployés avec un certain succès pour mobiliser des ressources financières complémentaires afin d'exécuter ce programme et, rendant hommage aux contributions du Conseil international pour la lutte contre les troubles dûs à une carence en iode;

Reconnaissant l'impact profond des TDCI sur le développement des enfants et sur le développement socio-économique;

Conscient que la carence en iode est susceptible de s'aggraver dans les zones touchées à cause de la perte d'iode provoquée par le lessivage des sols dû à la pluviosité continue, et de la nécessité de trouver des solutions à long terme pour résoudre ce problème;

Conscient que, bien que les programmes de distribution d'huile iodée doivent continuer à être mis en oeuvre, l'iodation du sel est généralement la meilleure solution à long terme, et que le faible coût initial de l'opération que ce coût peut être éventuellement répercuté sur les consommateurs;

Rappelant la recommandation du groupe spécial sur les troubles dûs à une carence en iode selon laquelle la question de l'iodation du sel devrait être examinée par les Directeurs régionaux de l'OMS et du FISE avec l'OUA et les Chefs d'Etat concernés, qu'elle revêt une priorité élevée pour la survie et le développement de l'enfant et qu'elle est conforme à la Déclaration de l'OUA sur la "santé, pierre angulaire du développement",

1. REMERCIE le Directeur régional des mesures prises pour accélérer le programme et mobiliser les ressources à cet effet;
2. REMERCIE l'ICCIDD, le groupe spécial sur TDCI et les coordonnateurs régionaux et sous-régionaux des TDCI pour leur excellente contribution technique à l'élaboration de ce programme;
3. PRIE INSTAMMENT les Etats Membres ayant des zones touchées par TDCI (34 pays), d'examiner sérieusement la possibilité d'ioder la totalité ou la plus grande partie du sel produit ou importé (en faisant appel, le cas échéant, aux conseils d'un spécialiste de cette question);
4. PRIE le Directeur régional :
  - i) de continuer à étudier la possibilité de renforcer les programmes d'iodation du sel dans la Région, y compris l'iodation locale du sel et l'importation de sel iodé lorsque ce sel n'est pas produit localement et de mobiliser les industries gouvernementales et privées ainsi que les ministères du commerce, de la justice et de l'information pour promouvoir l'usage du sel iodé;

- ii) de prendre les mesures appropriées, par le biais de l'OUA et des autres mécanismes interinstitutions et intersectoriels compétents, pour obtenir de toute urgence un engagement politique et des ressources financières en vue d'éradiquer la carence en iode le plus rapidement possible et, en particulier, pour assurer l'usage permanent du sel iodé dans les zones touchées;
- iii) de faciliter le recours aux services appropriés d'un consultant et à assurer la formation des personnels nationaux en ce qui concerne la lutte contre TDCI, et la promotion de l'iodation du sel en particulier.

Huitième séance, 14 septembre 1988

AFR/RC38/R5 Utilisation des nationaux comme Coordonnateurs des Programmes de l'OMS

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport succinct du Directeur régional sur les activités de l'OMS dans la Région africaine en 1987;

Rappelant la résolution AFR/RC35/R7 sur l'évaluation de l'expérience d'utilisation des nationaux comme Coordonnateurs des Programmes de l'OMS;

Notant avec satisfaction les résultats obtenus dans la mise en oeuvre de cette résolution;

Notant de plus que cette résolution n'a pas encore été appliquée par l'ensemble des pays de la Région;

Considérant le consensus qui a toujours prévalu dans les décisions du Comité régional,

1. INVITE les Etats Membres à se conformer aux directives de la résolution AFR/RC35/R7;

2. PRIE le Directeur régional de :

- i) tout mettre en oeuvre pour l'application de la résolution;
- ii) faire rapport à la trente-neuvième session du Comité régional;
- iii) transmettre la présente résolution au Directeur général.

Huitième séance, 14 septembre 1988

AFR/RC38/R6 Centre régional de formation et de recherche  
dans le domaine de la santé de la famille

Le Comité régional,

Rappelant :

- i) la résolution AFR/RC35/R11 sur le développement et la coordination de la recherche biomédicale et la recherche sur les systèmes de santé;
- ii) la résolution AFR/RC37/R7 sur la recherche, le développement et la formation à la recherche en reproduction humaine;

Réaffirmant :

- i) que la santé de la famille constitue un programme prioritaire, particulièrement dans la Région africaine où la mortalité infantile et maternelle est élevée;
- ii) qu'il est urgent de créer un centre approprié et pratique pour le développement des personnels et pour la recherche en vue d'améliorer les soins sur la base de l'approche "système de santé de district" appliquée aux soins de santé primaires;
- iii) que l'évolution de la dynamique des populations en Afrique centrale appelle une étude particulièrement intensive,

1. PREND NOTE avec satisfaction des efforts déployés par le Gouvernement du Rwanda pour créer un tel centre et de sa volonté de le mettre à la disposition de tous les Etats Membres;
2. REMERCIE le Gouvernement du Rwanda de cette offre généreuse;
3. INVITE les Etats Membres à :
  - i) prendre note de l'existence de ce centre;
  - ii) appuyer cet effort en utilisant les crédits qui leur sont alloués dans le budget ordinaire de l'OMS au titre des bourses d'étude pour développer leurs personnels au centre;
4. PRIE le Directeur régional de :
  - i) solliciter des fonds extrabudgétaires pour renforcer ce centre étant donné son nouveau rôle inter pays;
  - ii) aider d'autre part le centre à recenser et déployer des compétences techniques;
  - iii) mettre en place, au centre, des services consultatifs pour la formation et la recherche dans le domaine de la santé maternelle et infantile et la planification familiale;
5. PRIE d'autre part le Directeur régional de faire rapport à la quarantième session du Comité régional sur les progrès accomplis par le centre.

Huitième séance, 14 septembre 1988

AFR/RC38/R7 Prix du Dr Comlan A. A. Quenum de Santé publique en Afrique

Le Comité régional,

Ayant pris acte du rapport du Directeur régional sur le capital du Prix Comlan A. A. Quenum de Santé publique;

Ayant noté également la contribution de certains Etats Membres de la Région africaine de l'OMS et des Ministres de la Santé de l'OUA en faveur du Prix Dr Comlan A. A. Quenum,

1. EXPRIME ses remerciements pour ce don reçu;
2. RECOMMANDE que d'autres Etats Membres, organisations et personnes de bonne volonté suivent l'exemple des pays donateurs et des Ministres de la Santé de l'OUA et contribuent au fonds qui a été constitué pour ce Prix;
3. APPROUVE le point de vue du Directeur régional selon lequel ce Prix devrait être remis lors d'une cérémonie officielle dans une instance réunissant d'éminentes personnalités internationales et, par conséquent;
4. PRIE le Directeur régional de prévoir la remise de la Médaille et du Prix par le Président de la Quarante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé au cours d'une séance plénière de cette assemblée; et
5. DECIDE qu'au cas où le lauréat se trouverait dans l'impossibilité de participer en personne à l'Assemblée, on remettrait le Prix au chef de la délégation nationale de son pays qui, plus tard, le lui remettrait.

Huitième séance, 14 septembre 1988

AFR/RC38/R8 Contrôle de l'élimination des déchets toxiques et nucléaires pour la protection de la santé en Afrique

Le Comité régional,

Préoccupé par les risques que peuvent faire courir à la santé des populations de la Région africaine l'importation, la production, le transport, l'entreposage et l'utilisation de produits toxiques et radioactifs, ainsi que les déchets résiduels qui en découlent;

Rappelant la résolution 42/187 de l'Assemblée générale des Nations Unies relative à l'environnement et au développement, la résolution CM/Res. 1153 (XLVIII) du Conseil des Ministres de l'Organisation de l'Unité africaine sur le déversement de déchets nucléaires et industriels en Afrique (13-23 mai 1988), et la résolution WHA41.15 de l'Assemblée mondiale de la Santé qui, à propos du rapport de la Commission mondiale pour l'Environnement et le Développement, réaffirmait le rôle de l'OMS en tant qu'autorité coordonnatrice et directrice dans le domaine de la santé internationale;

Conscient du fait que les effets nocifs résultant des produits toxiques et radioactifs pourraient constituer un danger pour l'homme et son environnement et que les déchets radioactifs risquent de subsister pendant des centaines d'années, mettant en danger les générations actuelles et futures;

Faisant sien la déclaration de Brazzaville sur le déversement des déchets industriels, radioactifs et toxiques en Afrique adopté le 1er juillet 1988 par la Conférence interparlementaire sur le thème "La santé base de développement en Afrique",

1. INSISTE sur la nécessité de protéger la santé des populations de la Région africaine contre les risques liés à la pollution de l'environnement due, en particulier, aux produits et déchets toxiques et radioactifs;
2. INVITE les Etats Membres de la Région africaine à se doter de structures et de mécanismes appropriés en vue d'assurer la coordination des activités permettant de maîtriser les risques imputables à la pollution de l'environnement;
3. INVITE EGALEMENT les Etats Membres à établir et/ou à renforcer le cadre institutionnel et juridique pour la protection de la santé des populations et de leur environnement contre les risques imputables à la pollution;
4. INCITE les Etats Membres à veiller à ce que le public soit informé des risques liés aux produits toxiques et radioactifs par tous les moyens appropriés, à veiller à la formation du personnel nécessaire à tous les niveaux, et à appuyer des activités de recherche sur la gestion des produits et déchets toxiques et radioactifs;

5. PRIE INSTAMMENT le Directeur régional de renforcer la collaboration entre l'OMS et les autres institutions du système des Nations Unies ainsi que les organisations non gouvernementales concernées sur le plan promotionnel, programmatique, institutionnel, juridique et technique afin d'assurer une protection effective de la santé des populations;
6. PRIE EN OUTRE INSTAMMENT le Directeur régional d'apporter tout le soutien nécessaire aux Etats Membres et de favoriser la coopération technique entre eux pour la mise en oeuvre de la présente résolution;
7. DEMANDE au Directeur régional de prendre toutes les mesures nécessaires pour préparer une brochure d'information sur l'élimination et la gestion des déchets toxiques et nucléaires dans la Région africaine;
8. DEMANDE D'AUTRE PART au Directeur régional de faire rapport à la trente-neuvième session du Comité régional sur la mise en oeuvre de la présente résolution.

Huitième séance, 14 septembre 1988

AFR/RC38/R9 Programme de lutte contre le SIDA

Le Comité régional,

Estimant que les recommandations contenues dans les résolutions WHA39.29, WHA40.26 et AFR/RC37/R5 sont actuellement mises en oeuvre;

Considérant également que la résolution WHA41.24 recommandant d'éviter la discrimination à l'égard des personnes infectées par VIH et par le SIDA;

Reconnaissant que le SIDA est un problème mondial qui constitue une menace grave pour l'humanité et risque de compromettre l'instauration de la santé pour tous et que des mesures urgentes sont nécessaires à l'échelon mondial pour mettre en oeuvre la stratégie mondiale de l'OMS en vue de le combattre;

Ayant pris acte du rapport d'activité du Directeur régional sur la lutte contre le SIDA et l'état actuel de la mise en oeuvre des programmes nationaux de lutte contre le SIDA;

Convaincu de l'importance de l'éducation et de l'information du public pour lutter contre le SIDA en l'absence d'un médicament ou d'un vaccin efficace et sûr,

1. FELICITE le Directeur régional de son rapport;
2. REMERCIE le Directeur régional et le Directeur général des ressources que le Programme mondial de lutte contre le SIDA a mobilisées jusqu'à présent, notamment pour appuyer les programmes nationaux et régionaux de lutte contre le SIDA;
3. RENOUELLE sa sincère gratitude aux donateurs et aux organismes internationaux et bilatéraux qui collaborent avec le Programme mondial de lutte contre le SIDA et les pays membres de la Région;
4. PRIE INSTAMMENT les Etats Membres :
  - i) de redoubler d'efforts pour formuler et mettre en oeuvre des programmes nationaux de lutte contre cette maladie;
  - ii) d'avoir recours à des plans à moyen terme pour lutter contre le SIDA et renforcer la mise en place de systèmes de santé nationaux fondés sur les soins de santé primaires de façon à coordonner et à intégrer toutes les activités multisectorielles des soins de santé primaires au niveau du district et d'utiliser au maximum toutes les ressources de santé disponibles;
  - iii) d'assurer et de renforcer la coordination nécessaire pour utiliser au mieux les ressources nationales et extérieures;
  - iv) d'accorder une priorité élevée aux activités d'information et d'éducation du public pour la lutte contre le SIDA;
  - v) de renforcer la surveillance épidémiologique de l'infection du virus de l'immunodéficience humaine et du SIDA et de faire rapport régulièrement à l'Organisation sur la situation;

- vi) d'encourager un esprit de compréhension et de compassion vis-à-vis des personnes infectées à VIH et par le SIDA par des programmes d'information, d'éducation et de soutien social ainsi que d'éviter toute mesure discriminatoire ou stigmatisation des prestations de services vis-à-vis des personnes infectées, dans le cadre de l'emploi et au cours des voyages;
- vii) de noter que le 1er décembre 1988 est la Journée mondiale du SIDA et qu'à cette occasion les Etats Membres devront intensifier les programmes de lutte contre le SIDA;

5. PRIE le Directeur régional :

- i) de continuer à appuyer les pays dans les efforts qu'ils déploient pour mettre en place des programmes nationaux de lutte contre le SIDA;
- ii) de promouvoir et d'appuyer la recherche appliquée et opérationnelle, notamment sur les aspects sociaux et comportementaux du SIDA;
- iii) de continuer à collaborer avec le Directeur général et d'autres organismes pour mobiliser des ressources extrabudgétaires supplémentaires afin d'appuyer les programmes nationaux et régionaux;
- iv) d'examiner avec le Directeur général la possibilité de restructurer et de décentraliser la gestion du Programme mondial de lutte contre le SIDA, notamment compte tenu des problèmes spéciaux qui se posent en Afrique;
- v) de collaborer avec les programmes de recherche de l'OMS pour déterminer les interactions possibles entre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et les autres problèmes de santé, y compris la tuberculose;
- vi) de prendre toute mesure nécessaire pour souligner la nécessité de protéger les droits et la dignité des personnes atteintes d'une infection à VIH et malades du SIDA;
- vii) de passer en revue de façon permanente la situation du SIDA et les progrès accomplis par les programmes de lutte contre le SIDA et faire rapport régulièrement au Comité régional.

AFR/RC38/R10 Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques

Le Comité régional,

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

Rappelant les résolutions AFR/RC35/R6 et AFR/RC36/R9;

Notant que :

- i) 40 pays disposent de programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques depuis 1987;
- ii) l'utilisation des sels de réhydratation par voie orale s'est accrue, passant de 5 % en 1983 à presque 30 % en 1986;
- iii) plus de 20 pays ont mené jusqu'ici une évaluation sur les progrès accomplis par le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques, et
- iv) l'utilisation de la thérapie de réhydratation par voie orale est susceptible d'avoir empêché quelque 60 000 décès en 1986, dernière année pour laquelle les données sont disponibles;

Considérant que la lutte contre les maladies diarrhéiques comporte à la fois un traitement approprié des cas et la prévention de la diarrhée,

1. EXPRIME SA SATISFACTION devant les progrès accomplis dans la mise en oeuvre du programme de lutte contre les maladies diarrhéiques;

2. REND HOMMAGE au Fonds des Nations Unies pour l'Enfance et à d'autres organisations internationales, bilatérales et non gouvernementales, pour la collaboration continue dont ils ont fait preuve en soutenant le programme;

3. PRIE INSTAMMENT les Etats Membres d'intensifier leurs activités de lutte contre les maladies diarrhéiques dans le cadre des soins de santé primaires, en accordant une attention particulière aux activités susceptibles d'avoir un impact immédiat sur la mortalité infantile, y compris les actions intersectorielles qui peuvent réduire la morbidité imputable à la diarrhée;

4. AFFIRME que la mise en oeuvre d'un programme efficace de lutte contre les maladies diarrhéiques constitue le meilleur moyen d'assurer la lutte contre les épidémies de choléra;

5. REAFFIRME que pour la prévention des maladies diarrhéiques, il est nécessaire que les programmes mettent l'accent sur une meilleure nutrition y compris l'alimentation au sein, l'utilisation d'une eau potable, une bonne hygiène corporelle et domestique et la vaccination contre la rougeole; et que le traitement doit consister à administrer des solutions de réhydratation par voie orale ainsi qu'à donner des instructions adéquates aux mères, aux personnes ayant la garde des enfants et aux agents de santé pour utiliser ces solutions de façon appropriée et fournir aux enfants une alimentation appropriée pendant et après la diarrhée;

6. PRIE INSTAMMENT le Directeur régional de :

- i) intensifier la collaboration entre les Etats Membres en renforçant les programmes nationaux de lutte, spécialement par des activités de formation, de communication y compris la promotion auprès du public, ainsi que l'évaluation de façon à accroître l'acceptation de la thérapie de réhydratation par voie orale et pour atteindre les cibles mondiales de 80 % d'accès aux sels de réhydratation par voie orale et de 50 % d'utilisation de la thérapie de réhydratation par voie orale au plus tard en 1989;
- ii) collaborer avec les Etats Membres pour inclure dans les programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques les mesures de prévention (promotion d'une meilleure nutrition y compris l'allaitement au sein, l'utilisation d'une eau potable, une bonne hygiène corporelle et domestique, et la vaccination contre la rougeole) visant à réduire la morbidité et la mortalité par la diarrhée.
- iii) entretenir une étroite collaboration entre le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance et d'autres organisations internationales, bilatérales et non gouvernementales pour mener à bien le programme;

- iv) déployer tous les efforts pour attirer les ressources extrabudgétaires nécessaires afin de satisfaire les exigences du programme;
- v) tenir les Etats Membres et le Comité régional informés des progrès accomplis dans la mise en oeuvre du programme de lutte contre les maladies diarrhéiques.

Huitième séance, 14 septembre 1988

AFR/RC38/R11 Examen du programme de lutte contre la lèpre

Le Comité régional,

Reconnaissant que :

- i) en 1987, 13 % des cas de lèpre dans le monde se sont manifestés dans la Région africaine où la prévalence enregistrée se situe entre 0,2 et 4,0 pour 1000 habitants;
  - ii) la lèpre pose un grave problème sanitaire et socio-économique, mais se voit accorder une faible priorité dans les programmes de santé des pays;
  - iii) une technologie appropriée pour lutter efficacement contre la lèpre est désormais disponible, et que pourtant, 7,1 % seulement des cas de la Région africaine sont traités par le biais de la polychimiothérapie (PCT),
1. PRIE INSTAMMENT les Etats Membres de :
- i) préparer des plans d'action adéquats pour lutter contre la lèpre en y insérant la composante - information du public et éducation pour la santé, et en tenant compte de la collaboration multisectorielle;
  - ii) abandonner progressivement la monothérapie antilépreuse au profit de la polychimiothérapie, et d'intégrer celle-ci dans le cadre des soins de santé primaires;

iii) assurer la prévention au niveau communautaire, la réadaptation et la réinsertion sociale des handicapés de la lèpre au sein de la communauté d'origine;

2. DEMANDE au Directeur régional de :

- i) continuer à faciliter la coopération technique pour l'attribution des ressources et l'évaluation des programmes de lutte contre la lèpre;
- ii) encourager les consultations intra- et interpays pour assurer l'échange d'informations et la promotion de stratégies ayant fait leurs preuves, ainsi que la recherche menée dans l'esprit de la CTPD;
- iii) fournir une assistance en formant des agents contrôleurs lèpre et de tout le personnel de santé, par le biais d'ateliers et séminaires, etc.;
- iv) explorer toutes les possibilités de mobilisation des ressources budgétaires complémentaires, afin d'appuyer le programme de lutte contre la lèpre.

Huitième séance, 14 septembre 1988

AFR/RC38/R12 Développement sanitaire dans la Région africaine

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du Directeur régional sur le Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS), 20-24 juin 1988;

Prenant note avec satisfaction des excellents travaux du CCADS restructuré et des efforts déployés pour regrouper sous la houlette d'un seul comité les divers comités qui conseillent le Directeur régional;

Profondément convaincu que l'intensification des efforts des Etats Membres pour mettre en place des systèmes de santé nationaux fondés sur les soins de santé primaires en utilisant comme cadre le scénario en trois phases permettra d'atteindre l'objectif de la SPT/2000,

1. SOUSCRIT au rapport du Directeur régional;
2. APPROUVE les recommandations faites par le CCADS lors de ses réunions de 1987 et 1988 qui ont examiné : i) le rôle de l'OMS dans l'instauration de la santé pour tous; ii) la mise en oeuvre de la stratégie de SPT/2000 au niveau du district; iii) la surveillance des progrès au niveau du district, et iv) le rôle du niveau intermédiaire pour appuyer les soins de santé primaires;
3. PRIE INSTAMMENT les Etats Membres d'examiner de plus près le rôle que peuvent jouer les hôpitaux pour appuyer les soins de santé primaires et assurer la collaboration et la coopération active des autres secteurs du développement sanitaire par le biais du bureau de santé publique;
4. PRIE le Directeur régional de :
  - i) collaborer avec les pays membres et de leur fournir un appui technique pour organiser la formation à la gestion des responsables de la santé, des directeurs d'hôpitaux, des directeurs adjoints, des encadreurs et des autres personnels provinciaux au niveau intermédiaire;
  - ii) désigner un groupe de travail pour réorienter et restructurer les hôpitaux provinciaux dans l'esprit des soins de santé primaires sur la base du document du Comité régional AFR/RC38/TD/1;
  - iii) encourager les Etats Membres à mettre en place un service multidisciplinaire chargé de développer, de surveiller et de coordonner les activités de recherche de façon à combler le vide qui sépare les responsables officiels et les chercheurs et d'encourager la recherche sur des problèmes pertinents;
  - iv) renforcer le potentiel de recherche dans la Région en désignant un groupe spécial qui sera chargé d'examiner les problèmes liés au renforcement de la capacité de recherche et de fournir les conseils appropriés.

AFR/RC38/R13 Eradication de la dracunculose

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du Directeur régional qui décrit les effets dévastateurs de la dracunculose (maladie du ver de Guinée) sur la santé, l'agriculture, l'éducation et la qualité de la vie dans les zones touchées de la Région;

Reconnaissant que la Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement (1981-1990) offre une occasion unique de combattre la dracunculose;

Soulignant l'importance qu'il y a sur le plan sanitaire à tirer un parti maximal de l'approche intersectorielle et de la mobilisation communautaire dans le cadre des soins de santé primaires;

Conscient des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des plans d'action dans plusieurs Etats Membres en vue de lutter contre la dracunculose depuis l'atelier international de Washington D.C. (1982),

1. APPROUVE les efforts déployés pour éradiquer cette infection dans le cadre de la Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement;
2. SOUSCRIT à la stratégie qui associe la fourniture de sources sûres d'eau de boisson, à la surveillance active, à l'éducation pour la santé, à la lutte antivectorielle et à la prophylaxie individuelle pour éradiquer l'infection;
3. DEMANDE à tous les pays Membres touchés :
  - i) d'élaborer aussi rapidement que possible, dans le cadre des soins de santé primaires, des plans d'action pour éradiquer la dracunculose d'ici 1995 en accordant un rang de priorité élevé aux zones endémiques pour mettre à leur disposition des sources sûres d'eau de boisson;
  - ii) d'intensifier la surveillance de la dracunculose à l'échelon national et de faire rapport régulièrement à l'OMS sur les informations recueillies;

4. INVITE les organismes de développement bilatéraux et internationaux, les organisations bénévoles privées, les fondations, les organisations et institutions régionales appropriées :

i) à aider les pays à ajouter, dans le cadre des soins de santé primaires, une composante lutte contre la dracunculose dans les programmes en cours ou nouveaux de développement des ressources en eau dans les zones rurales, dans les programmes d'éducation pour la santé et de développement agricole dans les zones endémiques en leur fournissant l'appui nécessaire;

ii) de fournir des fonds extrabudgétaires à cet effet;

5. PRIE INSTAMMENT le Directeur régional :

i) d'intensifier la coordination avec d'autres organisations internationales et organismes bilatéraux pour mobiliser les ressources nécessaires afin d'appuyer les activités d'éradication de la dracunculose dans les pays touchés;

ii) d'intensifier la surveillance régionale de façon à pouvoir surveiller les tendances de la prévalence et de l'incidence de cette maladie et d'encourager la coopération et la coordination entre pays adjacents où la maladie est endémique;

iii) de soumettre un rapport sur l'état de ces activités dans les pays concernés à la trente-neuvième session du Comité régional.

Huitième séance, 14 septembre 1988

AFR/RC38/R14 Fonds spécial pour la santé en Afrique

Le Comité régional,

Notant que la situation sanitaire générale en Afrique est fortement marquée par la grave crise économique dont souffrent les Etats Membres, ce qui compromet sérieusement les efforts déployés par les pays de la Région dans leur développement socio-économique en général et dans le domaine de la santé en particulier;

Considérant avec inquiétude l'insuffisance des ressources nationales allouées à la santé, tant au plan financier que des personnels pour appuyer les activités opérationnelles, techniques et stratégiques, conformément au scénario en trois phases pour accélérer l'instauration de la SPT/2000;

Considérant la baisse effective en valeur réelle des aides extérieures dans bon nombre des pays de la Région du fait de l'érosion monétaire, des phénomènes d'inflation et de la fluctuation des parités de commerce international;

Considérant la Déclaration AHG/DECL.1 (XXIII) des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'Organisation de l'Unité africaine en juillet 1987 à Addis Abéba sur la "Santé, Base de Développement", dans son alinéa 21;

Considérant le temps souvent perdu dans la mobilisation des ressources et la perte des vies humaines avant de faire face aux urgences telles les épidémies et catastrophes;

Notant que l'expertise étrangère et l'assistance technique souvent souhaitée au cours de l'élaboration des programmes de développement sanitaire (budgétisation/planification/mise en oeuvre) mettent souvent très longtemps à arriver;

Considérant le soutien indispensable aux instituts pour la formation des équipes de santé sur le terrain;

Notant le manque d'équipements de toute nature, notamment en zone rurale;

Considérant que la recherche constitue un investissement payant à long terme;

Considérant la Conférence interparlementaire sur la "Santé, Base du Développement en Afrique", conférence tenue à Brazzaville du 27 juin au 1er juillet 1988, qui recommande fortement qu'un Fonds spécial pour la Santé en Afrique soit créé sous la responsabilité du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique;

Considérant l'Initiative de Bamako comme un outil de gestion pour la Communauté, pouvant contribuer à l'alimentation du fonds local spécial pour la santé de la mère et de l'enfant par le biais des médicaments essentiels;

1. FELICITE le Directeur régional pour tous les efforts qu'il ne cesse de déployer pour redynamiser l'action sanitaire en Afrique sous toutes ses formes, notamment dans les divers contacts déjà entrepris avec les donateurs extérieurs pour mobiliser les ressources nécessaires à l'action sanitaire;
2. INVITE les Etats Membres :
  - i) à promouvoir la création d'un fonds spécial pour le développement de la santé en Afrique à tous les niveaux du pays afin de se doter d'armes salvatrices de vie immédiatement mobilisables et préventives ultérieurement, notamment dans : a) les urgences et catastrophes; b) les expertises et assistance technique; c) le soutien aux institutions pour la formation des équipes de santé sur le terrain; d) l'achat des équipements et leur entretien, adapté aux besoins, aux contextes et aux utilisateurs, grâce à des fonds propres à l'Afrique et en devises étrangères; e) la recherche opérationnelle sur le terrain, et la recherche biomédicale ou épidémiologique dans d'autres domaines;
  - ii) à constituer un montant global du fonds, en devises étrangères, grâce à un capital de départ africain, ne devant pas descendre au-dessous d'un certain seuil, alimenté par cotisation, contributions volontaires et/ou souscription; ce capital pourra être placé sur intérêts; ainsi il s'accroîtra pour être indépendant et s'autogérer, le revenu pourra contribuer à la création de petites industries pharmaceutiques;
3. INVITE la communauté internationale à souscrire à ce fonds spécial pour la santé en Afrique;
4. DEMANDE au Directeur régional de :
  - i) mettre au point, en collaboration avec le Siège, un mécanisme pratique et efficace de collecte de fonds conformément au schéma proposé;

- ii) continuer à déployer tous les efforts nécessaires pour une plus grande mobilisation des ressources en faveur du Fonds spécial pour la Santé en Afrique (FSS);
- iii) mettre au point des mécanismes de mise en oeuvre des ressources du Fonds dans le cadre des priorités identifiées.

Huitième séance, 14 septembre 1988

AFR/RC38/R15 Développement du rôle des personnels infirmiers et sages-femmes dans la surveillance épidémiologique des maladies

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport succinct du Directeur régional sur le rôle des infirmières et des sages-femmes dans la surveillance des maladies;

Reconnaissant que la situation relative aux maladies transmissibles dans la plupart des pays de la Région compromet non seulement la santé de la population mais aussi l'ensemble du développement socio-économique dans son ensemble ainsi que la réalisation de l'objectif social de "la santé pour tous d'ici l'an 2000";

Conscient du fait que tous les Etats Membres de la Région doivent renforcer leurs systèmes de surveillance épidémiologique;

Considérant la résolution AFR/RC37/R4 sur l'appui opérationnel aux soins de santé primaires au niveau local et la résolution AFR/RC37/R13 sur les personnels infirmiers et sages-femmes comme ressource capitale pour la mise en oeuvre des soins de santé à tous les niveaux,

1. REMERCIE le Directeur régional de l'initiative qu'il a prise d'organiser, à Bujumbura, en juillet 1987, en collaboration avec le projet de lutte contre les maladies transmissibles de l'enfance, un séminaire régional sur les méthodes de formation à la solution des problèmes;

2. APPROUVE la création de l'équipe spéciale pour les soins infirmiers et des Centres collaborateurs OMS pour les soins infirmiers;

3. PRIE INSTAMMENT les Etats Membres d'accorder un rang de priorité élevée à la formation en épidémiologie des infirmières, des sages-femmes et autres personnels de santé;

4. DEMANDE au Directeur régional de :

i) accorder tout appui possible aux Etats Membres qui en feront la demande pour la formation en épidémiologie des infirmières et des sages-femmes;

ii) coordonner avec d'autres organismes intergouvernementaux et avec les organisations non gouvernementales compétentes la mise sur pied de cours d'épidémiologie dans les Centres collaborateurs OMS pour les soins infirmiers;

iii) trouver des ressources extérieures pour le programme;

iv) faire rapport au Comité régional sur les progrès réalisés par ce programme.

Huitième séance, 14 septembre 1988

AFR/RC38/R16 Surveillance continue des stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000

Le Comité régional,

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

Conscient de ce que l'évaluation de la stratégie aux niveaux national et régional a fourni des informations valables et utiles devant être exploitées pleinement afin d'appuyer la mise en oeuvre de la stratégie;

Reconnaissant les difficultés que rencontrent les Etats Membres dans le recueil et le traitement de l'information,

1. NOTE avec satisfaction les efforts déployés par les Etats Membres s'agissant de l'évaluation des stratégies nationales;
2. ENCOURAGE les Etats Membres à persévérer dans l'action visant à renforcer la gestion de leur système de santé fondé sur les soins de santé primaires, et de leur système national d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique;
3. INVITE les Etats Membres qui n'ont pas encore fourni leur rapport d'évaluation de le faire le plutôt possible;
4. PRIE le Directeur général et le Directeur régional de poursuivre leur action d'appui aux Etats Membres pour mobiliser les ressources financières et techniques nécessaires au renforcement du système national d'information sanitaire;
5. INVITE le Directeur régional à transmettre au Directeur général le document AFR/RC38/16 Rév.1 comme contribution régionale à l'évaluation de la stratégie mondiale de la santé pour tous et au huitième rapport de la situation sanitaire dans le monde.

Huitième séance, 14 septembre 1988

AFR/RC38/R17 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/RC38/2 Add.1);

Rappelant la résolution AFR/RC37/R12 dans laquelle le Directeur régional était prié de faire rapport au Comité régional sur les mesures prises pour donner suite à cette résolution,

1. REMERCIE le Directeur régional des mesures prises pour préparer l'information nécessaire à l'intention du Comité régional;
2. INVITE instamment les Etats Membres à :
  - i) surveiller en permanence l'utilisation des ressources conformément à la politique régionale en matière de budget programme;
  - ii) faire rapport en janvier de chaque année au Bureau régional sur la mise en oeuvre du programme;
3. PRIE le Directeur régional de continuer à faire rapport au Comité régional sur les progrès accomplis au cours de l'année précédente.

Huitième séance, 14 septembre 1988

AFR/RC38/R18 Santé des femmes et des enfants grâce à l'auto-suffisance communautaire : l'Initiative de Bamako

Le Comité régional,

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

Désireux de promouvoir la mise en oeuvre d'un système de recouvrement des coûts pour l'approvisionnement en médicaments essentiels au niveau communautaire en tant que moyen permettant de fournir un appui aux soins de santé primaires dans leur ensemble et à la santé des femmes et des enfants en particulier;

Considérant qu'il s'agit là d'un bon moyen d'accélérer l'instauration de la santé pour tous au niveau local, dans le cadre du scénario triennal du développement sanitaire adopté lors de la trente-cinquième session du Comité régional pour l'Afrique;

Notant qu'il est urgent de mettre en place de tels systèmes sur une grande échelle au niveau communautaire pour appuyer toutes les composantes des SSP et tout particulièrement la santé maternelle et infantile, la nutrition, la lutte contre la maladie et la salubrité de l'environnement qui exigent un financement local sous une forme ou une autre;

Convaincu que l'action doit commencer immédiatement au niveau local dans tous les pays sans attendre l'appui de la communauté internationale;

Tenant compte des directives élaborées conjointement par le FISE et l'OMS pour la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako qui ont été adoptées par le Comité régional au cours de la présente session,

1. INVITE les Etats Membres à :

- i) prévoir un appui gestionnaire commun Gouvernement/FISE/OMS au niveau central dans les pays grâce à une représentation au sein d'une équipe spéciale nationale;
- ii) décentraliser la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako au niveau communautaire et encourager la participation des communautés en associant les femmes au groupe chargé de la prise de décision;
- iii) former le personnel approprié, au niveau du district et de la communauté, aux activités de santé maternelle et infantile et connexes ainsi qu'à la gestion des médicaments, leur achat, leur entreposage, leur distribution, leur utilisation rationnelle, le contrôle de la qualité et la gestion financière qui sont nécessaires pour le succès des opérations;
- iv) mettre en place des mécanismes pour que l'accent soit mis sur la santé maternelle et infantile dans le cadre des soins de santé primaires;
- v) mettre des devises à la disposition du programme lorsqu'elles sont nécessaires pour l'achat de produits pharmaceutiques et autres fournitures destinés aux soins de santé primaires, tout en encourageant en même temps la production locale chaque fois que c'est possible;

- vi) utiliser l'infrastructure déjà en place dans le système de santé de district en le renforçant partout où c'est nécessaire pour promouvoir la participation des femmes puisque l'accent est mis sur la santé des femmes et des enfants;
  - vii) continuer à appuyer les soins de santé primaires en général grâce à d'autres mécanismes déjà en place ou prévus, notamment le budget national et la coopération bilatérale, multilatérale et non gouvernementale;
  - viii) veiller à ce que des dispositions exceptionnelles soient prises en faveur de ceux qui n'ont pas les moyens de payer leur traitement ou de faire en sorte qu'ils soient exonérés de ce paiement;
  - ix) mettre au point un système pour assurer la surveillance continue et l'évaluation de cette activité;
2. PRIE le Directeur régional de :
- i) promouvoir la mise en oeuvre et l'application de l'Initiative de Bamako en mettant particulièrement l'accent sur la santé des femmes et des enfants dans le cadre des SSP;
  - ii) renforcer la capacité technique aux niveaux régional et national de façon que les demandes des Etats Membres puissent être satisfaites rapidement et de façon efficace;
  - iii) appuyer la formation des personnels nationaux dans tous les secteurs importants du programme;
  - iv) collaborer étroitement avec le FISE et les autres organisations bilatérales, multilatérales et non gouvernementales à la mise en oeuvre du programme sans oublier la surveillance continue, l'évaluation et la mobilisation des ressources;
  - v) rendre compte régulièrement au Comité régional des progrès réalisés dans la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako.

AFR/RC38/R19 Production locale de médicaments essentiels dans les pays de la Région africaine

Le Comité régional,

Considérant les nombreuses résolutions et recommandations sur l'acquisition, le contrôle et la distribution des médicaments essentiels;

Considérant que la mise en oeuvre du scénario de développement sanitaire en trois phases au niveau du district implique la mise en place de bons systèmes d'approvisionnement et de contrôle des médicaments;

Considérant qu'un certain nombre de pays de la Région disposent d'unités de productions pharmaceutiques qu'il est nécessaire de protéger et que certains pays ont aussi mis en place des laboratoires de contrôle qu'il est nécessaire de promouvoir;

Considérant que la coopération technique entre pays en développement joue un rôle important dans la protection de ces économies nationales et dans l'amélioration de l'état de santé de nos populations,

1. RECOMMANDE :

- i) que les pays de la Région collaborent étroitement dans l'approvisionnement et le contrôle des médicaments essentiels;
- ii) qu'une priorité soit accordée à l'achat des médicaments essentiels au niveau des unités pharmaceutiques nationales de la Région;
- iii) qu'il soit mis en place des laboratoires sous-régionaux de référence, en consultation avec les pays disposant de laboratoires nationaux de contrôle de la qualité;

2. PRIE le Directeur régional de mettre à la disposition des pays membres la liste des unités de production pharmaceutique existant dans la Région ainsi que les médicaments essentiels qui y sont fabriqués.

AFR/RC38/R20 Appui aux investissements dans le domaine de la santé

Le Comité régional,

Considérant la détérioration constante de la situation économique des Etats Membres de la Région qui entraîne notamment la dégradation des infrastructures sanitaires en raison de l'insuffisance des crédits alloués à leur entretien;

Considérant l'insuffisance de la couverture en infrastructures sanitaires surtout au niveau intermédiaire et au niveau du district sanitaire;

Considérant la Déclaration des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'Organisation de l'Unité africaine en juillet 1987 sur la santé, base du développement, CAHG/DECL.1 (XXIII),

1. APPRECIE les efforts déployés par le Directeur régional en vue de mobiliser les ressources extrabudgétaires au profit de la santé;
2. PRIE INSTAMMENT les Etats Membres de consacrer au secteur de la santé au moins 5 % du budget total d'investissement afin de permettre l'extension, l'entretien et la réhabilitation des infrastructures sanitaires;
3. PRIE le Directeur régional de poursuivre ses efforts en direction des institutions bancaires de la Région et de la communauté internationale afin qu'elles continuent d'appuyer le secteur de la santé.

Huitième séance, 14 septembre 1988

AFR/RC38/R21 Formation en management pour la santé

Le Comité régional,

Ayant constaté la pénurie de cadres adéquatement formés en gestion des ressources sanitaires, ainsi que le manque de formation en gestion des cadres techniques de la santé, notamment : des médecins-chefs de province/région et de district, des directeurs d'hôpitaux, des responsables à tous les niveaux des programmes techniques de santé;

Considérant l'importance du management pour le développement sanitaire des Etats Membres;

Considérant que la formation en management, tant souhaité par les pays membres, n'a pas encore atteint, dans notre Région, le développement qui serait souhaitable;

Considérant que la réorientation du réseau hospitalier pour un soutien accru aux soins de santé primaires exige un effort particulier d'amélioration de la gestion des hôpitaux et des autres unités sanitaires;

Considérant que l'efficacité et l'efficience des programmes de santé dépendent en grande mesure des capacités en management des chefs de ces programmes;

Conscient que la gestion efficace et efficiente d'une structure ou d'un programme est un gage de succès surtout en situation de crise avec pénurie de ressources;

Tenant compte des recommandations issues du rapport du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (document AFR/RC38/19) en matière de management des ressources de santé,

1. APPRECIE les efforts du Directeur régional de soutien aux pays pour le développement des ressources humaines pour la gestion sanitaire;

2. PRIE INSTAMMENT les Etats Membres de :

- i) développer les structures et les mécanismes de gestion des ressources de la santé;
- ii) développer la formation des personnels de santé de toutes les catégories professionnelles et à tous les niveaux, en matière de management des ressources de la santé;
- iii) accroître les ressources attribuées à la formation en management de la santé;

3. DEMANDE au Directeur régional de :

- i) organiser des ateliers interpays de formation en management des ressources de la santé;
- ii) soutenir les efforts des Etats Membres en matière de formation en management de la santé et mettre à la disposition des Etats Membres un programme type qui sera adapté aux conditions de chaque pays;
- iii) soutenir et encourager les efforts des centres de formation nationaux ou internationaux en management sanitaire pour qu'ils puissent accueillir des ressortissants des différents pays de la Région;
- iv) prêter une assistance technique aux Etats Membres en matière de développement de la gestion des ressources de la santé;
- v) poursuivre son effort de mobilisation de ressources extrabudgétaires pour :
  - a) la formation en gestion sanitaire;
  - b) le renforcement des structures et des mécanismes gestionnaires du secteur de la santé dans les pays membres.

Huitième séance, 14 septembre 1988

AFR/RC38/R22 Lutte contre le paludisme en Afrique

Le Comité régional,

Ayant étudié le rapport du Directeur régional sur la situation relative au paludisme dans la Région africaine de l'OMS;

Convaincu que la stratégie régionale révisée de lutte contre le paludisme est encore une stratégie valable,

1. NOTE que de nombreuses recommandations contenues dans les résolutions WHA38.24 adoptée par la Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé en 1985 et AFR/RC36/R6 adoptée par le Comité régional au cours de sa trente-sixième session en 1986, n'ont pas encore été entièrement mises en oeuvre par un certain nombre d'Etats Membres;
2. RECONNAIT que le paludisme ne fait pas encore l'objet de mesures de lutte dans de nombreux pays et que la propagation et l'intensification possibles de la résistance aux médicaments associées au fait que l'on lance des projets de développement sans prendre de mesures sanitaires préventives peuvent contribuer à la détérioration de la situation relative au paludisme;
3. SOUSCRIT au rapport du Directeur régional;
4. RECOMMANDE VIVEMENT que des ressources adéquates soient allouées à la lutte antipaludique et que des activités antipaludiques soient menées en tant que partie intégrante du système des soins de santé primaires avec l'appui adéquat des niveaux intermédiaire et central;
5. PRIE INSTAMMENT les Etats membres :
  - i) de procéder dans les meilleurs délais, dans le cadre du renforcement du système de santé au niveau du district, à un examen et à une évaluation de la situation relative au paludisme et aux stratégies de lutte menées actuellement ainsi qu'aux plans d'action, notamment en ce qui concerne la pertinence des objectifs et des cibles, leur efficacité et leur efficience et leurs chances de succès; on disposera ainsi d'une base solide pour la reformulation et la modification éventuelle des stratégies et plans d'action afin qu'ils contribuent, dans toute la mesure du possible, à l'instauration de SPT/2000;
  - ii) de prendre en considération les objectifs et cibles du Huitième Programme général de Travail dans la planification des activités antipaludiques;

6. PRIE le Directeur régional de continuer à déployer des efforts et à les intensifier pour :

- i) coordonner les activités antipaludiques dans la Région;
- ii) fournir un appui technique aux pays endémiques pour les aider à mettre en oeuvre leurs programmes nationaux de lutte antipaludique;
- iii) soutenir la formation ainsi que la création d'un réseau régional d'établissements de formation;
- iv) encourager et appuyer la recherche afin de trouver des solutions aux problèmes et mettre au point des méthodes et moyens efficaces pour prévenir le paludisme et lutter contre ce dernier;
- v) promouvoir et appuyer la collaboration et la coopération interpays par le biais des mécanismes de la CTPD;
- vi) mobiliser des ressources extrabudgétaires adéquates pour lutter contre le paludisme dans les zones endémiques.

Huitième séance, 14 septembre 1988

AFR/RC38/R23 Appui technique aux soins de santé primaires : Rôle du niveau intermédiaire pour accélérer l'instauration de la santé pour tous les africains

Le Comité régional,

Ayant examiné le document AFR/RC38/TD/1 sur le rôle du niveau intermédiaire pour accélérer l'instauration de la santé pour tous les Africains;

Considérant la position clé du niveau intermédiaire dans l'appui technique aux soins de santé primaires, mis en place au niveau des districts;

Considérant que l'organisation structurelle de la province/région telle que décrite dans le document AFR/RC38/TD/1 permet aux structures du niveau intermédiaire de jouer pleinement leur rôle;

Conscient que de nombreuses difficultés entravent cependant l'exécution des activités à assise communautaire,

1. DEMANDE au Directeur régional de mettre le document AFR/RC38/TD/1 à la disposition des Etats Membres;
2. INVITE les Etats Membres :
  - i) à en faire une large diffusion dans toutes les provinces de leur pays;
  - ii) d'étudier les modalités de sa mise en application;
3. PRIE le Directeur général et le Directeur régional de poursuivre l'appui aux efforts déployés par les Etats Membres pour la promotion des soins de santé primaires.

Huitième séance, 14 septembre 1988

AFR/RC38/R24 Organisation de l'infrastructure sanitaire au niveau du district pour faire face aux épidémies

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du Directeur régional sur la persistance des situations d'urgence provoquées par les épidémies des maladies transmissibles;

Notant avec inquiétude que malgré que l'on dispose de technologie appropriée de prévention et de lutte, les épidémies de maladies transmissibles continuent à provoquer des souffrances considérables et des pertes de vies humaines;

Considérant que la persistance de ces épidémies est susceptible d'avoir des effets immédiats et à long terme qui entraveront le développement socio-économique et l'instauration de la santé pour tous,

1. SOUSCRIT au rapport du Directeur régional;

2. REMERCIE le Directeur régional pour tous les efforts visant à appuyer les Etats Membres dans la prévention et la lutte contre les épidémies de maladies transmissibles, notamment par des activités de formation et des interventions directes;

3. EXPRIME sa reconnaissance aux organisations internationales, gouvernementales et non gouvernementales ainsi qu'aux gouvernements qui ont contribué aux opérations de secours, soit directement, soit par le biais de l'OMS au cours des situations d'urgence provoquées par les épidémies de maladies transmissibles dans la Région;

4. PRIE INSTAMMENT les Etats Membres de :

- i) passer en revue et évaluer aussi vite que possible l'efficacité et l'efficience de leur système de surveillance, de prévention et de lutte contre les maladies en général, et contre les maladies présentant des potentiels épidémiques en particulier;
- ii) définir pour chacune des principales maladies à potentiel épidémique, les mesures à prendre au niveau du district pour organiser de façon permanente, la prévention et la lutte contre les épidémies de maladies transmissibles, dans le cadre du scénario du développement sanitaire en trois phases;

5. PRIE le Directeur régional de :

- i) collaborer avec les Etats Membres dans l'évaluation de leur potentiel de surveillance, de prévention et de lutte contre la maladie en général, et les épidémies en particulier;
- ii) appuyer les Etats Membres dans la définition des mesures simples et efficaces à prendre au niveau du district, pour la surveillance, la prévention et la lutte contre les épidémies de maladies transmissibles, dans le cadre des soins de santé primaires;

iii) continuer à encourager une coopération étroite avec les autres institutions des Nations Unies, la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, les gouvernements et autres organisations non gouvernementales et gouvernementales, pour qu'elles puissent réagir rapidement et efficacement devant les situations d'urgence provoquées par les épidémies et formuler des plans qui permettront aux Etats Membres de faire face aux situations d'urgence.

Huitième séance, 14 septembre 1988

AFR/RC38/R25 Soutien et aides aux pays victimes de catastrophes naturelles

Le Comité régional,

Ayant pris connaissance de la situation désastreuse consécutive aux inondations qui ont frappé certains pays de la Région africaine;

Considérant que ces inondations ont occasionné des pertes en vies humaines et matériels dans les pays concernés,

1. EXPRIME son inquiétude face à ces calamités;
2. PRIE la communauté internationale et les Etats Membres en mesure d'apporter une aide de faire des contributions (matérielles et financières) aux pays en cause;
3. PRIE le Directeur régional de tout mettre en oeuvre pour mobiliser et coordonner les ressources financières nécessaires en vue de venir en aide à ces pays.

Huitième séance, 14 septembre 1988

AFR/RC38/R26 Motion de remerciements

Le Comité régional,

Appréciant les efforts considérables déployés par le peuple et le Gouvernement de la République populaire du Congo pour assurer un plein succès à la trente-huitième session du Comité régional pour l'Afrique qui s'est tenue à Brazzaville du 7 au 14 septembre 1988;

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

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 Colonel Denis Sassou Nguesso, Président du Comité Central du Parti Congolais du Travail, Chef du Gouvernement et Président de la République :

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

ii) de son allocution pertinente et encourageante;

2. EXPRIME sa gratitude au Gouvernement et au peuple du Congo pour leur hospitalité durant toute la durée de la trente-huitième session;

3. INVITE le Directeur régional à transmettre à Son Excellence Monsieur le Président la présente motion de remerciements.

Huitième séance, 14 septembre 1988



PARTIE II



## OUVERTURE DE LA SESSION

1. La trente-huitième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a été ouverte le 7 septembre 1988 au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique à Brazzaville, République populaire du Congo, en présence de Son Excellence, le Colonel Denis Sassou Nguesso, Président du Comité Central du Parti Congolais du Travail, Président de la République et Chef du Gouvernement, et le Dr Hiroshi Nakajima, Directeur général de l'OMS.

2. A la cérémonie d'ouverture participaient les membres du Bureau politique du Comité Central du Parti Congolais du Travail et du Gouvernement, du corps diplomatique, des représentants des Etats Membres et des membres associés de la Région africaine ainsi que ceux de plusieurs organisations internationales et non gouvernementales ainsi que des représentants de la presse internationale.

3. Le Professeur A. D. Mady, Ministre de la Santé et de la Population de la Côte d'Ivoire et Premier Vice-Président de la trente-septième session du Comité, a évoqué le rôle historique de Brazzaville dans son allocution à la séance d'ouverture.<sup>1</sup> Il a souligné la nécessité pour l'Afrique de revoir l'approche des soins de santé héritée de l'ère coloniale qui, selon lui, ne répond plus entièrement à nos besoins malgré ses nombreux avantages. Il est convaincu que l'Afrique devrait abandonner les soins de santé classiques et élaborer une nouvelle stratégie fondée essentiellement sur la prévention, l'éducation pour la santé et l'autoprise en charge. Il a recommandé que toutes les couches sociales participent activement à la promotion de la santé publique en utilisant les outils toujours plus perfectionnés de la science et de la technologie.

4. Le Professeur Mady a en outre fait remarquer que le moment était venu pour l'Afrique de livrer la bataille pour la santé, bataille qui sera différente de la bataille séculaire contre la maladie. Pour ce faire, il estime que tout en poursuivant les investissements publics et privés dans les secteurs santé consacrés aux activités de lutte, il était urgent de privilégier la prévention et la promotion, la priorité étant accordée aux couches les plus importantes de la population, à savoir celles des zones rurales. Il a demandé à l'OMS de contribuer plus que jamais à la justice et à l'équité entre les nations, car sans celles-ci, il ne peut y avoir de santé au sens où l'entend l'OMS.

5. S'adressant au Comité, le Dr G. L. Monekosso, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, a exprimé sa gratitude aux distingués délégués et en particulier à Son Excellence le Colonel Denis Sassou Nguesso, Président de la République populaire du Congo, pour avoir bien voulu accepter de participer à la cérémonie d'ouverture. Il a félicité le Président pour ses qualités exceptionnelles de chef et pour tout ce qu'il a fait pour promouvoir le développement de son pays.

6. Le Directeur régional a également félicité le Dr Hiroshi Nakajima, nouveau Directeur général de l'OMS et lui a promis la pleine coopération de la Région dans l'exécution de son mandat.

7. Passant en revue le chemin parcouru au cours de ces trois dernières années, le Directeur régional a signalé les réalisations les plus marquantes de la Région africaine. Il a noté par exemple que le pourcentage des systèmes de santé de district opérationnels étaient passés de 25 % en 1987 à 54 % en 1988, et le processus de mise en oeuvre des soins de santé primaires pouvait être maintenant contrôlé grâce à une série de 27 indicateurs de santé mis au point par le Bureau régional. Des progrès analogues ont été également enregistrés au niveau intermédiaire. Il a fait état de la nouvelle bibliothèque des sciences de la santé et du centre de documentation du Bureau régional qui viennent d'ouvrir leurs portes et qui devraient améliorer le suivi et la diffusion de l'information scientifique et technique dans la Région. Il a estimé que l'Initiative de Bamako et la création d'un fonds spécial pour le développement de la santé en Afrique contribueraient à combler une partie des déficits observés dans les budgets de santé nationaux.

8. Le Directeur régional a également relevé l'appui politique toujours plus grand fourni au développement sanitaire de la Région africaine au niveau le plus élevé, comme l'a montré la déclaration de l'OUA en 1987 sur la santé, pierre angulaire du développement, et la Conférence conjointe OMS/Union interparlementaire sur la Santé qui a récemment tenu ses assises au Bureau régional.

9. Dans son allocution, le Dr Hiroshi Nakajima, Directeur général de l'OMS, a dit combien il était heureux de prendre la parole devant le Comité pour la première fois en tant que Directeur général. Il a fait observer que cette année qui marquait le quarantième anniversaire de l'OMS ainsi que le dixième anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, offrait l'occasion à l'Organisation et à ses Etats Membres de réaffirmer leur adhésion aux politiques et stratégies de la santé pour tous. Il a rendu hommage aux anciens Directeurs régionaux de l'OMS et au Dr G. L. Monekosso dont la collaboration et les conseils ont été bénéfiques aux activités de l'OMS.

10. Le Directeur général a fait part au Comité de son point de vue sur les nouvelles orientations que l'Organisation doit suivre. Il a estimé que la stratégie mondiale des SSP fondée sur les soins de santé primaires était fondamentalement rationnelle, mais il est d'avis que l'on doit faire montre d'une plus grande volonté et d'une capacité accrue pour la mettre en oeuvre, en faisant porter davantage les efforts sur les problèmes de santé spécifiques et en trouvant des solutions pratiques et rentables.

11. Le Directeur général a en outre déclaré qu'il était conscient de la situation sanitaire grave qui régnait en Afrique et il a dit qu'il était prêt à trouver les moyens de leur trouver une solution, notamment en collaborant davantage avec les autres organisations internationales. Il a fait état de plusieurs conditions préalables pour assurer un développement sanitaire efficace dans la Région africaine. Il a souligné en particulier la nécessité de développer les ressources humaines, d'améliorer la protection des groupes de populations à haut risque ainsi que l'environnement. Il a prié les participants de serrer les rangs afin d'atteindre l'objectif commun de la santé et du développement pour tous.

12. Le Dr J. N. Togba, qui avait été invité à l'occasion du quarantième anniversaire de l'Organisation, s'est adressé au Comité en sa qualité de seul signataire africain de la Constitution encore vivant. Il a décrit les stades successifs qui avaient présidé à la fondation de l'OMS et notamment du Bureau régional et a loué les progrès réalisés par l'Organisation au cours de ces 40 dernières années.

13. Parmi ceux qui avaient été également invités à prendre la parole devant le Comité citons M. Pierre Claver Damiba, Directeur régional du PNUD pour l'Afrique qui a rendu hommage aux distingués représentants et qui a souligné la place exceptionnelle qu'occupait la santé dans le processus de développement. Il a pris l'exemple des nouveaux pays d'Asie en cours d'industrialisation où les statistiques démontrent qu'il y a une corrélation positive entre les améliorations du secteur santé et le développement socio-économique. Il a exprimé l'opinion que la santé devait être vue dans une perspective holistique où interviendront de nombreux facteurs.

14. Monsieur Damiba a également fait état de la difficulté qu'il y a à élaborer et à gérer des projets de santé viables, étant donné les maigres ressources allouées à la santé dans certains pays. Il a suggéré que les responsables de la santé s'efforcent de participer étroitement aux processus de planification du développement, à la formulation des programmes d'éducation des masses et au réajustement structurel, enfin que l'on accorde au secteur santé l'importance qu'il mérite. Il s'est engagé à fournir l'appui du PNUD aux activités de l'OMS dans la Région africaine et a admis qu'il était nécessaire de renforcer davantage la collaboration et la liaison avec le Bureau de l'OMS pour l'Afrique.

15. Dans son allocution au Comité, le Président Denis Sassou Nguesso a félicité le nouveau Directeur général de l'Organisation et lui a souhaité plein succès dans ses hautes fonctions. Il a également rendu hommage au Dr Mahler, ancien Directeur général pour ses réalisations remarquables au cours de ses quinze ans d'activité. Il a félicité chaleureusement le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique pour l'énergie et la créativité dont il a fait preuve à la tête du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. Passant brièvement en revue les états pathologiques du continent africain, le Président de la République a souligné la nécessité de déployer des efforts plus soutenus et plus vigoureux dans le secteur santé malgré les maigres ressources disponibles.

## ORGANISATION DU TRAVAIL

16. L'ordre du jour adopté par le Comité régional figure à l'Annexe 1, la liste des participants à l'Annexe 2.

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

18. L'élection des membres du bureau de la session et la désignation des rapporteurs pour les discussions techniques figurent dans la décision No 2.

## ACTIVITES DE L'OMS DANS LA REGION AFRICAINE EN 1987 : RAPPORT SUCCINCT DU DIRECTEUR REGIONAL (Document AFR/RC38/3)

### Exposé liminaire

19. En présentant son rapport, le Directeur régional a souligné qu'il portait essentiellement sur les activités menées en 1987. Il a fait remarquer qu'au cours de la période considérée, il y avait eu des progrès dans le secteur santé et que plusieurs Chefs d'Etat avaient manifesté un vif intérêt pour les activités sanitaires. Parmi certains des problèmes qui ont eu un effet négatif sur le programme, citons la situation économique peu brillante dans certains pays aggravée par de lourdes dettes, ce qui fait que les gouvernements se trouvent dans l'impossibilité d'augmenter leur budget de santé. Il a fait également état des flambées épidémiques dans la Région dont celle du SIDA est la plus inquiétante.

20. Il a estimé que l'on pouvait trouver une solution à ces problèmes si les Etats Membres faisaient montre de volonté politique comme ils l'avaient fait collectivement dans la Déclaration de l'OUA sur "La santé, base du développement en Afrique" et, également, grâce à la formation des cadres. Il a souligné une fois de plus sa volonté de collaborer avec les institutions des Nations Unies et les organismes bilatéraux et non gouvernementaux. A cette fin, un service a été créé au Bureau régional pour mobiliser les ressources extrabudgétaires. Il a fait état des relations de travail étroites qui existent entre l'OMS et les autres institutions telles que le FISE, le PNUD, la CEA, le FNUAP, la BAD, les organismes bilatéraux et les autres organisations non gouvernementales.

21. Le recours à des cadres professionnels associés a beaucoup contribué à combler le vide financier et technique dans le processus du développement sanitaire dans la Région grâce à l'initiative du Gouvernement italien et à la coopération des autres gouvernements. Le Gouvernement nigérian a également lancé un programme analogue.

22. En ce qui concerne l'appui aux systèmes de santé nationaux, le facteur essentiel est le renforcement de la capacité et des mécanismes gestionnaires au niveau du district en vue de mettre en oeuvre les stratégies de soins de santé primaires. Cela impliquera planification, organisation, surveillance et évaluation des activités de santé. La formation du personnel approprié retient l'attention du Bureau régional.

23. Un groupe spécial régional a été créé pour aider à encourager psychologiquement les infirmières à participer aux activités des SSP. Des ateliers ont également été organisés sur la formation des cadres dans le domaine des soins infirmiers. Un nombre croissant de bourses d'études ont été accordées dont les deux tiers dans le domaine des SSP. Le Directeur régional a félicité les gouvernements d'avoir orienté leurs programmes de formation dans ce sens. Les établissements qui forment des personnels médicaux ont toutefois rencontré des problèmes dont le plus grave - le manque de crédits - a été à l'origine d'un grave exode des cerveaux. C'est pourquoi on élabore actuellement de nouvelles stratégies pour assurer la formation des effectifs sur place; l'une d'entre elles prévoit que des spécialistes expatriés viendront dispenser une formation dans la Région.

24. Le Directeur régional a déploré la lenteur des progrès accomplis dans le domaine de l'évaluation de la situation et des tendances sanitaires. Il a insisté sur la nécessité d'améliorer les systèmes d'information en santé. Une série de réunions sur les laboratoires cliniques ont été organisées notamment au Bureau régional sur les laboratoires périphériques et le cours sur l'immunologie des maladies organisé en Suisse.

25. Un service s'occupant de la médecine traditionnelle a été créé au Bureau régional et l'on a maintenant désigné un spécialiste pour aider à élaborer et à restructurer les pratiques traditionnelles. L'information du public et l'éducation pour la santé ont été renforcées avec le recrutement dans les bureaux OMS pays des responsables de l'information et de la documentation pour la santé qui sont chargés de diffuser l'information sur les activités de l'OMS dans la Région.

26. La grave sécheresse qui a sévi dans la plupart des pays du Sahel a eu de terribles effets sur la situation alimentaire et nutritionnelle de ces pays, entraînant notamment une carence en iode. Un programme a été mis au point pour améliorer la nutrition et cela contribuera beaucoup à épauler le programme de santé maternelle et infantile.

27. L'approvisionnement en eau et l'assainissement continuent de poser un problème dans la Région. Les Etats Membres ont été conviés à accroître la fourniture d'eau potable dans les zones rurales où on en a besoin.

28. La lutte contre les maladies pose toujours un problème grave, essentiellement à cause des enchaînements imprévisibles d'épidémies, de sécheresses et d'autres catastrophes. Le Directeur régional a félicité le Bureau sous-régional de Bamako du soutien qu'il a rapidement fourni aux pays touchés.

29. Le SIDA posant un problème grave, un groupe spécial a été constitué au Bureau régional en utilisant du personnel déjà en poste pour s'occuper de cette maladie. Bien que satisfaisant, le volume de travail pour le SIDA a fait que d'autres programmes importants sont négligés. En conséquence, le Programme mondial de lutte contre le SIDA est d'accord pour financer certains postes pour mener les activités régionales de lutte contre le SIDA. Certains membres du personnel sont déjà entrés en fonction.

30. Un bilan récemment dressé du programme intitulé "1986, Année africaine de la Vaccination" a révélé de très remarquables réalisations. Il faut maintenant que le programme s'institutionnalise de manière à être largement accepté par les mères.

31. En ce qui concerne le programme d'appui, le Directeur régional a souligné les progrès récemment réalisés en matière d'informatisation du système AFROPOC qui peut maintenant fournir des informations comptables à jour sur les différents programmes se rapportant à tous les pays. Toutefois, le Directeur régional s'est dit déçu de la situation au service des fournitures, et notamment du retard mis à répondre aux besoins des Etats Membres et a exprimé l'espoir que la situation s'améliorerait. Il s'est montré satisfait des progrès réalisés par le service de la concession. Il a rappelé l'achèvement des travaux de l'extension du Bureau régional qui abrite désormais la Bibliothèque et le Service d'informatique.

Discussion

32. De nombreuses délégations ont pris la parole à propos de ce point de l'ordre du jour. Elles ont été unanimes à se féliciter de l'oeuvre accomplie par le Directeur régional et par son personnel pendant la période couverte par son rapport.

33. L'Initiative de Bamako a reçu l'appui de la plupart des intervenants, dont certains ont vu là une approche révolutionnaire de la mise en oeuvre des soins de santé primaires. De l'avis de tous, pour que l'initiative porte ses fruits, il faudra qu'elle soit intégrée dans le système de santé national. A ce sujet, il a été relevé que certains Etats Membres avaient déjà introduit dans leur programme de médicaments essentiels certains aspects de l'initiative tels que les systèmes de recouvrements des coûts qui, outre divers avantages, contribuent à équilibrer le budget de la santé.

34. Une délégation a toutefois appelé à la prudence en suggérant que soit faite une analyse de faisabilité approfondie du projet, suivie de projets pilotes au niveau sous-régional, avant que l'initiative soit vraiment mise en oeuvre.

35. Le Comité s'est vivement félicité de la coopération élargie avec d'autres institutions du système des Nations Unies et avec des organisations bilatérales et non gouvernementales, telle qu'elle avait été exposée dans le rapport du Directeur régional. Il a vu dans cette tendance un moyen viable de rassembler des ressources supplémentaires pour la santé en une période où les besoins sont énormes.

36. La Déclaration de l'OUA sur la santé, base du développement, est apparue comme un tournant en ce sens qu'elle a sensibilisé davantage les hommes politiques de la Région au rôle important de la santé dans le processus de développement national. La perspective d'une réunion au sommet de l'OUA sur la santé se précise maintenant, tout particulièrement en raison du besoin manifeste d'encourager les responsables politiques à s'attaquer de front aux immenses problèmes de santé de la Région.

37. Scénario en trois phases : La plupart des orateurs ont remercié le Directeur régional d'avoir introduit le scénario en trois ans qui recouvre en partie l'action pour la mise en oeuvre de SPT/2000 dans la Région, fondés sur les soins de santé primaires. Quelques orateurs ont déclaré qu'ils étaient convaincus que le scénario avait amélioré la participation communautaire au développement sanitaire. D'autres orateurs ont considéré la décentralisation des ressources et des pouvoirs de gestion au niveau du district, les intenses efforts déployés dans le domaine de la formation des personnels à tous les niveaux et le renforcement des compétences du leadership comme étant la clé du succès du scénario.

38. Pour plusieurs orateurs, la situation économique contraignante de beaucoup de pays avait engendré des conditions négatives sur le développement sanitaire dans la Région. A cet égard, un certain nombre de facteurs spécifiques qui sont responsables de cette situation peu enviable, ont été mentionnés tels que les catastrophes naturelles (sécheresse grave alternant avec des inondations mortelles, invasion des criquets, etc.), persistance des conflits armés, spécialement ceux qui sont imposés à la frontière de certains Etats par l'Afrique du Sud, et qui ont contribué à désorganiser leurs systèmes nationaux de santé, les tendances à la récession de l'économie, l'accroissement démographique, ce qui est le plus préoccupant parmi ces problèmes, la flambée des épidémies qui se conjugue avec la réapparition et la propagation des maladies telles que le pian et la tuberculose, maladies qu'on croyait maîtrisées auparavant.

39. A la lumière de cette situation alarmante, le Comité a demandé au Directeur général de prendre toutes les mesures nécessaires pour renforcer la capacité du Bureau régional à maîtriser de manière efficace ces facteurs contraignants. Des efforts particuliers s'imposent dans les programmes de lutte contre la maladie, portant tout spécialement sur les méthodes de recherche et l'adoption de solutions rapides et efficaces sur le terrain. On a également fait part de la nécessité d'une protection civile dans la Région. Certains orateurs se sont félicités de l'initiative du Directeur régional d'organiser un certain nombre d'ateliers sur les secours en cas d'urgence et la protection civile. Le Comité a également appuyé la création d'un fonds spécial pour le développement sanitaire en Afrique, spécialement destiné à soulager les souffrances pendant les situations d'urgence.

40. Déversement de déchets toxiques et industriels : Le Comité a unanimement condamné cette pratique qui a été considérée comme lourde de risques incalculables pour la Région. Deux Etats Membres ont proposé qu'une résolution soit adoptée sur cette question.

41. Ressources humaines pour la santé : De nombreux orateurs ont souligné que ce programme figurait parmi les plus importants dans la plupart des pays. Certains membres ont proposé que davantage de crédits soient dégagés pour la formation de personnel aux niveaux local, intermédiaire et national. Une plus large coopération intra-africaine s'impose également dans ce domaine. Le programme des cadres professionnels associés (APO) a été d'une manière générale soutenu, étant entendu qu'il ne ferait pas obstacle au recrutement local lorsque celui-ci est nécessaire.

42. Le Directeur général a félicité les délégués, le Directeur régional et son personnel de la qualité des échanges de vues. Il a admis que les programmes de développement sanitaire ont pâti de la situation économique précaire. Il a fait observer que le budget de la présente période biennale avait été préparé avant son entrée en fonction. Toutefois, il a estimé qu'une certaine souplesse était possible en cas de besoins prioritaires imprévus. Il a formulé l'espoir que la réduction des tensions entre les blocs occidental et oriental ouvre la voie à la paix et à la prospérité dans les pays d'Afrique australe et ailleurs. Enfin, il a souligné que la réorganisation et le développement sont la vocation même de l'OMS.

43. Le Directeur régional a remis au Dr J. N. Togba (Libéria) - membre fondateur de l'OMS - une médaille OMS/AFRO pour son éminente contribution à l'action de l'Organisation. Une réplique de la médaille sera exposée au Bureau régional de Brazzaville.

44. Le Gouvernement de la République centrafricaine a également remis un don à l'OMS/AFRO en remerciement de l'action de l'organisation régionale.

---

**EXAMEN DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE SIDA (Document AFR/RC38/7)****Exposé liminaire**

45. Le Document AFR/RC38/7 sur cette question a été présenté par le Dr E. G. Beausoleil (Secrétariat) qui a fait observer que, depuis l'apparition et la progression de la pandémie de SIDA, la question était devenue d'une brûlante actualité. Le Directeur régional a été prié de suivre constamment l'évolution de la situation et de rendre compte chaque année au Comité régional. C'est donc en exécution de cette obligation que le rapport est présenté.

46. L'introduction retrace l'évolution de l'épidémie, en donne les principales caractéristiques épidémiologiques dans les différentes zones géographiques, traite de l'infection au VIH, de la tuberculose et des maladies sexuellement transmissibles, de la menace que le SIDA représente du point de vue de la réalisation de l'objectif de la SPT/2000 ainsi que de la nécessité de stratégies anti-SIDA multisectorielles, adaptées à chaque situation, en insistant particulièrement sur l'action menée au niveau du district.

47. Le premier chapitre dresse une liste des réunions et décisions qui ont inspiré les stratégies régionales et mondiale, et rappelle les principales recommandations relatives à la formulation et à l'exécution de programmes nationaux de lutte contre l'infection à VIH et le SIDA.

48. Le deuxième chapitre rend compte des progrès réalisés jusqu'en mars 1988, en matière de mise sur pied de comités nationaux de lutte contre le SIDA. Depuis la dernière session du Comité régional, le nombre de pays dotés d'un tel comité est passé de 31 à 42. Quatre pays seulement, qui sont tous de petits pays insulaires, n'en possèdent pas encore. Cela ne veut pas dire que l'on se désintéresse du SIDA ou que l'on nie que l'infection à VIH et le SIDA posent un problème mondial qui exige une action immédiate de tous les pays indépendamment de leur situation épidémiologique. Exception faite de Sainte-Hélène pour laquelle on possède peu de renseignements, tous les pays adhèrent au programme et reçoivent un soutien de l'OMS dans la formulation et l'exécution de programmes nationaux.

49. Le Dr Beausoleil a ajouté que la création d'un comité national de lutte contre le SIDA a été considérée comme une étape décisive dans la mise sur pied d'un programme national de lutte contre le SIDA. On y voyait l'expression concrète de la volonté politique et nationale de traiter le problème du SIDA qui requiert une approche plurisectorielle et pluridisciplinaire en matière d'élaboration, de gestion, d'exécution, de surveillance et d'évaluation du programme dans le cadre des SSP.

50. Le troisième chapitre traite des progrès réalisés en matière d'évaluation initiale de la situation et de formulation et d'exécution des programmes. En mars 1988, l'OMS avait fourni un soutien à 43 pays pour l'évaluation et la formulation de plans d'action à court terme en vue de la lutte contre l'infection à VIH et le SIDA, et 35 pays avaient reçu un soutien immédiat pour la mise en oeuvre de programmes, 16 pays avaient formulé des plans à moyen terme et neuf avaient organisé des réunions de donateurs afin de réunir des fonds pour la première année de leurs activités.

51. Tous les pays ont maintenant reçu un soutien de l'OMS, 26 pays appliquent, ont préparé ou ont achevé des programmes à moyen terme, et 16 pays ont organisé des réunions de donateurs afin de réunir des ressources pour la première année de leurs activités.

52. Pour pouvoir mobiliser des ressources à l'appui d'un programme national, il est indispensable d'élaborer un programme à moyen terme adapté à la situation locale, conformément aux politiques et aux stratégies de l'OMS et avec l'aval du gouvernement et de l'OMS.

53. L'OMS a élaboré des lignes directrices à cet effet. Les paragraphes 28 à 34 soulignent l'importance de la place et du rôle de l'éducation, de l'information et de la communication dans la prévention de la transmission et de la propagation de l'infection à VIH et du SIDA. Un film réalisé en collaboration avec la Fondation France Libertés va être présenté sous peu et il sera mis à la disposition des pays. En outre, le Bureau régional se tient en étroite consultation avec GPA/Siège au sujet du financement d'un film AFRO sur le SIDA.

54. Les paragraphes 33 à 47 exposent les mesures à prendre au niveau du district dans le cadre des politiques OMS en général et AFRO en particulier, ainsi qu'un certain nombre d'activités qui ont été organisées ou soutenues par l'OMS.

55. Le quatrième chapitre traite très succinctement de la mobilisation des ressources à l'appui des programmes nationaux. Les incidences financières et économiques du problème du SIDA et l'importance des moyens extérieurs nécessaires pour appuyer les programmes nationaux sont trop bien connues pour qu'il en soit question ici; une importance considérable s'attache en effet à cette activité. Le Dr Beausoleil a précisé que GPA/Siège et OMS/AFRO collaboraient très étroitement avec les Etats Membres et les aidaient à réunir des ressources.

56. Le cinquième chapitre résume le rôle de l'OMS en ce qui concerne plus particulièrement son action directrice et coordonnatrice ainsi que son soutien aux programmes nationaux.

57. Le sixième chapitre tire les principales conclusions, montrant à l'évidence que des progrès considérables ont été accomplis.

58. On y souligne l'importance du lieu et du rôle des activités de promotion de la santé dans la prévention de la transmission et de la propagation de l'infection à VIH et du SIDA. On insiste également sur la possibilité d'une approche intersectorielle de la lutte contre le SIDA dans le cadre des SSP et sur la nécessité d'accorder une attention particulière à la formulation et à l'exécution de politiques et de mesures visant à éviter la contamination par transfusion sanguine ainsi que la transmission de la mère à l'enfant.

59. Enfin, le document attire l'attention sur la nécessité de ne pas manquer les occasions offertes par le SIDA en matière de développement socio-économique en général et de renforcement des systèmes de santé en particulier.

60. Le Comité a été invité à examiner le document et le projet de résolution qui lui est joint.

Discussion

61. Après la présentation du document, le Président a invité le Directeur régional à faire son intervention.

62. Le Directeur régional a déclaré qu'un certain nombre de délégués avaient exprimé le souhait de profiter de leur séjour à Brazzaville à l'occasion du Comité régional pour se rendre à Kinshasa et y rencontrer le Professeur Lurhuma pour s'informer du médicament MML. Il a par conséquent invité le Professeur Lurhuma à prononcer une allocution à l'intention des délégués avant qu'il ne parte présenter les résultats de ses essais cliniques à la communauté scientifique à l'occasion de la troisième Conférence internationale sur le SIDA et les cancers associés qui se tiendra à Arusha en Tanzanie.

63. Le Professeur Lurhuma a remercié le Directeur régional de cet honneur et a exposé les objectifs, les méthodes et les résultats des essais cliniques préliminaires effectués avec le MML.

64. Un programme national de lutte contre le SIDA a fait l'objet d'un exposé. Les difficultés rencontrées dans l'exécution des activités d'éducation pour la santé, d'information et de communication, notamment en milieu rural, ont été évoquées. Elles ont d'ailleurs conduit à élaborer des solutions de remplacement consistant notamment à diffuser l'information dans les églises et à faire de l'éducation sexuelle à l'école. La manifestation de nouveaux cas de SIDA chez des sujets qui ont dû être infectés avant la mise en oeuvre du programme fait qu'il est difficile d'en évaluer les effets. Toutefois, certains changements de comportement et un recul de l'incidence des maladies sexuellement transmissibles montrent clairement que le programme a en fait un impact sur la transmission et la propagation de l'infection à VIH et du SIDA. Les problèmes qui subsistent concernent la fiabilité du matériel de laboratoire, les services de conseils, la demande sans cesse croissante face à des maigres ressources, les mesures discriminatoires, la nécessité de mieux protéger les droits fondamentaux et la dignité des patients et, enfin, le développement des services de santé.

65. Le Comité s'est félicité de la rapidité avec laquelle l'OMS avait répondu aux demandes des pays et a souhaité que cet élan se maintienne.

66. Un délégué a fait observer que les modes de transmission de l'infection à VIH et du SIDA et, par conséquent, les stratégies de lutte avaient toutes été clairement définies.

67. Toutefois, les moyens nécessaires à la mise en oeuvre excèdent les possibilités des pays membres. Pour gagner du temps, il a donc été proposé d'axer les discussions sur les moyens de mobiliser des ressources à l'appui des programmes nationaux, sur le rôle de l'OMS dans ce domaine et, enfin, sur le texte du projet de résolution.

68. Le Comité a attiré l'attention sur l'influence des cultures et des comportements étrangers ainsi que l'effet de l'exode rural sur la transmission et la propagation de l'infection à VIH et du SIDA dans les pays africains.

69. Il faut donc insister sur la nécessité de définir clairement les facteurs et co-facteurs de risque en Afrique et d'élaborer des stratégies appropriées qui tiennent pleinement compte des coutumes et des traditions dominantes et mettent en jeu la participation de tous les individus, familles et collectivités.

70. On a fait allusion à la publication au Gabon d'une brochure susceptible d'être comprise de tous. Le message est essentiellement transmis par l'image avec un minimum de texte. Le Comité a accepté de modifier le projet de résolution de façon qu'il y soit question de la Journée mondiale sur le SIDA, de la recherche sur les interactions entre l'infection à VIH et d'autres maladies, notamment la tuberculose et les maladies sexuellement transmissibles, ainsi que de la protection contre toute discrimination. L'attention du Comité a été appelée sur le volume de renseignements dont on dispose sur le SIDA en Afrique et sur la nécessité d'améliorer le système d'information.

71. Dans son intervention, le Directeur général a insisté sur la nécessité de la franchise et de l'ouverture à propos de tout ce qui concerne le SIDA, et notamment de l'intensification des efforts visant à faire la lumière sur les caractéristiques et la situation épidémiologiques de l'infection à VIH et du SIDA en Afrique. Il a également attiré l'attention sur les occasions exceptionnelles que le SIDA offrait de réexaminer et de restructurer les systèmes de santé dans les pays africains. Il a également précisé que, depuis son entrée en fonction, il avait personnellement assumé l'entière responsabilité du Programme mondial OMS de lutte contre le SIDA.

72. Le Directeur régional a fait part au Comité de la préoccupation que lui inspirait la situation du SIDA dans la Région parce qu'il ne lui semblait pas que des progrès suffisants aient été réalisés pour éviter le développement de la transmission et de la propagation de la maladie. Il s'est interrogé sur l'opportunité des stratégies mises en oeuvre et a attiré l'attention sur la nécessité d'entreprendre des recherches pour définir clairement les caractéristiques épidémiologiques, les facteurs et co-facteurs de risque dans les différentes situations en vue de formuler les stratégies et les mesures d'intervention les mieux adaptées et les plus efficaces. Il a donc demandé qu'on l'informe des problèmes, des obstacles et des contraintes qui entravent la mise en oeuvre des programmes nationaux, ceci afin de déterminer ce qu'il importe de faire. L'OMS a besoin d'orientations et de directives pour guider son action dans la Région. Les moyens financiers ne semblent pas poser un problème grave : ils existent et l'on peut facilement les mobiliser.

73. Pour conclure, le Directeur régional s'est dit très heureux de noter que le Directeur général assumait l'entière responsabilité du Programme mondial. Cela sous-entend que les Directeurs régionaux ont l'entière responsabilité des activités au niveau régional.

74. Le Directeur régional a souligné qu'il fallait parfaitement connaître les problèmes d'infrastructure et les faits de culture qui, dans la Région, peuvent entraver l'application des stratégies de lutte.

75. Il a encore souligné la nécessité de replacer l'infection à VIH et le SIDA dans leur juste perspective par rapport à d'autres problèmes de santé tels que le paludisme par exemple, et de ne pas gonfler exagérément l'importance du SIDA.

76. Enfin, il a tout particulièrement appelé l'attention sur la nécessité d'adopter et d'appliquer des politiques et des mesures propres à garantir la gestion et l'utilisation efficaces et efficientes des moyens disponibles.

PREVENTION DES TROUBLES MENTAUX, NEUROLOGIQUES ET PSYCHOSOCIAUX  
(Document AFR/RC38/4 Rév.1)

Exposé liminaire

77. Ce document a été présenté par le Dr P. O. Chuke (Secrétariat), qui a fait remarquer qu'une approche "soins de santé primaires" bien conçue et bien appliquée, s'appuyant sur le système de santé de district, pouvait atténuer considérablement l'énorme fardeau que représentent les troubles mentaux, neurologiques et psychosociaux.

78. L'introduction du document délimite le but et la portée, et donne les définitions de la prévention primaire, secondaire et tertiaire. La deuxième partie tente d'analyser l'ampleur globale du problème dans la Région africaine. Dans l'examen de la deuxième partie, l'attention du Comité régional est appelée sur le fait que les éléments démographiques ne font pas l'objet d'une surveillance systématique dans la plupart des pays. Traditionnellement, les statistiques sanitaires mesurent la mortalité plutôt que la morbidité, alors que les troubles mentaux, neurologiques et psychosociaux se font beaucoup plus sentir sur le plan de la morbidité. Il convient également de noter que, même lorsque la morbidité est enregistrée, les systèmes d'information sanitaire ne surveillent généralement pas bien l'étendue de la morbidité neuropsychiatrique parce que les agents de santé ne décèlent pas les troubles neuropsychiatriques et, de ce fait, consignent un diagnostic erroné. En outre, dans la mise en tableaux de la mortalité et de la morbidité d'après la maladie, on omet souvent d'indiquer les causes comportementales des affections somatiques.

79. La troisième partie du document présente des propositions concrètes en vue d'une action des Etats Membres pour prévenir les troubles mentaux, neurologiques et psychosociaux grâce à des mesures concertées au niveau opérationnel et avec un soutien technique et stratégique s'exerçant respectivement aux niveaux intermédiaire et central. Ces propositions s'articulent autour de trois axes relatifs au secteur de la santé, aux secteurs liés à la santé des autres ministères et des organisations non gouvernementales, et au soutien stratégique du comité national de la santé pour tous.

80. La quatrième partie souligne la nécessité de la recherche. Dans la Région africaine, des recherches s'imposent sur la distribution des problèmes dans une population particulière ainsi que sur leur évolution dans le temps, outre les travaux visant à permettre aux Etats Membres d'évaluer l'intérêt des mesures qui ont été proposées pour être appliquées sur une grande échelle. De telles recherches sur les systèmes de santé contribueront à réduire le coût sans cesse croissant des services de santé.

81. En résumé, il a été souligné que les troubles mentaux, neurologiques et psychosociaux imposaient un énorme fardeau aux services de santé publique et que la mise en oeuvre d'un programme complet de prévention fondé sur les méthodes actuellement disponibles permettrait de réduire sensiblement les souffrances, la destruction du potentiel humain et des pertes énormes qu'ils engendrent. Un tel programme s'attaquerait aux causes tant biologiques que sociales de ces troubles. Il exige un engagement national et des actions coordonnées dans bon nombre de secteurs sociaux. A cet égard, la création d'un groupe national de coordination de la santé mentale serait particulièrement utile.

### Discussion

82. La discussion a consisté en partie à donner des exemples de l'expérience acquise avec les systèmes de soins de santé mentale dans trois pays. Tous les intervenants sont convenus que les soins de santé mentale étaient négligés. L'un des délégués a imputé cet état de choses à l'existence d'autres problèmes tout aussi spectaculaires et dramatiques. On s'est dit préoccupé de constater que le problème se pose maintenant avec acuité et qu'il n'existe pas encore dans les Etats Membres de mécanisme adéquat pour y faire face. L'exode rural, auquel s'ajoutent encore la perte du soutien traditionnellement fourni par la famille élargie, l'interaction et l'identité du clan ainsi que le chômage, ont été cités comme étant des facteurs particulièrement importants de déclenchement de la maladie mentale.

83. Bon nombre d'orateurs ont souligné l'efficacité des remèdes traditionnels. Les manifestations de la maladie mentale étant liées à la culture, on a exprimé l'avis que l'intégration des soins de santé traditionnels et modernes était la condition de soins satisfaisants.

84. Le Directeur régional a fait observer que les choses se clarifient beaucoup à partir du moment où l'on accepte d'envisager les propositions d'action dans le cadre d'un service de santé mentale communautaire. Il en sera tenu compte dans la résolution.

85. Un délégué s'est félicité de l'opportunité des informations fournies dans le document et a indiqué que son ministère s'en servirait pour élaborer des stratégies visant à alléger le fardeau des troubles mentaux dans son pays. Toutefois, un autre délégué a estimé que le document n'insistait pas assez sur les aspects sociaux et culturels des troubles mentaux.

#### PROGRES REALISES DANS LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME (Document AFR/RC38/5)

##### Exposé liminaire

86. Le document sur ce sujet a été présenté par le Dr E. G. Beausoleil (Secrétariat), qui a rappelé que, lors de sa trente-cinquième session en 1985, le Comité régional avait exprimé son inquiétude face à la situation relative au paludisme dans la Région et il avait adopté la résolution AFR/RC35/R5 dans laquelle le Directeur régional était prié d'examiner une stratégie antipaludique régionale révisée et de la soumettre au Comité à sa trente-sixième session. C'est ce qui a été fait et le Comité, à sa trente-sixième session en 1986, a adopté une stratégie régionale antipaludique révisée dans la résolution AFR/RC36/R6. Le Directeur régional y était notamment prié de "passer continuellement en revue la situation du paludisme et le développement du programme antipaludique et d'en rendre régulièrement compte au Comité régional".

87. Le rapport contenu dans le document AFR/RC38/5, qui comprend cinq chapitres, est donc soumis en réponse à cette demande du Comité.

88. Le chapitre 1 (paragraphe 1 à 22) donne une vue d'ensemble de la situation relative au paludisme dans la Région africaine de l'OMS. La Région est divisée en six grands groupes selon la situation épidémiologique du paludisme, à savoir : les zones où le paludisme ne s'est jamais manifesté ou a disparu; les zones où l'on est parvenu à éradiquer le paludisme; la situation à Maurice, pays qui relève de ce dernier groupe, est mise en exergue à cause du risque de rétablissement de la transmission de P.falciparum.

89. La situation dans le sud de l'Algérie est également soulignée. Les autres groupes sont les petits pays insulaires, où la réduction et en fin de compte l'interruption de la transmission sont techniquement possibles : les zones où le paludisme est saisonnier et instable; l'Ethiopie; les zones où le paludisme est endémique. Un aperçu est donné de l'évolution de la situation épidémiologique.

90. La stratégie antipaludique possible dans ces zones (c'est-à-dire la mise en place et le renforcement des moyens de maîtriser efficacement le problème du paludisme) est également évoquée. L'attention est appelée sur l'apparition et la propagation du paludisme pharmaco-résistant, sur la menace que fait peser ce phénomène et sur les mesures à prendre en conséquence. Les mesures adoptées par le Bureau régional en vue de développer et d'encourager l'utilisation des directives pour le diagnostic, la prise en charge et le traitement du paludisme dans différentes circonstances sont brièvement décrites.

91. Le chapitre 2 (paragraphe 23 et 24) rappelle les résolutions récemment adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Comité régional sur le paludisme.

92. Le chapitre 3 (paragraphe 25 à 65) passe en revue les mesures prises pour donner suite à la résolution AFR/RC36/R6 dans chacune des zones épidémiologiquement stratifiées.

93. D'après les renseignements dont on dispose, seuls quelques pays ont revu et évalué la situation relative au paludisme et les stratégies de lutte actuelles - première étape nécessaire pour apporter les modifications voulues afin de garantir une efficacité maximale et également contribuer à la réalisation des objectifs de la santé pour tous. Mention est faite des mesures prises par l'OMS. Tous les pays où le paludisme pose un problème de santé publique se sont engagés à inscrire la lutte antipaludique dans leurs plans nationaux de développement pour contribuer à l'instauration de la santé pour tous. Une évaluation quantitative objective n'est toutefois pas possible.

94. Le chapitre 4 expose les conclusions, axées sur l'évolution du tableau épidémiologique et sur la situation dans les zones où le paludisme est endémique et se maintient à un niveau stable. Les problèmes de l'insuffisance de personnel formé et expérimenté et de ressources pour la lutte antipaludique sont évoqués.

95. Le chapitre 5 (paragrapes 69 à 71) contient les principales recommandations au niveau des pays, au niveau sous-régional et au niveau du Bureau régional.

96. Le Comité a été invité à examiner le document ainsi que le projet de résolution qui lui était joint.

#### Discussion

97. Le Comité a estimé que le rapport du Directeur régional (document AFR/RC38/5) constituait une analyse objective de la situation du paludisme dans la Région.

98. Le Comité a noté que, malgré la gravité que revêt le paludisme pour la santé publique puisque c'est une cause importante de morbidité et de mortalité évitables dans la plupart des pays et qu'il a des conséquences socio-économiques, il ne semble pas y avoir eu de progrès notables dans la lutte antipaludique. A cet égard, plusieurs questions importantes ont été soulevées.

99. Tout d'abord, certains participants ont fait état du coût des mesures organisées de lutte antipaludique propres à réduire la morbidité, la mortalité et la prévalence de la maladie et ont mentionné l'incapacité des Etats Membres de financer la mise en oeuvre et le maintien de mesures de lutte pendant une longue période.

100. Deuxièmement, la communauté internationale et les organismes donateurs refusent de débloquer des fonds pour les activités antipaludiques comme ils l'ont fait pour le PEV, les maladies diarrhéiques et d'autres programmes, bien qu'ils soient conscients de l'importance du paludisme pour la santé publique et le développement socio-économique et bien qu'ils reconnaissent la nécessité de prévenir et combattre cette maladie.

101. Troisièmement, on craint que la prévention et la lutte contre le paludisme et d'autres maladies endémiques importantes soient négligées du fait que des ressources et une grande attention sont consacrées au SIDA. Le Comité a, par conséquent, vivement recommandé que l'on déploie de sérieux efforts pour ne pas négliger le paludisme et d'autres maladies endémiques dans un souci de prévenir l'infection à VIH et le SIDA.

102. Le Comité a donc demandé que l'on recense les priorités avec réalisme afin d'attribuer les ressources nationales de façon équitable en accordant à la lutte antipaludique l'importance qu'elle mérite.

103. Les participants ont lancé un appel à la communauté internationale pour qu'elle fournisse des ressources et ils ont demandé à l'OMS d'adopter une politique agressive pour mobiliser des ressources. Au cours des discussions sur certaines stratégies et programmes de lutte nationaux contre le paludisme, les participants ont mentionné les principaux problèmes qui se posent dans la mise en oeuvre des programmes de lutte contre le paludisme.

104. Parmi ces derniers, il faut citer tout d'abord l'inadéquation des personnels formés et expérimentés pour la planification, l'organisation et la gestion des programmes de lutte contre le paludisme. Le Comité a exprimé son accord avec les politiques et programmes régionaux de formation de personnels spécialisés dans la lutte antipaludique. Il a été souligné qu'il convenait d'accorder une attention particulière à la formation des personnels de niveau intermédiaire et, en particulier, au recyclage des personnels existant pour qu'ils puissent diagnostiquer, prendre en charge et soigner convenablement les cas de paludisme. Les participants ont jugé cet aspect très important à cause des carences et des différences observées dans le diagnostic et le traitement du paludisme par le personnel de santé, qu'il s'agisse des agents de santé communautaires ou des médecins dans les hôpitaux.

105. La quatrième question avait trait à la disponibilité des médicaments antipaludiques. Si certains orateurs se sont dit satisfaits des quantités de médicaments antipaludiques reçus par l'intermédiaire de l'OMS et du FISE, d'autres ont déploré le manque de médicaments. On s'est également inquiété de la qualité de certains médicaments antipaludiques importés.

106. Parmi les solutions proposées à ces problèmes figurent les achats groupés ainsi que la création, le développement et le renforcement de laboratoires nationaux et sous-régionaux de contrôle de la qualité des médicaments, avec l'aide et la collaboration de l'OMS.

107. La cinquième question était la place et le rôle importants de l'individu, de la famille et de la communauté dans la lutte contre le paludisme ainsi que la nécessité d'adopter et d'appliquer des politiques et mesures pertinentes destinées à garantir une participation maximale de la communauté à l'action antipaludique.

108. Dans ce contexte, mention a été faite des mesures de protection individuelle et collective, par exemple mesures d'aménagement du milieu permettant de réduire ou d'éliminer la multiplication des vecteurs et production et promotion de l'utilisation de moustiquaires et rideaux imprégnés d'insecticides et d'écrans moustiquaires pour portes et fenêtres.

109. Le Comité a par ailleurs vivement recommandé que l'on encourage et développe la recherche afin d'approfondir les connaissances sur l'épidémiologie du paludisme dans la Région et que l'on mette au point des techniques appropriées en même temps qu'efficaces et économiques pour prévenir et combattre le paludisme dans les différentes conditions socio-économiques et épidémiologiques de la Région.

110. Le Comité a recommandé à cet égard que soit créé un centre régional de recherche sur le paludisme.

111. Il a pris note de la rectification demandée par le délégué de Madagascar. Dans le document AFR/RC38/5, il faut remplacer "région du plateau à Madagascar" par "région du Haut-Plateau".

112. En réponse à une question sur les rapports entre mouvements de population et paludisme, il a été précisé que, dans les zones qui sont indemnes de paludisme mais réceptives en raison de la présence des vecteurs, il pouvait y avoir rétablissement de la transmission de la maladie lorsque des voyageurs en provenance de régions où il y a transmission active du paludisme importent le parasite. Il faut donc appliquer dans ces zones des mesures strictes de surveillance et de lutte pour empêcher l'introduction et le rétablissement de la transmission de la maladie.

113. Concluant la discussion, le Dr Beausoleil a remercié les intervenants au nom du Directeur régional de leur concours et de leurs utiles suggestions.

114. Il a fait état d'activités menées au niveau régional, notamment collecte et contrôle de la qualité d'échantillons de médicaments antipaludiques produits localement et importés. A ce sujet, le Dr Beausoleil a pu dire que tous les échantillons contrôlés jusqu'ici répondaient à des normes internationalement acceptables.

115. En ce qui concerne le problème des ressources, il a reconnu lui aussi qu'il fallait s'occuper sérieusement de la formation et de l'orientation des personnels de santé de toutes les catégories et à tous les niveaux pertinents pour leur apprendre à bien diagnostiquer, prendre en charge et soigner les cas de paludisme.

116. Il a estimé que l'un des moyens d'attirer des fonds pour le programme antipaludique était de démontrer clairement ce que l'on pouvait faire pour réduire la morbidité et la mortalité dues au paludisme en élaborant et gérant des programmes de lutte antipaludique dans le cadre des soins de santé primaires, avec un bon système d'orientation/recours. Cela devrait comprendre des mesures de protection individuelle et collective telles qu'utilisation de moustiquaires imprégnées et d'écrans moustiquaires et élimination des gîtes larvaires. Rappelant que la lutte antipaludique en Afrique se heurtait depuis longtemps à des difficultés, le Dr Beausoleil a déploré qu'on n'ait fait peu pour montrer clairement comment le problème du paludisme, notamment du paludisme pharmaco-résistant, pouvait être efficacement pris en charge avec un minimum de ressources.

117. Le Dr Beausoleil s'est félicité de la proposition de création d'un centre régional de recherche sur le paludisme et a dit qu'elle serait étudiée.

118. En conclusion, le Directeur régional a fait état de ses consultations avec le PNUD, qui est prêt à soutenir la lutte antipaludique dans la Région. Il a instamment invité les Représentants de l'OMS à prendre contact avec le Représentant résident du PNUD dans le pays où ils travaillent afin de se renseigner sur les procédures à suivre.

119. Le projet de résolution a été adopté à l'unanimité.

## EXAMEN DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LA LEPRE (Document AFR/RC38/6)

Exposé liminaire

120. Le rapport sur le programme de lutte contre la lèpre dans la Région africaine a été préparé conformément aux résolutions WHA40.35 et AFR/RC37/R3 et présenté par le Dr F. Hakizimana (Secrétariat).

121. Les paragraphes 1 à 5 examinent l'évaluation du programme de lutte contre la lèpre qui est régulièrement revu par un comité d'experts de la lèpre. Ce programme est basé principalement sur le dépistage intensif pour assurer le diagnostic précoce des cas, l'intégration dans les SSP, la formation du personnel, la mise à la disposition des pays de moyens de traitement sûrs, la réadaptation des victimes handicapées par la maladie, l'information du public et l'éducation pour la santé et enfin la recherche.

122. La lutte contre la lèpre associée à la lutte contre la tuberculose est en bonne voie dans de nombreux pays de la Région et évolue, depuis les années 1970, dans le cadre d'un programme intégré de soins de santé primaires, avec la participation de la communauté.

123. Depuis les années 1980, la chimiothérapie antilépreuse progresse et la polychimiothérapie (PCT) permet d'obtenir des résultats encourageants, et l'on peut donc espérer voir un jour éliminée cette maladie, due au bacille de Hansen.

124. Les paragraphes 6 à 8 donnent un aperçu de la situation épidémiologique de la maladie dans le monde et dans la Région africaine. Même si le système de notification des cas est défectueux, il ressort du rapport que la lèpre constitue un problème de santé publique dans notre Région.

125. Les paragraphes 9 à 18 traitent de l'évaluation du programme. Celui-ci est fondé sur la politique, les stratégies et la mise en oeuvre des recommandations et résolutions adoptées par les Etats Membres et l'OMS. Il a pu être réalisé grâce aux dons de nombreux organismes donateurs, bilatéraux, multilatéraux et internationaux et à ceux fournis par des organisations non gouvernementales (ONG), mais il ne faut pas oublier que nulle agence, quelles que soient ses capacités et ressources, ne peut se substituer aux programmes nationaux qui ont adopté les stratégies recommandées par l'OMS.

126. Les paragraphes 19 à 27 donnent des détails sur la stratégie OMS de lutte contre la lèpre. Cette stratégie a été fondée sur la détection précoce des nouveaux cas à la suite de l'introduction de la dapsoné dans les années 1940. Vers les années 1970, on a noté une résistance de Mycobacterium leprae à la dapsoné et le groupe d'étude de l'OMS sur la chimiothérapie a recommandé l'association de plusieurs médicaments pour le traitement de cette maladie. Les schémas thérapeutiques diffèrent suivant la classification des malades (multibacillaires ou paucibacillaires).

127. Les paragraphes 28 à 31 décrivent les efforts déployés par l'OMS et les Etats Membres pour mobiliser les ressources nécessaires à la formation du personnel de tous les niveaux dans les centres collaborateurs de l'OMS ou au niveau national par le biais de séminaires-ateliers. Cette mobilisation a permis de financer des activités de recherche sur la chimiothérapie, sur le vaccin antilépreux et sur les facteurs comportementaux et organisationnels qui rendent plus difficile le dépistage des lépreux.

128. Les paragraphes 32 à 35 soulignent le fait que l'introduction de la PCT exige une bonne planification d'ensemble et que les schémas thérapeutiques recommandés permettent d'éviter et de surmonter la résistance à la dapsoné. Depuis 1986, la couverture a considérablement augmenté du fait de la motivation profonde tant des malades que des agents de santé chargés de la lutte antilépreuse. La PCT doit être associée aux soins donnés au niveau périphérique (village) où la motivation des patients et des familles et de la collectivité permet d'éviter les invalidités et d'assurer la réadaptation de certains handicapés.

129. Les paragraphes 37 à 43 relèvent les contraintes majeures rencontrées dans la mise en oeuvre du programme de lutte contre la lèpre. Il s'agit essentiellement de la lenteur de l'intégration de la PCT dans le système des SSP, de l'absence de plan d'action, de l'insuffisance des moyens financiers et du manque de personnel suffisant en quantité et en qualité.

130. Les paragraphes 44 à 56 énumèrent les activités à entreprendre sur le terrain. Il s'agira de poursuivre la formation du personnel depuis le niveau central jusqu'au niveau périphérique sur tous les aspects de la maladie (diagnostic, soins, traitement, gestion et approvisionnement en médicaments, information du public et éducation pour la santé) et d'assurer l'exécution et le suivi du traitement. L'OMS aidera les pays à élaborer et à évaluer des plans nationaux sur la base d'indicateurs épidémiologiques et opérationnels établis par ses soins. Ces plans nationaux permettront, dans le cadre de la coopération bilatérale, multilatérale et avec les ONG, de mobiliser les ressources complémentaires permettant d'assurer l'approvisionnement en produits pharmaceutiques et l'équipement des formations médico-sanitaires.

131. Le Dr Hakizimana est parvenu à la conclusion que, pour le moment, l'on disposait d'une technologie efficace pour lutter contre la lèpre. Mais, dans les pays de la Région où la lèpre est endémique, des retards ont été enregistrés dans la mise en oeuvre de la PCT antilépreuse. C'est pourquoi les activités futures devront être renforcées avec l'appui de l'OMS. Le rôle des gouvernements est prééminent dans la coordination des ressources et des activités des programmes nationaux et du programme régional de lutte contre la lèpre.

#### Discussion

132. Le Comité régional s'est félicité de la qualité du rapport sur la situation du programme de lutte contre la lèpre dans la Région africaine de l'OMS.

133. Certains délégués ont instamment invité l'OMS à mobiliser des ressources additionnelles pour épauler les efforts nationaux et ceux des organisations non gouvernementales (ONG) afin d'aider les pays à se doter d'une bonne infrastructure de santé décentralisée et bien équipée en matériel médico-sanitaire et à mettre en place un système d'approvisionnement régulier en médicaments.

134. Le Comité s'est félicité des succès remportés dans la lutte contre la lèpre grâce à la polychimiothérapie (PCT). Des participants ont toutefois fait observer que la mise en oeuvre de la PCT exigeait une collaboration multisectorielle sans laquelle le programme de lutte contre la lèpre serait voué à l'échec. C'est pourquoi, il a été proposé de mentionner dans le dispositif du projet de résolution la nécessité de tenir compte de toutes les collaborations possibles lors de la préparation des plans nationaux de lutte contre la lèpre.

135. Le Comité a été informé de la résolution sur la réadaptation et la formation dans le domaine de la lèpre en Afrique adoptée par les Ministres de la Santé de l'OUA.

#### EXAMEN DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES MALADIES DIARRHEIQUES (Document AFR/RC38/8)

##### Exposé liminaire

136. Le Dr D. Buriot (Secrétariat) a présenté le rapport du Directeur régional sur ce sujet. Il a donné au Comité régional des informations sur les progrès réalisés et sur les problèmes rencontrés dans la mise en oeuvre du programme. Ce rapport vise à encourager les Etats Membres de la Région à prendre les mesures appropriées pour atteindre les objectifs et les buts qu'ils se sont fixés.

137. L'évaluation du programme suit les principes directeurs de l'OMS pour l'évaluation des programmes de santé (Série Santé pour tous, No. 6). La pertinence et l'importance du programme de lutte contre les maladies diarrhéiques sont désormais évidentes étant donné l'ampleur du problème à résoudre. Le programme est conforme à l'objectif social de la santé pour tous d'ici l'an 2000. La formulation des stratégies de lutte contre les maladies diarrhéiques est fondée sur une définition claire des problèmes.

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

139. Les buts régionaux ont été fixés pour 1989; ils consistent à mettre les sachets de sels de réhydratation par voie orale (SRO) à la disposition de 80 % des enfants de moins de cinq ans et à appliquer la thérapie de réhydratation par voie orale (TRO) à 50 % des enfants de moins de cinq ans. Ainsi, le programme devrait permettre de sauver, chaque année, la vie de 300 000 enfants de moins de cinq ans dans la Région.

140. A la fin de 1987, 40 pays sur 44 avaient préparé leur plan d'opération. Toutefois, seuls 33 pays ont mis en oeuvre leur programme national conformément au plan d'opération élaboré et reçoivent régulièrement des sachets de sels de réhydratation par voie orale, soit de fabrication locale, soit en provenance du FISE, de l'OMS ou d'organismes bilatéraux. La progression du programme est suivie grâce à une série d'indicateurs mondiaux importants adaptés aux besoins nationaux.

141. Sept pays commencent à produire localement des sachets de sels pour la réhydratation par voie orale. Le FISE est le principal fournisseur de ces sels en Afrique. L'OMS et le FISE ont déterminé conjointement les critères de qualité, auxquels sont conformes presque tous les sachets de sels de réhydratation par voie orale produits dans la Région à l'heure actuelle.

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

143. Cinq centres de formation interpays pour la lutte contre les maladies diarrhéiques fonctionnent actuellement et plus de 800 personnes ont été formées en 1986-1987. Soixante et un cours de formation destinés à donner des compétences en matière de supervision ont été organisés avec la collaboration du Bureau régional dans 26 pays et plus de 240 nationaux ont été formés en 1986-1987.

144. Vingt-six pays ont procédé à au moins une évaluation complète pour déterminer les succès et les contraintes, et prendre les mesures correctives nécessaires.

145. On peut évaluer l'efficacité du programme en mesurant l'accès aux sels de réhydratation par voie orale et l'utilisation de la thérapie de réhydratation par voie orale parmi les groupes de populations les plus vulnérables, notamment les enfants de moins de cinq ans. Il y a eu une nette augmentation du pourcentage d'individus ayant accès aux sels de réhydratation par voie orale : de moins de 5 % en 1983 il est passé à 30 % en 1986. Cet accroissement résulte d'un approvisionnement plus abondant en sels de réhydratation dans les pays intéressés grâce à la production locale et aux importations, à une distribution plus dynamique, à l'existence d'un personnel qualifié et à l'amélioration de la collecte des données.

146. Le taux minimum estimatif d'utilisation de la thérapie de réhydratation par voie orale (proportion des épisodes de diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans traités avec des sels de réhydratation par voie orale ou des solutions de sel/sucre ou d'autres solutions efficaces préparées à domicile), est passé de 5 % en 1984 à 12 % en 1986.

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

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

149. Entre 1981 et 1987, on a procédé à 67 enquêtes sur la morbidité et la mortalité imputables aux diarrhées et sur le taux d'utilisation de la thérapie de réhydratation par voie orale dans 24 pays de la Région. Les enquêtes montrent que les taux de mortalité et de morbidité associées aux maladies diarrhéiques sont plus élevés dans les pays où la situation sanitaire et sociale est critique.

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

#### Discussion

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

152. Le Comité a reconnu que des progrès importants avaient été réalisés depuis 1985. De nombreux obstacles rencontrés dans l'exécution des programmes nationaux ont été mentionnés. Ils devront être surmontés pour que les objectifs du programme à l'horizon 1989 soient atteints. Il s'agit notamment des problèmes de formation, de supervision et de transport. L'insuffisance des ressources au niveau national pour assurer une prise en charge nationale des programmes a également été évoquée.

153. On a reconnu que les stratégies adoptées par le programme étaient adaptées à la situation régionale, et le Comité a demandé qu'une attention particulière soit accordée aux stratégies visant à améliorer l'état nutritionnel, la fourniture d'eau potable et la promotion d'une bonne hygiène corporelle et domestique.

154. Le Comité régional a insisté sur la nécessité de trouver des solutions préparées à domicile qui soient disponibles à tout moment, culturellement acceptables et de composition sûre et efficace pour prévenir la réhydratation et, il a demandé au Directeur régional de diffuser dans les pays les informations disponibles sur ce sujet.

155. Plusieurs pays ont manifesté leur intention de renforcer les activités de lutte contre les maladies diarrhéiques, de diversifier les activités programmatiques en renforçant l'action de prévention, et en privilégiant ce qui se fait au niveau périphérique. Ils ont exprimé le vœu que le Bureau régional les soutienne dans ces activités.

156. La résolution AFR/RC38/R10 a été adoptée après amendement.

PROGRAMME DE MEDICAMENTS ET VACCINS ESSENTIELS  
(Document AFR/RC38/9 Rév.1)

Exposé liminaire

157. Le document AFR/RC38/9 Rév.1 sur ce sujet a été présenté au Comité régional par M. W. C. Chelemu (Secrétariat). Ce dernier a fait remarquer que, bien que certains progrès aient été réalisés pour quelques aspects du programme, des pénuries de médicaments et de vaccins s'observaient encore dans certains pays. Il a exprimé l'opinion que l'on était maintenant davantage conscient de l'importance des médicaments essentiels en tant que composante des soins de santé primaires. Il a noté que de nouvelles stratégies étaient en cours d'élaboration pour accroître les ressources disponibles pour ce programme, notamment par la participation individuelle et collective.

158. En dépit des contraintes financières, les Etats Membres ont déployé des efforts pour améliorer leur système d'approvisionnement en médicaments. La plupart des recommandations formulées à ce sujet par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Comité régional sont actuellement mises en oeuvre tandis que la coopération entre les Etats Membres et les organisations internationales et non gouvernementales s'est accrue au même titre qu'avec les organismes bilatéraux. Actuellement, on privilégie certains aspects du programme et notamment la sélection des médicaments, leur quantification, leur achat, le contrôle de la qualité, la distribution et la formation des personnels.

Discussion

159. Les délégués qui sont intervenus sur ce point d'ordre du jour ont approuvé le document et fourni au Comité les précisions sur la situation du programme EDV dans leur pays. Le consensus a été que les pays francophones de la Région avaient tendance à être négligés par les donateurs et l'industrie pharmaceutique, ou qu'ils étaient mal informés du programme d'action sur les médicaments essentiels. Pour remédier à cette situation, certains membres ont proposé que l'on organise un atelier sur ce programme à l'intention des pays francophones de la Région.

160. En outre, on a estimé qu'il fallait mettre davantage l'accent sur la formation des nationaux à la gestion rationnelle des médicaments en vue d'améliorer la mise en oeuvre du programme EDV dans les pays et son intégration aux soins de santé primaires. A cet égard, les participants ont instamment demandé que la coopération technique s'intensifie entre les pays africains.

161. Le Comité a été informé des mesures actuellement envisagées par le Secrétariat pour tenir compte des préoccupations des délégués. Il a été fait état en particulier de réunions qui ont déjà eu lieu et qui sont prévues dans le cadre du programme EDV. Le Bureau régional incite particulièrement à l'élaboration de politiques pharmaceutiques nationales et à la création d'organismes nationaux de réglementation pharmaceutique. Les activités de formation et les achats groupés de médicaments figurent également en tête de la liste des priorités du programme.

RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME (Document AFR/RC38/15)

Exposé liminaire

162. Les différents points du rapport du Sous-Comité du Programme ont été présentés de la façon suivante :

- Dr M. Sylla (Guinée) : Rapport sur la surveillance continue des stratégies de la SPT/2000 (document AFR/RC38/16).
- Mme W. G. Manyeneng (Botswana) : Organisation de l'infrastructure de santé au niveau du district pour faire face aux épidémies (documents AFR/RC38/17 et AFR/RC38/17 Add. 1).

- Dr C. Mendes Costa (Guinée-Bissau) : Projet de budget programme 1990-1991 (document AFR/RC38/2 et Add.1, 2 et 3).
- Dr T. K. Sinyangawe (Zambie) : Idées directrices pour la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako (document AFR/RC38/18 Rév.1).
- Dr H. Mahamat Hassan (Tchad) : Rapport du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (document AFR/RC38/19).
- Dr A. Gando (Congo) : Prix du Dr Comlan A. A. Quenum de Santé publique en Afrique (document AFR/RC38/10).

163. Le rapport intégral du Sous-Comité figure à l'Annexe 10.

#### Discussion

164. Le Comité a approuvé le rapport sur la surveillance continue des stratégies pour SPT/2000 tel qu'approuvé par le Sous-Comité.

165. En ce qui concerne l'organisation de l'infrastructure sanitaire au niveau du district pour faire face aux épidémies, certains membres ont exprimé leur inquiétude face à la persistance dans la Région de situations d'urgence provoquées par les épidémies de maladies transmissibles et les catastrophes naturelles qui se traduisent par de très lourdes pertes en vies humaines. Le Comité a dit qu'il appréciait l'appui de l'OMS sous forme de secours d'urgence. Les participants ont reconnu la nécessité de préparer les communautés, notamment au niveau des villages, à faire face aux épidémies.

166. En examinant le Projet de Budget Programme 1990-1991, le Comité a pris note du projet de budget total pour la prochaine période biennale qui s'élève à US \$119 711 400, ce qui correspond à une augmentation des coûts de 9,13 % mais une croissance zéro en termes réels, par rapport au budget programme de 1988-1989 tel que modifié par la Quarante et Unième Assemblée mondiale de la Santé. En outre, le Comité a pris note du fait que la répartition des fonds entre les divers programmes se fonde sur les priorités proposées par les pays dans leurs différentes contributions au projet de budget programme pour 1990-1991.

167. En ce qui concerne les directives pour la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako, il a été suggéré de faire une nette distinction entre, d'une part, le programme des médicaments essentiels (EDV) et, d'autre part, l'Initiative de Bamako. Un certain nombre de suggestions ont été formulées pour rendre l'Initiative de Bamako plus viable, notamment en étudiant plus en détail et en mettant à l'épreuve les directives au niveau des pays, en assurant une formation soutenue à la gestion du programme au niveau du district, en faisant participer davantage la communauté, en assurant également une collaboration multisectorielle à la mise en oeuvre et, enfin, en profitant de l'occasion pour privilégier les femmes et les enfants en tant que groupe cible visé par l'Initiative.

168. Ayant pris note avec satisfaction des points relatifs au rapport du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire et du Prix Comlan A. A. Quenum de Santé publique en Afrique, le Comité a adopté le rapport du Sous-Comité du Programme en se félicitant de sa qualité ainsi que de l'appui fourni à cette occasion par le Secrétariat.

MODALITES DE MISE EN OEUVRE DES RESOLUTIONS D'INTERET REGIONAL ADOPTEES PAR L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE ET LE CONSEIL EXECUTIF (Document AFR/RC38/11)

#### Exposé liminaire

169. Le Docteur H. Ntaba (Malawi) a présenté le document AFR/RC38/11 sur ce point qui concerne une vingtaine de résolutions adoptées par l'Assemblée de la Santé et le Conseil Exécutif ayant des incidences sur le programme régional. Le Comité a été invité à guider le Secrétariat dans l'application de ces résolutions.

#### Discussion

170. Lors de la discussion sur la résolution WHA41.25 relative au Programme d'action sur le tabac ou la santé, l'attention du Comité a été attirée sur le fait que les économies de certains pays dépendaient de la production de tabac qui, si elle cessait, aurait inévitablement de graves conséquences socio-économiques. Tout en invitant instamment la poursuite du combat contre l'abus du tabac, le Comité n'en a pas moins demandé au Directeur régional d'examiner le problème posé par les pays dont les économies sont fortement tributaires du tabac.

171. Se référant à la résolution WHA41.19 relative à la médecine traditionnelle et aux plantes médicinales, le Directeur associé de la Commission médicale chrétienne a noté que l'OMS se préoccupait d'élaborer des connaissances scientifiques en matière d'utilisation de la médecine par les plantes. Une réunion tenue en août 1987 sur l'emploi de la médecine par les plantes dans les soins de santé primaires a permis de dresser une liste de remèdes d'usage courant qui sera publiée en temps voulu. Citant en exemple l'expérience chinoise, un membre a souligné l'importance de la médecine traditionnelle.

172. La résolution WHA41.24 relative au SIDA a suscité plusieurs interventions. L'attention du Comité a été attirée sur le problème créé par le fait que certains donateurs tardent à verser les fonds annoncés pour la mise en oeuvre de programmes nationaux de lutte contre l'infection à VIH et le SIDA. Il a donc été demandé à l'OMS de prendre les mesures qui s'imposent pour faire en sorte que les fonds soient mis à disposition dans les délais voulus pour ne pas compromettre la bonne marche des programmes nationaux.

173. Une délégation a estimé que les mesures discriminatoires contre les sujets infectés par le VIH et les sidéens, de même que le dépistage obligatoire imposé aux voyageurs internationaux, posent un problème tel qu'une action mondiale s'impose, dont l'OMS doit assurer la promotion et la direction.

174. On a souligné la nécessité d'une répartition rationnelle et d'une utilisation optimale des moyens disponibles pour lutter contre le SIDA en tenant compte des autres problèmes de santé importants et des programmes de lutte contre les endémies. Le Comité a fait observer que, du point de vue scientifique ou épidémiologique, le dépistage obligatoire imposé aux voyageurs internationaux, indépendamment de ses implications internationales, juridiques et politiques, ne se justifiait pas en tant que moyen pour éviter la transmission et la propagation de l'infection à VIH et du SIDA.

175. Certaines délégations se sont déclarés peu satisfaits des structures et de la gestion du Programme mondial OMS de lutte contre le SIDA, notamment en ce qui concerne le contrôle financier des crédits mis à la disposition des programmes nationaux. On a estimé que les gestionnaires des programmes nationaux doivent avoir la maîtrise de ces fonds.

176. Une certaine clarification s'impose en ce qui concerne l'Alliance OMS/PNUD contre le SIDA, afin d'élucider différentes questions et notamment celle de la responsabilité de la direction et de la coordination des activités menées contre le SIDA au niveau des pays.

177. En clôturant les débats, le Directeur régional a remercié les orateurs de leurs contributions. Il a indiqué que le Bureau régional avait pris note des problèmes financiers et gestionnaires soulevés au cours des débats et mentionnés dans un certain nombre de rapports émanant de pays membres.

178. Il a informé le Comité qu'immédiatement après le Comité régional une réunion interne serait organisée pour examiner toutes ces questions et d'autres encore, et que le résultat en serait communiqué à tous les pays membres.

INCIDENCES REGIONALES DES ORDRES DU JOUR DE LA QUATRE-VINGT-TROISIEME SESSION  
DU CONSEIL EXECUTIF ET DE LA QUARANTE-DEUXIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE  
(Document AFR/RC38/12)

#### Exposé liminaire

179. Le Dr V. M. Raharijaona (Madagascar) a présenté ce point de l'ordre du jour. Il a rappelé que, dans sa résolution AFR/RC30/R6, le Comité régional à sa trentième session, avait approuvé la procédure qui vise à coordonner les ordres du jour des Organes directeurs aux niveaux mondial et régional.

180. Conformément à l'Article 50 de la Constitution et au paragraphe 4 (3) du dispositif de la résolution WHA33.17, le Comité a été prié à la présente session d'examiner les ordres du jour provisoires de la quatre-vingt-troisième session du Conseil exécutif (voir Annexe 1, EB8/1, pages 3-5 du document) et de la Quarante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé (voir Annexe 2, pages 6-9). Le Comité régional souhaiterait peut-être déterminer les parties de ces ordres du jour à inclure dans celui de sa trente-neuvième session, qui aura lieu en septembre 1989.

181. Les ordres du jour provisoire de la quatre-vingt-troisième session du Conseil exécutif (Annexe 1) et de la Quarante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé (Annexe 2) comportent tous les deux des questions qui intéressent la Région.

182. Le Dr Raharijaona a retenu plus particulièrement les points ci-après des ordres du jour de la quatre-vingt-troisième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé :

- a) les rapports des Directeurs régionaux sur les faits régionaux importants et sur les questions relatives au Comité régional; ce point a été déjà inclus dans l'ordre du jour de la trente-huitième session du Comité régional en tant que point 6.1 (document AFR/RC38/3);
- b) la prévention des troubles mentaux, neurologiques et psychosociaux, qui faisait l'objet du point 6.2 de l'ordre du jour de la présente session du Comité régional (document AFR/RC38/4);
- c) le projet de budget-programme pour l'exercice 1990-1991, qui figurait également à l'ordre du jour de la présente session du Comité régional (documents AFR/RC38/2 et AFR/RC38/2 Add.1, 2 et 3);
- d) la stratégie mondiale de lutte contre le SIDA, qui faisait l'objet du point 6.5 de l'ordre du jour de la présente session du Comité régional (document AFR/RC38/7);
- e) la stratégie mondiale de la SPT/2000 (surveillance continue et évaluation), qui faisait l'objet du point 8.1 de l'ordre du jour de la présente session du Comité régional (document AFR/RC38/16 Rév.1).

### Discussion

183. Le Comité a recommandé d'inclure dans les deux ordres du jour provisoires en question un point intitulé "Attribution du Prix Comlan A. A. Quenum de Santé publique en Afrique" de façon à concrétiser la décision du Comité régional de décerner ce prix pour la première fois en 1989.

METHODE DE TRAVAIL ET DUREE DE L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE  
(Document AFR/RC38/13)

Exposé liminaire

184. Le Dr (Mme) L. Barry (Mali) a présenté ce point de l'ordre du jour. Elle a rappelé que la Région africaine avait désigné un candidat à la présidence de l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 1988. Ce n'est qu'à la Quarante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, en 1994, que la présidence reviendra de nouveau à la Région africaine.

185. Compte tenu des décisions de la trente-deuxième session du Comité régional, le Président de la trente-huitième session du Comité régional sera proposé pour l'un des postes de Vice-Président de la Quarante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé en mai 1989.

186. Un Vice-Président peut exercer le mandat du Président à la place de celui-ci. Le Président et le Vice-Président sont élus à titre personnel et non pas en qualité de représentant de tel ou tel pays. Leurs candidatures sont proposées par la Commission des Désignations compte tenu de "l'expérience et de la compétence des personnes". Ils ne prennent pas part au scrutin.

187. Le Dr Barry a précisé que les commissions principales de l'Assemblée mondiale de la Santé étaient la Commission A, qui s'occupe surtout des questions de programme et de budget, et la Commission B, dont la tâche principale est d'examiner la situation financière de l'Organisation. Les Présidents des deux Commissions principales sont élus par l'Assemblée mondiale de la Santé après examen du rapport de la Commission des Désignations. Chacune des deux Commissions principales élit deux Vice-Présidents et un Rapporteur.

188. Le Dr Barry a proposé que le représentant de la République de Zambie s'exprime au nom de la Région africaine à la clôture de la Quarante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé puisqu'il n'a pas eu l'occasion de s'adresser à la Quarante et Unième Assemblée en tant que porte-parole désigné par la Région africaine.

189. Le Directeur régional convoquera le lundi 8 mai 1989 à 10 heures, au Palais des Nations à Genève, une réunion informelle du Comité régional au cours de laquelle il consultera les Etats Membres au sujet des propositions formulées pour faciliter les travaux de l'Assemblée mondiale de la Santé.

Discussion

190. Au cours de la discussion, le Professeur Ngandu-Kabeya, Ministre de la Santé du Zaïre et Président de la Quarante-et-Unième Assemblée mondiale de la Santé, a remercié le Comité de l'avoir désigné pour présider les travaux de cette Assemblée. Il a exprimé sa gratitude aux délégués pour l'esprit de corps dont ils ont fait preuve pendant l'Assemblée et il a remercié le Directeur régional de son appui.

DISCUSSIONS TECHNIQUES A LA QUARANTE-DEUXIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE  
(Document AFR/RC38/14)

Exposé liminaire

191. Monsieur L. Chomera (Mozambique) a présenté ce point de l'ordre du jour en expliquant que le Conseil exécutif choisit chaque année une question d'intérêt prioritaire pour la santé mondiale comme thème des discussions techniques de l'Assemblée de la Santé.

192. Le thème retenu pour les discussions techniques de 1989 a été "La santé des jeunes".

193. Il a ajouté que ce choix traduisait une prise de conscience des besoins particuliers des adolescents et des jeunes en général en matière de santé. Leur comportement est souvent la condition même de leur santé - dans l'immédiat et plus tard - tout comme de la santé de leur progéniture. Satisfaire les besoins des jeunes en matière de santé exige que l'on prenne des mesures culturellement pertinentes qui tiennent compte des processus caractéristiques du passage de l'enfance à l'état adulte.

Discussion

194. Le Comité a unanimement estimé que le thème était opportun et d'actualité. Certains pays ont demandé comment les jeunes seraient choisis pour participer aux discussions techniques à l'Assemblée et de quelles questions ils traiteraient pendant les discussions.

195. Le Directeur régional a expliqué que la sélection des jeunes appelés à participer aux discussions s'opérerait aux niveaux national, régional et mondial. Les questions à débattre seront choisies par les jeunes eux-mêmes.

196. Invité à fournir des précisions supplémentaires au Comité sur cette question, le Dr W. Mwambazi (Secrétariat) a fait observer que le Siège de l'OMS avait collaboré très étroitement avec le Bureau régional à la préparation des discussions techniques.

197. Répondant à la question relative aux critères présidant au choix des pays et du lieu où l'atelier serait organisé, il a informé le Comité qu'un certain nombre de pays (dont le Cameroun) ont déjà entrepris des activités intersectorielles collectives pour la promotion et la protection de la santé des jeunes. Le Gouvernement Français, le Siège de l'OMS et le Bureau régional soutiennent conjointement l'atelier qui aura lieu à Bamako (Mali) en octobre 1988. Par suite de contraintes financières, 12 pays seulement ont été invités à y participer.

198. Il a également rappelé au Comité qu'à sa trente-septième session, celui-ci avait étudié des indicateurs permettant d'observer et d'évaluer la santé des jeunes lorsqu'il avait examiné les indicateurs proposés pour l'évaluation de la situation sanitaire et l'analyse de ses tendances au niveau du district.

199. Quant à la question de la définition des jeunes, il a expliqué que l'on disposait de plusieurs définitions, en fonction du contexte. Selon qu'il s'agit du mariage, de l'achat et de la consommation de boissons alcoolisées ou du permis de conduire, les pays ont défini des tranches d'âge différentes. En 1968, l'OMS a établi la classification suivante : adolescent - personne de 10 à 20 ans; jeune adulte - personne de 20 à 24 ans.

RAPPORT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES : "APPUI TECHNIQUE AUX SOINS DE SANTE  
PRIMAIRES : ROLE DU NIVEAU INTERMEDIAIRE POUR ACCELERER L'INSTAURATION  
DE LA SANTE POUR TOUS LES AFRICAINS" (Document AFR/RC38/20)

#### Exposé liminaire

200. Ce point de l'ordre du jour a été présenté par le Dr F. Vaz (Mozambique) Président des discussions techniques de 1988. Il a été rappelé que le document AFR/RC38/TD/1 sur le rôle du niveau intermédiaire pour accélérer l'instauration de la santé pour tous les Africains, avec ses additifs 1 et 2, constituait la base des discussions techniques organisées le 10 septembre 1988.

201. Le Président des discussions techniques a mis en relief plusieurs obstacles qui freinent la mise en oeuvre d'un appui aux soins de santé primaires au niveau intermédiaire, à savoir : a) la formation sur le plan local; b) la recherche dans les hôpitaux; c) la logistique et, d) la coopération intersectorielle.

#### Discussion

202. Les délégués du Cameroun, de la Côte d'Ivoire, du Gabon et du Mali ont fait part de leur expérience en matière d'appui au niveau intermédiaire. La gestion des ressources, les structures et les programmes prioritaires ont été les points saillants des discussions. Il a été proposé que le Directeur régional, sur la base de négociations et d'accords avec des institutions "soeurs", propose aux Etats Membres des procédures gestionnaires appropriées qu'il conviendrait de suivre. Dans ce contexte, on confierait aux équipes inter pays de développement sanitaire une mission spécifique pour l'année prochaine.

203. Le rapport des discussions techniques (document AFR/RC38/20), qui figure à l'Annexe 12, a été approuvé par le Comité.

#### CHOIX DU SUJET DES DISCUSSIONS TECHNIQUES EN 1989 (Document AFR/RC38/22)

204. Le Directeur régional a repris dans l'ordre les sujets discutés dans le cadre du scénario en trois phases pour le développement sanitaire dans la Région africaine. Parmi les sujets discutés jusqu'à présent, citons le rôle du district pour accélérer SPT/2000, en 1987, et l'appui technique aux soins de santé primaires (niveau intermédiaire), en 1988. Le sujet proposé pour les discussions techniques de 1989 a été "Appui stratégique aux SSP : rôle du niveau central pour accélérer SPT/2000".

205. Le Comité a approuvé ce thème pour les discussions techniques de 1989.

#### CHOIX DES SUJETS DES DISCUSSIONS TECHNIQUES EN 1990, 1991 et 1992 (Document AFR/RC38/22 Add.1)

206. En présentant ce point d'ordre du jour, le Directeur régional a rappelé les différents thèmes qui ont été examinés au cours des discussions techniques antérieures et a souligné la nécessité d'établir un plan de travail. Les thèmes suivants ont été proposés :

1990 - Gestion des systèmes de santé

1991 - Formation des personnels de santé

1992 - Recherche dans le domaine de la santé publique.

207. Le Comité a approuvé les trois thèmes proposés pour les discussions techniques en 1990, 1991 et 1992.

#### DESIGNATION DU PRESIDENT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES DE 1989

208. Le Comité a désigné le Dr Reginald Amonoo-Lartson du Ghana comme Président des discussions techniques de la trente-neuvième session.

#### DATES ET LIEUX DES TRENTE-NEUVIEME ET QUARANTIEME SESSIONS DU COMITE REGIONAL

209. Au nom du Directeur régional, Monsieur D. E. Miller a présenté le document AFR/RC38/23 qui invite le Comité régional à confirmer sa décision de tenir sa trente-neuvième session à Niamey (Niger) à l'invitation du Gouvernement de ce pays.

210. En exécution de la résolution AFR/RC35/R10 par laquelle il a été décidé que les Comités régionaux se tiennent au moins une fois sur deux au Bureau régional de Brazzaville, le Comité a été invité à confirmer que sa quarantième session se tiendrait à Brazzaville.

211. D'autres invitations à accueillir le Comité régional ont été lancées, mais les Etats Membres ont été priés de tenir compte des frais supplémentaires qu'entraîne l'organisation de la session du Comité régional hors du Bureau régional.

212. La délégation du Niger a réitéré l'invitation qu'elle avait adressée au Comité régional. De son côté, le Comité régional a confirmé sa décision de tenir sa trente-neuvième session à Niamey (Niger) du mercredi 6 au mercredi 13 septembre 1989.

213. On a fait observé que l'organisation d'une session hors de Brazzaville coûte environ US \$160 000 de plus. Certaines Régions de l'OMS et le Siège demandent aux pays hôtes de prendre à leur charge la différence pour ce qui est des Comités régionaux et de l'Assemblée mondiale de la Santé. On a également laissé entendre que l'on pourrait faire l'économie de ces frais supplémentaires en tenant toutes les sessions du Comité régional à Brazzaville.

214. Quoi qu'il en soit, le Burundi a maintenu son invitation; le Tchad a offert d'accueillir la quarante-troisième session et le Souaziland et le Botswana ont, l'un et l'autre, offert d'accueillir de futures sessions dont les dates seront fixées en accord avec la résolution AFR/RC35/R10.

#### COMPOSITION DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME POUR 1988-1989

215. Le Président a annoncé que les 12 membres suivants constitueront le Sous-Comité du Programme pour 1988-1989 : Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Mali, Mauritanie, Maurice et Mozambique.

#### CONCLUSIONS

216. La trente-huitième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique s'est tenue au Bureau régional à Brazzaville du 7 au 14 septembre 1988. Au cours de la cérémonie d'ouverture d'importants discours ont été prononcés par le Professeur A. Djedje Mady, Premier Vice-Président de la trente-septième session du Comité et Ministre de la Santé et de la Population de la Côte d'Ivoire, par le Dr Hiroshi Nakajima, nouveau Directeur général de l'OMS, par le Dr G. L. Monekosso, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, par le Dr J. N. Togba, seul signataire encore vivant de la Constitution de l'OMS, qui avait été invité pour prononcer une allocution devant le Comité à l'occasion du quarantième anniversaire de l'Organisation, par M. P. C. Damiba, Directeur régional du PNUD pour l'Afrique et par Son Excellence le Colonel Denis Sassou Nguesso, Président de la République populaire du Congo.

217. Le Comité a examiné plus de vingt documents soumis par le Secrétariat et qui portaient sur les points de l'ordre du jour suivants : Activités de l'OMS dans la Région africaine; Corrélations entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé; Rapport du Sous-Comité du Programme et Discussions techniques dont le thème était "Appui technique aux soins de santé primaires : rôle du niveau intermédiaire pour accélérer l'instauration de la santé pour tous les Africains".

218. Après avoir étudié la documentation sur les activités de l'OMS dans la Région africaine, le Comité a approuvé les principaux axes proposés par le Directeur régional en ce qui concerne l'Initiative de Bamako, la coopération plus étroite avec les autres institutions du système multilatéral international, la promotion de la prise de conscience politique pour ce qui est du rôle central de la santé dans le processus de développement national et un appui accru à la mise en oeuvre dans les Etats Membres du scénario de développement sanitaire en trois phases pour accélérer SPT/2000.

219. Etant donné le sombre tableau sanitaire qui résulte, dans certains pays, de la conjonction d'épidémies et d'autres catastrophes telles que sécheresse, inondations et invasions de sauterelles, le Comité a demandé au Directeur régional de prendre les mesures appropriées pour renforcer l'aptitude du Bureau régional à aider les pays membres à maîtriser efficacement ces situations graves. Le Comité a, en outre, décidé de créer un fonds spécial pour la santé en Afrique.

220. Le Comité a unanimement déploré dans les termes les plus vifs le rejet de déchets industriels toxiques dans la Région. Il a souligné l'importance des ressources humaines pour la santé, qui sont la condition préalable au développement et au bon fonctionnement des systèmes nationaux de santé. Il s'est félicité du principe de l'utilisation des cadres professionnels associés, qui peut compléter la formation et le recrutement de personnel local.

221. Après avoir passé en revue quelques programmes techniques, en particulier dans le domaine de la lutte contre la maladie, le Comité a, entre autres recommandations, instamment demandé que le Programme mondial de lutte contre le SIDA soit restructuré, que la responsabilité de sa gestion soit décentralisée et que l'on intensifie les efforts pour dégager clairement les caractéristiques épidémiologiques ainsi que les facteurs et les co-facteurs de risque de façon à formuler les stratégies de prévention et de lutte les plus appropriées et les plus efficaces.

222. Dans le domaine de la lutte antipaludique, le Comité a recommandé la création d'un centre régional de recherche sur le paludisme en vue d'approfondir les connaissances sur l'épidémiologie du paludisme et mettre au point des techniques efficaces de lutte contre cette maladie.

223. Le Comité a entériné les grandes lignes d'action dégagées par le Directeur régional lors de l'examen des programmes de lutte contre la lèpre et contre les maladies diarrhéiques, de la prévention des troubles mentaux, neurologiques et psychosociaux et du programme des médicaments et vaccins essentiels.

224. Le Comité a également approuvé le Projet de Budget Programme pour 1990-1991, le rapport régional de son Sous-Comité du Programme, ainsi que le rapport des discussions techniques intitulé "Appui technique aux soins de santé primaires : Rôle du niveau intermédiaire pour accélérer l'instauration de la santé pour tous les Africains".

225. Le Comité a adopté vingt-six résolutions et douze décisions de procédure. Il a confirmé sa décision de tenir sa trente-neuvième session à Niamey (Niger) du 6 au 13 septembre 1989.

#### ADOPTION DU RAPPORT

226. Le projet du rapport du Comité a été adopté à l'unanimité.

#### CLOTURE DE LA SESSION

227. Le Comité a conclu ses travaux avec une motion de remerciements au peuple et au Gouvernement de la République populaire du Congo pour les efforts considérables qu'ils ont consentis pour assurer le succès de la session et pour leur hospitalité chaleureuse et fraternelle vis-à-vis des participants.

## ANNEXES



## ORDRE DU JOUR

1. Ouverture de la trente-huitième session (document AFR/RC38/INF/01)
2. Adoption de l'ordre du jour provisoire (document AFR/RC38/1)
3. Constitution du Sous-Comité des Désignations (résolution AFR/RC32/R1)
4. Election du Président, des Vice-présidents et des Rapporteurs
5. Désignation du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs (résolution AFR/RC25/R17)
6. Activités de l'OMS dans la Région africaine
  - 6.1 Rapport succinct du Directeur régional (document AFR/RC38/3)
  - 6.2 Prévention des troubles mentaux, neurologiques et psychosociaux (document AFR/RC38/4 Rév.1)
  - 6.3 Progrès réalisés dans la lutte contre le paludisme (document AFR/RC38/5)
  - 6.4 Examen du programme de lutte contre la lèpre (document AFR/RC38/6)
  - 6.5 Examen du programme de lutte contre le SIDA (document AFR/RC38/7)
  - 6.6 Examen du programme des maladies diarrhéiques (document AFR/RC38/8)
  - 6.7 Programme des médicaments et vaccins essentiels (document AFR/RC38/9 Rév.1)
7. Corrélations entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé
  - 7.1 Rapport du Directeur régional sur les modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la santé et le Conseil exécutif (document AFR/RC38/11)
  - 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 (document AFR/RC38/12)
  - 7.3 Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC38/13)
  - 7.4 Discussions techniques à la Quarante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC38/14)
8. Examen du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC38/15)
  - 8.1 Rapport sur la surveillance continue des stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000 (document AFR/RC38/16 Rév.1)

- 8.2 Organisation de l'infrastructure de santé au niveau du district pour faire face aux épidémies (documents AFR/RC38/17 et AFR/RC38/17 Add.1)
- 8.3 Projet de Budget Programme 1990-1991 (documents AFR/RC38/2 et AFR/RC38/2 Add.1, 2 et 3)
- 8.4 Idées directrices et directives pour la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako (documents AFR/RC38/18, AFR/RC38/18 Add.1 et AFR/RC38/18 Rév.1)
- 8.5 Rapport du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS) (document AFR/RC38/19)
- 8.6 Prix Comlan A. A. Quenum de Santé publique en Afrique (document AFR/RC38/10)
9. Discussions techniques : "Appui technique aux soins de santé primaires : Rôle du niveau intermédiaire pour accélérer l'instauration de la santé pour tous les Africains." (documents AFR/RC38/TD/1, AFR/RC38/TD/1 Add.1 et AFR/RC38/TD/2)
  - 9.1 Présentation du rapport des discussions techniques (document AFR/RC38/20)
  - 9.2 Désignation du Président et du Président suppléant des discussions techniques pour 1989 (document AFR/RC38/21)
  - 9.3 Choix du sujet des discussions techniques pour 1989 (document AFR/RC38/22)
  - 9.4 Choix des sujets des discussions techniques pour 1990, 1991 et 1992 (document AFR/RC38/22 Add.1)
10. Dates et lieux des trente-neuvième et quarantième sessions du Comité régional pour 1989 et 1990 (document AFR/RC38/23)
11. Adoption du rapport du Comité régional (document AFR/RC38/25)
12. Clôture de la trente-huitième 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 Benattou  
Chargé d'Affaires, a.i.  
Ambassade d'Algérie, Brazzaville

ANGOLA

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

Sr Eduardo Tomaz Mirano  
Adido diplomático  
Ministério das Relações Exteriores

Dr J. C. Blasques de Oliveira  
Chefe do Departamento de Assistência Primária  
do Ministério da Saúde

Dr Augusto Rosa Mateus Neto  
Delegado provincial de Saúde  
da Província do Huambo

Sra Filomena Geralda de Faria  
Chefe de Sector de cooperação do  
Gabinete de Intercâmbio Internacional  
do Ministério da Saúde

Sr Artur Sales Antunes Galho  
Chefe Sector de Organismos Sociais e  
não - Governamentais do Departamento  
dos Organismos internacionais da  
Secretaria de Estado da Cooperação

## BENIN

Médecin-Colonel Soulé Dankoro  
Ministre de la Santé publique  
Chef de délégation

Dr Hamidou Sanoussi  
Directeur général du Ministère de la Santé publique

BOTSWANA  
BOTSOUANA

Hon. Mr J.L.T. Mothibamele  
Member of Parliament and Minister of Health  
Leader of delegation

Mrs W.G. Manyeneng  
Assistant Director of Health Services (PHC)

## BURKINA FASO

Dr Lallé Bibané  
Directeur de la Surveillance épidémiologique  
et des Vaccinations  
Chef de délégation

Dr Petit-Jean Zerbo  
Directeur provincial de la Santé  
et de l'Action sociale de la Bougouriba

## BURUNDI

Dr Tharcisse Nyunguka  
Ministre de la Santé publique  
Chef de délégation

Dr Anacllet Baza  
Pharmacien Inspecteur  
Bureau de l'Inspection de la Planification

Dr Venant Ndayisaba  
Médecin-Directeur  
Hôpital Prince Régent Charles

CAMEROON  
CAMEROUN  
CAMAROES

Professeur Joseph Mbede  
Ministre de la Santé publique  
Chef de délégation

Dr E. Temgoua  
Premier Conseiller technique  
Ministère de la Santé publique

Dr René Owona Essomba  
Directeur adjoint de la Médecine préventive

CAPE VERDE  
CAP-VERT  
CABO VERDE

Dr Antonio Pedro Da Costa Delgado  
Director Geral de Saúde  
Chefe da delegação

Sra Yolanda Lopes Estrela  
Directora do Gabinete de Estudos e Planeamento

CENTRAL AFRICAN REPUBLIC  
REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE  
REPUBLICA CENTRAFRICANA

M. J. Willybiro-Sako  
Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales  
Chef de délégation

Dr Jean Limbassa  
Directeur général de la Santé publique

CHAD  
TCHAD  
CHADE

M. Guerinan Kotiga  
Ministre de la Santé publique  
Chef de délégation

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

Dr H. Mahamat  
Directeur des Soins de Santé primaires

COMOROS  
COMORES

M. Abdourrahamani Riziki  
Chargé de mission au Ministère de la Santé  
Chef de délégation

Dr Adullahi Ahamad Itibar  
Chef du Service de Pneumo-Phtisiologie.

## 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

Professeur J. Miehakanda  
Conseiller médico-social  
Présidence de la République

Madame R. I. Louya  
Attachée au Cabinet du Chef de l'Etat  
Département des Affaires médico-sociales (SSP)

M. F. J. Olandzobo  
Conseiller socio-culturel  
Cabinet du Premier Ministre

Dr Niaty-Benze  
Directeur du Programme national des SSP

Dr R. Cuddy Zitsamele  
Directeur de la Médecine préventive

Dr A. M'Benze-Mouanou  
Directeur de l'Hygiène et du Génie sanitaire

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

Dr S. Batanga  
Directeur régional de la Santé de Brazzaville

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

Mme C. Diafouka  
Attachée sanitaire auprès du Ministère  
de la Santé et des Affaires sociales

M. A. Mabilia Ngoulou  
Chef du Service économique  
Direction des Pharmacies et des Laboratoires

## COTE D'IVOIRE

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

Dr B. A. Bella  
Directeur des Relations régionales et internationales  
Ministère de la Santé publique et de la Population

Dr Bi-Dje Boualou  
Sous-Directeur de la Médecine préventive

EQUATORIAL GUINEA  
GUINEE EQUATORIALE  
GUINE EQUATORIAL

Excmo. Senor Sisinio Mbana Nsoro Mbana  
Ministro de Sanidad  
Jefe de la delegación

Dr F. Abeso Owono  
Director General de Asistencia Sanitaria y Coordinación Hospitalaria

ETHIOPIA  
ETHIOPIE  
ETIOPIA

Hon. Dr Gerachew Tadesse  
Vice-Minister of Health  
Leader of delegation

Mr Hailu Meche  
Head, Planning and Programming Bureau

GABON  
GABAO

Dr Jean-Pierre Okias  
Ministre de la Santé publique et de la Population  
Chef de délégation

M. M. Mboumba  
Haut-Commissaire auprès du Ministre de la Santé publique  
et de la Population

Dr Louis Adandé Menesc  
Inspecteur général de la Santé publique

M. Bruno Ngounangou  
Attaché de Cabinet du Ministre

THE GAMBIA  
GAMBIE  
GAMBIA

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

Dr A. B. Hatib Njie  
Director of Medical Services

GHANA  
GANA

Hon. Dr (Mrs) Mary Stooove Grant  
Deputy Secretary of Health  
Leader of delegation

Dr J. A. Adamafio  
Deputy Director of Medical Services

GUINEA  
GUINEE  
GUINE

Professeur M. Pathé Diallo  
Ministre de la Santé publique et de la Population  
Chef de délégation

Dr Mohamed Sylla  
Directeur de Cabinet du Ministère de la Santé  
publique et de la Population

Dr Sah Dimio Sandouno  
Inspecteur des formations sanitaires

GUINEA-BISSAU  
GUINEE-BISSAU  
GUINE-BISSAU

S. E. Ing. Alexandre Nunes Correia  
Ministro de Saúde pública  
Chefe da delegação

Dr Celestino Maria Mendes Costa  
Director de clínica, Hóspital nacional Simao Mendés

Dra Isabel Maria Garcia de Almeida  
Directriz do Projecto SMI/PF

Dr Brandao Gomes C6  
Médico Cirurgiao

KENYA  
QUENIA

Hon. T. Ochola-Ogur  
Assistant Minister for Health  
Leader of delegation

Dr T. K. Arap Siongok  
Senior Deputy Director of Medical Services

Mrs J. W. Nyamu  
Primary Health Care Coordinator  
Ministry of Health

LESOTHO  
LESOTO

Mrs A. M. Ntholi  
Senior Administrative Officer - PHC Coordination  
Leader of delegation

Mrs M. K. Matsau  
Chief Planning Officer

## LIBERIA

Hon. Mrs M. Belleh  
Minister of Health  
Leader of delegation

Dr Robert M. Kpoto  
Chief Medical Officer

Mrs Louise Thomas-Mapleh  
Manager, SER/PHC Project

Dr Moses K. Galakpai  
Deputy Chief Medical Officer

Mrs J. Ebba Duncan  
Administrator, Mid-level Health  
Workers Training Institute

## MADAGASCAR

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

Dr V. M. Raharijaona  
Inspecteur au Ministère de la Santé

## MALAWI

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

Dr W. B. Mukiwa  
Principal, Lilongwe School of Health Sciences

Mr M. R. Maliro  
Under-Secretary for Health

## MALI

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

Dr (Mme) Liliane F. Barry  
Conseiller au Ministère de la Santé et des Affaires sociales

Dr Makan Sire Hanguiné  
Directeur national adjoint de la Santé publique

M. Brehima Siaka Diallo  
Chef de la Division Etudes, Programmation, Evaluation

MAURITANIA  
MAURITANIE

M. Ould Samoury Abdi  
Consul général de la RIM au Congo  
Chef de délégation

M. Sada Anne  
Directeur du Projet de Renforcement des Services de santé rurale

MAURITIUS  
MAURICE  
ILHA MAURICIA

Dr A. K. Purran  
Principal Medical Officer

MOZAMBIQUE  
MOCAMBIQUE

Dr Leonardo Santos Simao  
Ministro da Saúde  
Chefe da delegação

Sr Lucas Chomera Jeremias  
Directora nacional de Saúde Adjunto

Sra Maria Fernanda José  
Directriz provincial de Saúde

M. B. Cardoso David Cossa  
Chefe do Departamento de Cooperaçao internacional

Dr Fernando Vaz  
Presidente das Discussoes técnicas

## NIGER

S. E. Oumara Mai Manga  
Ministre de la Santé publique, des Affaires sociales  
et de la Condition féminine  
Chef de délégation

Dr Kadri Tankari  
Secrétaire général  
Ministère de la Santé publique, des Affaires sociales  
et de la Condition Féminine

## NIGERIA

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

Dr (Mrs) O. O. Dokunmu  
Assistant Director, PHC

Dr O. A. Oshin  
Senior Registrar

Mr P. H. Ehinwenma  
Under-Secretary (State and External Relations)

Mr J. A. Gana  
Second Secretary  
Embassy of Nigeria, Brazzaville

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 C. Munyangayo  
Médecin Directeur de la Région sanitaire de Cyangugu

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

Dr Armindo Vaz D'Almeida  
Ministro da Saúde, Trabalho e Segurança social  
Chefe da delegação

Dr Antonio Soares Marques Lima  
Director da Assistência médica

## SENEGAL

M. Papa Abdou Cissé  
Ambassadeur au Zaïre et au Congo  
Chef de délégation

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

Dr Mame Thierno Aby Sy  
Directeur de l'Hygiène et de la Protection sanitaire

SEYCHELLES  
ILHAS SEYCHELLES

Mrs Medgee A. Pragassen  
Principal Secretary  
Ministry of Health and Social Services

SIERRA LEONE  
SERRA LEOA

Hon. Dr W. S. B. Johnson  
Minister of Health  
Leader of delegation

Mrs M. B. Davies  
Deputy Secretary for Health

Dr I. I. Tejan-Jalloh  
Acting Deputy Chief Medical Officer

SWAZILAND  
SOUAZILAND  
SUAZILANDIA

Mr C. M. Mkhonza  
Principal Secretary for Health  
Leader of delegation

Dr Q. Q. Dlamini  
Deputy Director of Health Services

Mrs Gladys N. Matsebula  
Regional Public Health Matron

## TOGO

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

Dr Vignon Devo  
CT chargé de la Planification sanitaire

Dr Tchasseu Karsa  
Directeur de la Division de l'Epidémiologie

UGANDA  
OUGANDA

Hon. Mr Adoko Nekyon  
Minister of Health  
Leader of delegation

Dr J. H. Kyabaggu  
Deputy Director of Medical Services (PH)

Dr I. S. Okware  
Assistant Director of Health Services

TANZANIA  
TANZANIE

Professor P. R. Hiza  
Chief Medical Officer  
Leader of delegation

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

Dr O. M. Shauri  
Deputy Principal Secretary  
Ministry of Health, Zanzibar

## ZAIRE

Dr Ngandu-Kabeya  
Commissaire d'Etat à la Santé publique  
Chef de délégation

Citoyen Bwana-Kashala  
Secrétaire particulier du Commissaire  
d'Etat à la Santé

ZAMBIA  
ZAMBIE

Mr J. M. Munkanta  
Permanent Secretary for Health  
Leader of delegation

Dr V. R. Chelemu  
Director, Zambia Flying Doctor Service

Dr T. K. Sinyangwe  
Primary Health Care Specialist

Mr F. Siame  
Adviser Ministry of Foreign Affairs

ZIMBABWE  
ZIMBABUE

Hon. S. T. Mombeshora  
Deputy Minister of Health  
Leader of delegation

Dr S. K. Moyo  
Deputy Secretary for Health

Dr M. T. Kadenge  
Provincial Medical Director

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

NAMIBIA  
NAMIBIE

Dr Iyambo Indongo  
SWAPO Secretary for Health  
P.O. Box 953  
Luanda  
Angola

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

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

Mr R. Johnson  
PAC Chief Representative  
P.O. Box 1159  
Conakry  
Guinea

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

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

Mr T. Taka  
Assistant Director General  
Regional Representative for Africa  
FAO  
P.O. Box 1628  
Accra  
Ghana

Dr M. I. Ngom  
Représentant Résident de la FAO  
B.P. 972  
Brazzaville  
République populaire du Congo

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

Mr P. C. Damiba  
UNDP Regional Director for Africa  
One, United Nations Plaza  
New York, N.Y. 10017  
USA

M. A. Ouedraogo  
Représentant Résident du PNUD  
B.P. 465  
Brazzaville  
République populaire du Congo

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

Mrs Mary Racelis  
Regional Director for Eastern and Southern Africa  
UNICEF  
P.O. Box 44145  
Nairobi  
Kenya

M. Mukalay Mwilambwe  
Représentant du FISE  
B.P. 2110  
Brazzaville  
République populaire du Congo

Dr G. E. Martin  
PHC Regional Adviser  
UNICEF  
P.O. Box 44145  
Nairobi  
Kenya

Madame C. Mbengue  
Administrateur de Programmes  
FISE  
B.P. 240  
Brazzaville  
République populaire du Congo

United Nations Fund for Population Activities (UNFPA)  
Fonds des Nations Unies pour les Activités de Population (FNUAP)  
Fundo das Nações Unidas para as Actividades de População (FNUAP)

M. J. M. J. Fransen  
Représentant Adjoint du FNUAP  
s/c PNUD B.P. 465  
Brazzaville  
République populaire du Congo

World meteorological Organization (WMO)  
Organisation météorologique mondiale (OMM)  
Organização mundial da Meteorologia (OMM)

M. A. Lebvoua  
Délégué de l'OMM/ARI  
Direction de la Météorologie  
B.P. 208  
Brazzaville  
République populaire du Congo

World Bank  
Banque mondiale  
Banco Mundial

Dr Jean-Louis Lamboray  
Public Health Specialist  
Africa Technical Department  
1818 H. Street, N.W.  
Washington, D.C., 20433.  
USA

Mr M. N. A. Azefor  
Population and Health Specialist  
The World Bank, Washington

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

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

Dr Amin H. 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 P. Ambassa  
Médecin épidémiologiste  
Service de la Formation  
OCEAC  
B.P. 288  
Yaoundé  
République du Cameroun

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

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

African Development Bank (ADB)  
Banque africaine de Développement (BAD)  
Banco Africano para o Desenvolvimento (BAD)

Dr R. Wanji Ngah  
Senior Health Expert  
ADB  
01 P.O. Box 1387  
Abidjan 01  
Côte d'Ivoire

African and Mauritian Council on Higher Education (AMCHE)  
Conseil africain et Mauricien d'Enseignement supérieur (CAMES)  
Conselho Africano e Maurício para o Ensino Superior (CAMES)

Professeur H. V. Kiniffo  
Secrétaire général du CAMES  
B.P. 134  
Ouagadougou  
Burkina Faso

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

Dr A. K. Abashiya  
Executive Director  
West African Health Community  
6 Taylor Drive  
P.M.B. 2023  
Yaba, Lagos  
Nigeria

Economic Community for West African States (ECOWAS)  
Communauté économique des Etats de l'Afrique occidentale (CEDEAO)  
Comunidade Económica dos Estados da Africa Ocidental (CEDEAO)

Mr M. A. Queta  
Deputy Executive Secretary  
ECOWAS  
Yaba, Lagos  
Nigeria

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

International Planned Parenthood Federation (IPPF)  
Fédération internationale pour la Planification familiale (FIPF)  
Federação internacional para o Planeamento familiar (FIPF)

M. A. Ajavon  
 Chargé de Programmes principal  
 FIPF  
 B.P. 1278  
Brazzaville  
 République populaire du Congo

Commonwealth Regional Health Secretariat  
Secrétariat 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 (ICMMP)  
Comité international de Médecine et de Pharmacie militaires (CIMPM)  
Comité internacional de Medicina e de Farmacia Militares

Dr Quentin Pena  
 Chef de la Division de Médecine préventive  
 Direction centrale du Service  
 de Santé des Armées, APN  
 B.P. 534  
Brazzaville  
 République populaire du Congo

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

Dr R. Amonoo-Lartson  
 Associate Director  
 CMC/World Council of Churches  
 150, Route de Ferney  
1211 Geneva  
 Switzerland

Solidarity and Development  
Solidarité et Développement  
Solidariedade e Desenvolvimento

M. Jos Orenbuch  
Président  
Solidarité et Développement  
Rue Commone, 16  
B 1302 Dion-Valmont  
Belgique

Medicus Mundi Internationalis

Dr F. T. B. Puls  
Director, Overseas Personnel Assistance  
P.O. Box 61  
3000 AB Rotterdam  
Netherlands

Ms Maria J. P. Verhallen  
MMI, Rotterdam

7. OBSERVERS  
OBSERVATEURS  
OBSERVADORES

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

Mr C. M. Pintaud  
Deputy Member of Board of Management of Sandoz Ltd.  
IFPMA  
67, Rue de St Jean  
1201 Geneva  
Switzerland

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

Mr Yousouf Jhugroo  
Secretary General  
Mauritian Action for the Promotion of Breastfeeding  
and Infant Nutrition (MAPBIN)  
P.O. Box 1134  
Port-Louis  
Mauritius

International Union for Health Education (IUHE)  
Union internationale d'Education pour la Santé (UIES)  
Uniao Internacional de Educaçao para a Saude

M. C. M. Pintaud  
UIES  
15-20, Rue de l'Ecole de Médecine  
Paris 75001  
France

Centre on Integrated Rural Development for Africa (CIRDAFRICA)  
Centre de Développement Rural intégré pour l'Afrique  
Centro de Desenvolvimento Rural integrado para Africa

Mr Alphonse Gombe  
Head of Training Division  
c/o CIRDAFRICA  
P.O. Box 6115  
Arusha  
Tanzania

Centre d'Enseignement des Sciences et Techniques de l'Information (CESTI)  
Training Center for Information Sciences and Techniques  
Centro de Ensino das Ciencias e Técnicas da Informação

El Hadji Diouf  
Directeur du Département des Projets spéciaux  
et de la Coopération internationale  
CESTI  
Université Cheikh Anta Diop  
Dakar-Fann  
Sénégal

Madame Annette M'Baye d'Erneville  
Coordinatrice du Projet OMS/CESTI  
CESTI  
Université Cheikh Anta Diop  
Dakar-Fann  
Sénégal

## LISTE DES DOCUMENTS

- AFR/RC38/INF/01 - Ouverture de la trente-huitième session
- AFR/RC38/INF/02 - Liste provisoire des participants
- AFR/RC38/INF/03 - Liste provisoire des documents
- AFR/RC38/1 - Ordre du jour provisoire
- AFR/RC38/2 & Corr. 1 - Projet de Budget Programme 1990-1991
- AFR/RC38/2 Add. 1 - Utilisation optimale des ressources de l'OMS
- AFR/RC38/2 Add. 2 - Projet de Budget Programme 1990-1991 : Allocations pays, engagements et dépenses prévus au budget ordinaire, analyse des augmentations et diminutions par programme
- AFR/RC38/2 Add. 3 - Mise en oeuvre du système AFROPOC : Situation à la fin du deuxième trimestre 1988
- AFR/RC38/3 - Activités de l'OMS dans la Région africaine: Rapport succinct du Directeur régional
- AFR/RC38/4 Rév. 1 - Prévention des troubles mentaux, neurologiques et psychosociaux
- AFR/RC38/5 - Progrès réalisés dans la lutte contre le paludisme
- AFR/RC38/6 & Corr. 1 - Examen du programme de lutte contre la lèpre
- AFR/RC38/7 - Examen du programme de lutte contre le SIDA
- AFR/RC38/8 - Examen du programme des maladies diarrhéiques
- AFR/RC38/9 Rév. 1 - Programme des médicaments et vaccins essentiels
- AFR/RC38/10 - Prix Comlan A. A. Quenum de Santé publique en Afrique
- AFR/RC38/11 - 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/RC38/12 - 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

- 
- AFR/RC38/13 - Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé
  - AFR/RC38/14 - Discussions techniques à la Quarante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé
  - AFR/RC38/15 - Rapport du Sous Comité du Programme
  - AFR/RC38/16 Rév. 1 - Rapport sur la surveillance continue des stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000
  - AFR/RC38/17 & Add. 1 - Organisation de l'infrastructure de santé au niveau du district pour faire face aux épidémies
  - AFR/RC38/18 et Rév. 1 - Idées directrices pour la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako
  - AFR/RC38/18 Add. 1 - Directives pour la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako
  - AFR/RC38/19 - Rapport du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire
  - AFR/RC38/20 - Rapport sur les discussions techniques
  - AFR/RC38/21 - Désignation du Président et du Président suppléant des discussions techniques pour 1989
  - AFR/RC38/22 - Choix du sujet des discussions techniques pour 1989
  - AFR/RC38/22 Add. 1 - Choix des sujets des discussions techniques pour 1990, 1991 et 1992
  - AFR/RC38/23 - Dates et lieux des trente-neuvième et quarantième sessions du Comité régional pour 1989 et 1990
  - AFR/RC38/24 - Répartition par pays des fonctions exercées au cours des Comités régionaux précédents
  - AFR/RC38/25 - Rapport du Comité régional
  - AFR/RC38/26 - Programme provisoire de travail de la réunion du Sous-Comité du Programme
  - AFR/RC38/27 - Notes à l'intention du Président de la réunion du Sous-Comité du Programme du 14 septembre 1988
  - AFR/RC38/28 - Programme de travail de la réunion du Sous-Comité du Programme du 14 septembre 1988
  - AFR/RC38/29 - Participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique, 1988-1989
  - AFR/RC38/TD/1 - Appui technique aux soins de santé primaires : Rôle du niveau intermédiaire pour accélérer l'instauration de la santé pour tous les Africains

- 
- AFR/RC38/TD/1 - Résumé du document principal pour les discussions techniques
- AFR/RC38/TD/1 Add. 1 - Accélérer l'instauration de la santé pour tous dans les Etats Membres de la Région africaine : Analyse de la situation sanitaire dans les provinces (Niveau intermédiaire)
- AFR/RC38/TD/2 - Guide pour les discussions techniques
- AFR/RC38/Conf.Doc/1 - Allocution d'ouverture du Professeur Alphonse Djedje Mady, Ministre de la Santé publique et de la Population de Côte d'Ivoire
- AFR/RC38/Conf.Doc/2 - Allocution d'ouverture par le Dr G. L. Monekosso, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique
- AFR/RC38/Conf.Doc/3 - Allocution du Dr Hiroshi Nakajima, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé
- AFR/RC38/Conf.Doc/4 - Allocution du Professeur J. N. Togba, M.D., MPH, FAPHA, FWACP
- AFR/RC38/Conf.Doc/5 - Discours prononcé par Monsieur P. C. Damiba, Directeur régional pour l'Afrique, PNUD, New York
- AFR/RC38/Conf.Doc/6 - Allocution d'ouverture prononcée par Son Excellence le Colonel Denis Sassou Nguesso, Président du Comité Central du Parti Congolais du Travail, Président de la République, Chef du Gouvernement
- AFR/RC38/WP/01 - Rapport du Sous-Comité des Désignations
- AFR/RC38/SCC/1 - Ordre du jour de la réunion du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
- AFR/RC38/SCC/2 - Liste des Etats Membres et Membre associé dont les pouvoirs ont été reçus aux dates indiquées
- AFR/RC38/SCC/3 - Rapport du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs

ALLOCUTION D'OUVERTURE DU PROFESSEUR ALPHONSE DJEDJE MADY,  
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION  
DE LA COTE D'IVOIRE

Monsieur le Président du Comité central du Parti congolais du Travail,  
Président de la République, Chef d'Etat, Président du Conseil des Ministres,

Monsieur le Directeur général de l'OMS,

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

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

Mesdames et Messieurs les Ministres et Chers collègues,

Excellences Messieurs les Ambassadeurs,

Mesdames et Messieurs,

Monsieur le Président,

En ma qualité de Premier Vice-Président de la trente-septième session, tenue à Bamako au Mali en septembre 1987, et en vertu de la règle d'extra-territorialité dont bénéficient les Organisations internationales, j'ai le redoutable devoir d'être le premier à prendre la parole pour vous souhaiter la bienvenue au siège du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, magnifique domaine que la République populaire du Congo a bien voulu céder à l'Afrique et au monde entier.

Pour cette trente-huitième session, vous êtes encore des nôtres comme toutes les fois qu'il nous est donné de nous retrouver dans cette belle Capitale verte qu'est Brazzaville. Oui, c'est pour chacun d'entre nous un plaisir renouvelé de venir en pèlerinage à Brazzaville, Brazzaville chargée d'histoire, non seulement pour l'Afrique centrale, mais toute l'Afrique en particulier et tout le continent en général. Fièrement campée sur la rive droite du fleuve Congo, Brazzaville dessine la silhouette de l'Afrique d'hier et de l'Afrique d'aujourd'hui; et grâce à votre action déterminante soutenue massivement par les vaillants militants du Parti congolais du Travail, Brazzaville laisse percevoir la silhouette, ô combien harmonieuse et combien chargée de promesses de l'Afrique de demain, un demain qui se veut humain, souriant et fraternel.

Oui, Monsieur le Président, comptant sur votre indulgence, c'est cette grande métropole que je suis fier de saluer ici :

- Brazzaville, Capitale de l'ex-AEF;
- Brazzaville, Capitale de la France Libre aux heures douloureuses de la Deuxième Guerre mondiale entre 1940 et 1944;
- Brazzaville, d'où, pour la première fois, dans l'histoire de la colonisation, le Général de Gaulle devait déclarer qu'il était "temps d'amener les hommes d'Outre-Mer à participer chez eux à la gestion de leurs propres affaires", laissant germer ainsi la liberté et l'indépendance des Colonies;
- Brazzaville qui vit également germer la noble idée de l'Unité africaine en 1961 par l'historique rencontre du "Groupe de Brazzaville" qui regroupait 12 Etats indépendants d'Afrique;
- Brazzaville, une des importantes plaques tournantes de la diplomatie africaine moderne.

C'est pourquoi, Monsieur le Président, le hasard qui fait bien les choses, a voulu que se bâtissent, face à face, deux des plus grandes métropoles de notre continent, deux métropoles qui font notre orgueil : Brazzaville et Kinshasa. Oui, elles sont face à face, non pour la confrontation, mais pour la concertation, pour se jeter dans les bras l'une de l'autre comme deux amoureux qui s'étreignent au point qu'ils ne font plus qu'un. Oui, face à face, parce que les Africains ne devront jamais se tourner le dos; mais doivent se regarder dans les yeux pour y lire la chaleur de la fraternité et de la solidarité agissante.

Face à face pour faire des projets communs qui feront des différents pays africains des frères siamois.

Voilà à notre sens, Monsieur le Président, la métropole africaine qui abrite notre Organisation et où vous nous accueillez tous les deux ans. En effet, comme un médecin attentif, vous êtes toujours à cette cérémonie d'ouverture comme pour recevoir les fruits de notre labeur des 24 derniers mois, et pour nous insuffler, en retour, l'énergie nécessaire pour la pénible tâche des 24 mois à venir. Pour ce soutien et pour tous ces encouragements, veuillez accepter, Monsieur le Président, nos sentiments de profonde gratitude.

Pour tant de sollicitude, que vous promettre en retour, Monsieur le Président ?

Que nous ferons tout ce qui est en notre pouvoir, partout en Afrique, pour que l'état sanitaire de notre continent s'améliore de façon substantielle.

Nous voulons engager une lutte acharnée contre les maladies et amener l'Afrique à concevoir un plan de bataille qui soit adapté à ses réalités sociales, économiques et culturelles.

Nous devrions nous arrêter pour réfléchir sur le schéma classique qui nous est légué par la colonisation et qui, malgré les nombreux services qu'il nous rend, ne répond plus entièrement à notre attente. Nous devrions renoncer à cette bataille d'arrière-garde qui ne se donne pour mission essentielle que des soins à prodiguer à l'individu malade. Une boutade ne définit-elle pas le banquier comme une personne très intelligente, mais pauvre, qui se place derrière un comptoir et demande aux autres de lui confier leur argent ? De même, nous aurions pu définir le médecin du schéma classique comme une personne méchante qui attend entre les murs d'un bâtiment appelé hôpital l'arrivée de personnes souffrantes baptisées patients - parce qu'ils ne doivent pas être pressés de guérir, la maladie arrivant vite et s'en allant lentement comme dit l'adage - patients à qui il essaie sinon de redonner la santé, du moins de soulager la souffrance - méchanceté d'autant plus exécrationnelle que connaissant ce qui entraîne la maladie, il est moins préoccupé de la prévenir, et se soucie davantage de tenter de la guérir.

Nous pensons que l'heure est venue pour l'Afrique de concevoir une nouvelle stratégie, une stratégie qui donne la priorité à la prévention, à l'éducation sanitaire au sens plein du terme, à l'autoprise en charge de chaque personne. Rejoignant en cela la conception de la communauté internationale, qui veut nous faire prendre conscience que l'objectif de la "Santé pour Tous" ne peut pas être réalisé seulement par les gouvernements ou quelques autorités, prenant les décisions de manière technocratique, c'est-à-dire sans associer les masses populaires. C'est toute la collectivité nationale, constituée de toutes les composantes de la société globale qui est concernée et qui doit s'engager activement dans l'effort de santé publique. La participation consciente et volontaire à l'oeuvre de santé publique est une nécessité; d'où la nouvelle formulation du même objectif : "Santé pour Tous, Tous pour la Santé", choisie par l'OMS comme thème de la Journée mondiale de la Santé, marquant ainsi le quarantième anniversaire de la création de cette institution mondiale.

En effet, devant les progrès croissants de la science, de la technique et de la technologie, il n'est pas concevable que nous soyons à attendre l'arrivée du mal pour tenter ensuite de nous en débarrasser dans une démarche d'énergie.

L'Afrique doit commencer à résoudre les problèmes de sa santé par la base.

La base, c'est l'instauration d'une hygiène du milieu :

- hygiène du corps et des vêtements qui généralement suffit pour enrayer les dermatoses dont la lèpre;
- hygiène diététique beaucoup plus soucieuse d'une ration équilibrée en glucides, protides, lipides, vitamines et autres oligo-éléments, que la simple disparition, du moins la diminution des affections par carence de toutes sortes;
- hygiène environnementale par :
  - une lutte acharnée contre le péril fécal avec son cortège de parasitose intestinale en mettant en oeuvre la construction de vespasiennes de toutes sortes;

- une lutte résolue contre les eaux stagnantes provenant de l'usage domestique, en réalisant des douchières et autres canalisations fonctionnelles permettant l'évacuation des eaux usées;
- une hygiène des abords des habitations, éloignant les mauvaises herbes, abris de serpents, de moustiques et de toute autre bestiole nuisible pour le bien-être de l'homme;
- hygiène de l'eau - ce point nous semble primordial, car si l'eau est source de vie, elle est aussi source de mort si elle est d'une qualité douteuse.

La liste des maladies transmises par l'eau est si longue que nous voudrions vous l'épargner. Nous devons par tous les moyens veiller sur la qualité de l'eau de consommation : eau courante, puis correctement entretenue, eau bouillie puis refroidie, eau filtrée de plusieurs façons, eau javalisée, etc. En un mot, l'eau doit être saine et aussi disponible pour nos populations.

En plus de l'hygiène sous tous ses aspects, la médecine en Afrique doit également s'appuyer largement sur les acquisitions de la vaccination. N'est-il pas désolant de voir encore mourir, en 1988, tant d'enfants du fait de la rougeole, du tétanos, de la poliomyélite et toutes autres maladies transmissibles de l'enfance pour lesquelles il existe cependant un vaccin ? Qu'il nous suffise simplement de crier avec Monseigneur Angelini, chargé de la Pastorale sanitaire auprès du Saint-Père, notre indignation auprès du monde qui est capable de vacciner 15 milliards de poulets et qui ne peut vacciner cinq millions d'enfants.

Monsieur le Président,

Que dire des diarrhées avec leur cortège de deuil ? Que penser de la nécessité de l'allaitement maternel dans nos nouvelles cités ? Que penser de toutes les catastrophes sanitaires auxquelles nous aboutissons parce que simplement nous avons perdu la bonne habitude traditionnelle sans pour autant avoir acquis les pratiques des civilisations qui nous viennent d'ailleurs ? Que penser de ceux qui ne sont ni dans la tradition, ni dans le modernisme ?

Monsieur le Président,

Nous pensons que l'heure est venue pour l'Afrique d'engager la véritable bataille pour la santé, qui est différente de celle que nous avons de tout temps menée contre les maladies. En effet, depuis des décennies, les investissements de l'Etat et du secteur privé sont tournés vers la lutte contre les maladies. La formation du personnel médical et paramédical des services de santé se base sur des programmes comprenant 99 % des matières consacrées à la lutte contre les maladies, et laisse très peu de place à la prévention. Tant que nous mènerons ce combat contre la maladie, nous ne mènerons qu'un combat d'arrière-garde.

Par contre, nous estimons que le but le plus noble que nous devons poursuivre, c'est celui qui mène vers une véritable promotion de la santé, une amélioration de la santé des hommes et des femmes de notre planète. Nous devrions nous pénétrer du sens réel de cet adage qui dit que "mieux vaut prévenir que guérir".

Si notre chère Afrique ne possède pas le "baba" de la santé, Monsieur le Président, malgré tous les efforts de tous les Chefs d'Etat d'Afrique, elle sera malade et elle sera de plus en plus difficile à guérir parce que la médecine curative, eu égard aux progrès de la science, de la technique et de la technologie, coûte de plus en plus cher aujourd'hui et coûtera encore plus cher demain.

Si nous nous décidons à mener la vraie bataille de la santé, qui elle, est d'avant-garde, nous serons sûrement au rendez-vous de l'an 2000 avec une population valide et en état de produire sur le plan économique.

Monsieur le Président,

Tout en préservant nos structures hospitalières, et même tout en cherchant à les améliorer et à les rendre compétitives sur le plan international, nous devons chercher à rétablir l'équilibre entre le curatif et le préventif.

Pourtant, notre préoccupation majeure devrait être d'assurer les soins médicaux les plus élémentaires et les plus récents, tout en préservant la bonne qualité des prestations au plus grand nombre. La question aujourd'hui est de se demander comment assurer à l'avenir la formation des membres de l'équipe de santé afin qu'ils n'assurent pas seulement des soins curatifs mais des soins complets et conformément aux recommandations de la toute récente conférence d'Edimbourg (Ecosse) sur l'enseignement médical. Voilà autant de problèmes et de dilemmes qu'il nous appartient de résoudre dans les années à venir.

En un mot, la médecine préventive de masse, notamment dans les zones rurales les plus déshéritées, doit être notre principale préoccupation.

Outre que la prévention a sa place dans toutes les spécialités, elle constitue en réalité une base de coordination d'un grand nombre de sciences fondamentales ou cliniques, et devrait être mise en valeur tout au long de leur enseignement. Dans nos pays, les médecins praticiens ont un rôle multiple à jouer. Il leur faut soigner individuellement les malades, et assumer aussi les fonctions de médecins de la santé publique ou administrateurs sanitaires.

Pour que le citoyen rural cesse d'être un "citoyen de deuxième ordre", il faut un programme certainement vaste et de longue haleine. Ce programme ne pourra être réaliste que si les mesures sont hiérarchiques en fonction des urgences et des possibilités en crédits et en personnels.

L'indivisibilité de l'action sanitaire rend nécessaire "l'intégration" de toutes les branches d'activités médicales ou paramédicales dans un ensemble national. Collectives ou individuelles, curatives ou préventives, toutes les réalisations sanitaires doivent coordonner leur action et s'intégrer dans un tout cohérent. L'heure n'est plus à l'opposition entre la médecine curative et la prophylaxie, entre la médecine de masse et la médecine individuelle... Le service des grandes endémies ou le service de la santé maternelle et infantile par exemple sont désormais "intégrés" en tant que sections ou divisions de la direction de la santé publique.

La décentralisation de l'action sanitaire est apparue nécessaire : l'effort doit porter sur le milieu rural faute de quoi les populations rurales viennent en ville et encombrant les dispensaires et les hôpitaux. Il faut donc créer une médecine rurale adéquate dans les régions au sein de nos pays afin d'aller au-devant du malade. De la promotion sanitaire du milieu rural africain dépendra notre développement socio-économique d'ensemble. C'est dans ce cadre que les deux branches de la médecine pourront exercer pleinement leur triple mission de prévention, d'éducation et de soins pour le plus grand bien-être de nos populations.

Ce sont-là, Monsieur le Président, quelques idées certainement confuses que nous voudrions soumettre à votre appréciation, et à travers vous, à l'appréciation de tous les Chefs d'Etat de la Région africaine de l'OMS. L'affirmation politique d'un tel principe au niveau le plus élevé de nos Etats, permettra sûrement à nos populations de mieux se rendre compte de l'enjeu de la santé et de dégager par conséquent les moyens humains et matériels pour l'atteindre.

Monsieur le Président,

Toutes les populations africaines attendent de leurs guides le mot qui fait vivre. Prononcez-le, nous vous obéirons et nous nous mettrons immédiatement à la tâche.

Mais cette tâche, vous en mesurez l'ampleur. C'est pourquoi nous voudrions, avec votre permission, appeler votre attention sur la place qu'occupe le financement de la santé dans tous les budgets, tant dans les pays riches que dans les pays pauvres. Lorsque le proverbe affirme que la santé n'a pas de prix, nous croyons comprendre que la santé étant un bien inestimable, l'homme ne ménagerait aucun moyen, aucune richesse pour la reconquérir s'il venait à la perdre. Il semble que dans les systèmes économiques actuels, l'on donne à ce proverbe le sens de la gratuité, le domaine auquel le financier pense quand il a fini de penser à tous les autres secteurs de la vie dite productive de la Nation. S'il reste quelque chose après avoir tout partagé, l'on jette alors un voile pudique sur le secteur santé pour se donner bonne conscience.

Alors nous sommes à nous demander s'il y a une structure économique productive qui puisse exclure la participation de l'homme sain. La robotisation et l'informatisation ? Mais qui a conçu et construit le robot ? L'homme. Mais qui a inventé l'informatique et qui confectionne ses programmes ? Encore l'homme. A qui le créateur de l'univers a-t-il dit dans Genèse "... Remplissez la terre, et assujétissez-la; et dominez sur les poissons de la mer, sur les oiseaux du ciel, et sur tout animal". Qui se meurt sur la terre ? Toujours l'homme. Cet homme, décidément, est au commencement du progrès et sera sûrement à sa fin. Il demeurera l'Alpha et l'Omega du monde qui lui est confié.

Il sera incontestablement l'agent et le but de tout développement digne de ce nom. Restituons-lui donc son premier droit : le droit à la vie, le droit à une vie saine qui vaille la peine d'être vraiment vécue; et sans ce droit à la vie, l'homme n'a plus droit vraiment à rien.

Puissent enfin les financiers du monde entier comprendre que qui investit dans la santé de l'homme, réalise un investissement rentable et que cela n'est qu'un juste retour des choses.

C'est à ce prix que l'Afrique se libérera totalement dans l'union en vue d'un développement intégral qui recouvre la définition de la santé, complet état de bien-être physique, mental et social, et qu'il n'est plus une simple absence de maladie ou d'infirmité. Dans ce sens, je voudrais dire après vous : "nous autres Africains, nous devons bouger aussi. Il nous faut nous unir et mieux nous organiser en vue de relever les défis. Il faut mettre fin à notre émiettement pour faire face au défi du sous-développement". Sinon, nous courons vers une recolonisation, celle plus subtile et plus pernicieuse. Heureusement que vous nous répondez en nous disant d'une voix forte : "ça; nous ne pouvons pas l'accepter. Jamais. Au besoin, nous devons engager une nouvelle lutte de libération, tendant à mobiliser à la fois nos ressources et nos équipes en vue de sortir de l'ornière. A ceux qui parlent de l'absence de thèmes mobilisateurs pour la jeunesse africaine d'aujourd'hui, je réponds qu'il n'en manque pas : l'unité, l'organisation et la lutte contre le sous-développement en vue de construire une Afrique unie, forte et prospère. Pour tout dire, le thème du panafricanisme moderne"; avez-vous confié à Jeune Afrique dans l'interview que vous lui avez accordée dans le cadre du vingt-cinquième anniversaire de la Révolution congolaise.

Monsieur le Président,

Pouvons-nous bénéficier de votre indulgence, pour saluer ici, au nom de notre Région sanitaire, le Docteur Hiroshi Nakajima, nouveau Directeur général de notre Organisation. Docteur Nakajima, l'Afrique tout entière, par notre modeste voix, vous souhaite la bienvenue et vous promet une collaboration franche et totale dans l'intérêt bien compris de notre Région sanitaire et de toute l'humanité. Vous arrivez à la direction de cette Organisation au moment même où nous fêtons son quarantième anniversaire et le dixième de la Déclaration d'Alma-Ata, déclaration porteuse, s'il en fût, de justice et d'espoir pour tous les hommes. Cette Déclaration du 22 septembre 1978, qui a débouché sur la stratégie des soins de santé primaires, a été comme vous le savez, l'aboutissement des efforts de votre illustre prédécesseur, le Docteur Mahler, à qui nous rendons ici un hommage bien mérité. Oui, Docteur Nakajima, notre Organisation que vous dirigez désormais, détient pour notre continent et pour le reste du monde une notion de justice et de solidarité entre tous les hommes. Nous pensons que l'OMS ne devrait pas rester indifférente devant l'inégalité criarde en matière de santé entre le nord et le sud. L'on constate une surconsommation médicale dans les pays du nord alors que ceux du sud n'ont que le droit de voir mourir des enfants et des innocents d'affections dont l'on ne devrait plus mourir en 1988, tant la science médicale, la technique et la technologie ont fait des progrès plus que prodigieux. Mais seulement voilà que le sud ne peut pas honorer la facture de sa santé.

Monsieur le Directeur général,

Si aujourd'hui l'Afrique, comme la plupart des pays en développement, n'est plus à même d'honorer sa facture sanitaire, c'est en très grande partie dû à l'inégalité des échanges entre le nord et le sud, et du fait du prix non rémunérateur de toutes ses matières premières qui sont littéralement bradées. Loin donc de prêcher l'aumône, l'Afrique et les pays du tiers monde ne réclament que ce qui leur est dû et qui est le fruit de leur travail ou des richesses naturelles de leur sol. Nous réclamons beaucoup plus de justice, et pas de pitié. Nous réclamons plus de solidarité entre les hommes pour l'avènement d'une paix véritable, profitable tant au nord qu'au sud.

Notre Organisation doit plus que jamais contribuer au rétablissement de la justice et de l'équité entre les Nations, faute de quoi, il n'y aura jamais de santé véritable comme nous la définissons à l'OMS, c'est-à-dire un complet état de bien-être physique, mental et social.

Nous demeurons convaincus que si ce système d'échanges internationaux ne connaissait pas d'amélioration, de gros doutes subsisteraient sur notre capacité d'atteindre la santé pour tous en l'an 2000 et même au-delà.

Puisse votre mission parvenir à l'instauration de cette justice et de cette égalité de chance entre tous les hommes et toutes les Nations. C'est là notre message d'espoir, notre espoir en une humanité plus fraternelle, plus solidaire pour une plus grande paix des cœurs et des esprits.

A notre Directeur régional, et à toute son équipe, nous renouvelons toute notre satisfaction pour le travail colossal accompli, malgré la crise qui n'épargne aucun pays de notre continent. Nous voulons saluer particulièrement votre disponibilité et votre dévouement à la cause de la santé de cette zone du monde dont vous êtes chargé. Puisse notre Région, dans un élan collectif, concevoir de nouvelles stratégies à notre légitime désir d'une santé individuelle et collective de plus grande qualité.

Au Représentant du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance et à tous les autres organismes avec lesquels nos différents pays mènent la dure lutte pour la santé contre la maladie, nous disons bienvenue et merci pour votre constante disponibilité à nos côtés.

Nous voulons enfin terminer notre allocution par un sincère remerciement au peuple frère du Congo, à son Parti, le Parti congolais du Travail et à son Guide, Son Excellence le Président Denis Sassou Nguesso, pour la qualité de l'accueil qui a été réservé à chacune de nos délégations et pour les conditions favorables de séjour dont nous bénéficions dans sa magnifique Cité de Brazzaville. Nous mettrons à profit notre présent séjour pour renforcer, tels des Ambassadeurs, l'amitié et la fraternité qui lient le Congo et nos différents pays.

Vive l'amitié et la solidarité entre les Nations.

Vive l'Organisation mondiale de la Santé.

Je vous remercie.

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

LA MISE EN TRAIN

Votre Excellence, Monsieur le Président de la République populaire du Congo,  
le Colonel Denis Sassou Nguesso,  
Monsieur le Président du Comité régional,  
Honorables Ministres,  
Monsieur le Directeur général de l'OMS, le Dr Hiroshi Nakajima,  
Directeur régional du PNUD pour l'Afrique, Monsieur Damiba,  
Distingués Représentants du Corps Diplomatique, des Organisations non  
gouvernementales et Fonctionnaires des Agences des Nations Unies,  
Mesdames et Messieurs les Délégués,  
Mesdames et Messieurs,

Nous voici encore face à vous pour l'ouverture de ce trente-huitième  
Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

Le Bureau régional et moi-même sommes honorés que notre session de  
travail ait pu être rehaussée de l'illustre présence du Colonel Denis Sassou  
Nguesso, Chef de l'Etat de la République populaire du Congo.

Dans cette capitale de liberté, le Congo, vieille terre de tradition et  
de culture, fête le vingt-cinquième anniversaire de sa révolution. Sous la  
houlette de son prestigieux Chef d'Etat, nous qui sommes dans ce pays par les  
faits de l'histoire, assistons au modelage du Congo en vue de son  
développement et de l'amélioration des conditions d'existence des Congolais.

Ayant fait de la paix et de la liberté sa figure de proue, le Chef de  
l'Etat dirige son pays vers l'autosuffisance alimentaire, et croise le fer de  
façon téméraire avec des conjonctures économiques difficiles. Mais "le  
caractère c'est la destinée", disait Euclide.

Derrière de tels leaders, nos peuples acquièrent ainsi une foi et une  
identité qui embrasent leur coeur dans un effort invincible de développement  
et où la misère, la maladie et la pauvreté ne sont plus acceptées comme une  
fatalité.

Nous nous tournons maintenant vers notre nouveau Directeur général, le Dr Hiroshi Nakajima, originaire du Japon et ayant pris son mandat en juillet 1988. Le Docteur Nakajima nous fait l'honneur d'être des nôtres pour la première fois lors de ce trente-huitième Comité régional. Monsieur, à travers ma personne, toute l'Afrique de la santé vous salue et vous souhaite la bienvenue. Tout dans votre démarche indique votre attachement au développement des peuples par le biais de leur santé. Nous savons que vous serez naturellement à nos côtés dans le combat que nous menons sur ce continent. Sachez aussi qu'en nous, vous trouverez volonté d'agir, collaboration et coopération efficaces.

Nous vous disons merci d'être venu à nous et vous souhaitons plein succès dans votre travail.

Nous vous saluons, Monsieur Damiba, Directeur régional du PNUD pour la Région africaine, votre présence à ce Comité régional souligne la place qu'occupe la santé du peuple africain dans votre esprit. A chaque fois que nous vous avons rencontré, nous avons trouvé en vous ce souci de faire avancer les choses. Peu à peu, la collaboration de nos deux Agences s'approfondit et se concrétise.

Nous avons choisi délibérément d'être bref dans ce discours d'ouverture afin de nous attarder davantage sur des points précis lors de la présentation de notre rapport.

Après avoir eu le sentiment d'être condamnés à réussir en 1986, de percevoir que les choses étaient à portée de main en 1987, la mise en train est en 1988 - thème qui correspond le plus à nos yeux à la situation sanitaire en Afrique. Considérons ces quelques points.

#### 1. Les activités au niveau des districts

Si nous analysons le pourcentage de districts opérationnels en Afrique, de 25 % en 1987 il passe à 54 % en 1988. Reste à savoir comment la mise en train des soins de santé primaires se fait et à cet effet, nous vous proposons 27 indicateurs calqués sur notre plan d'action.

## 2. La situation au niveau intermédiaire

Des questionnaires ont été remplis au niveau même des 28 pays (AFR/RC38/TD/1 Add.1). Leur analyse révèle qu'à ce niveau :

- 93 % des hôpitaux de provinces participent aux activités à assise communautaire;
- 79 % des bureaux de santé ont une organisation et des fonctions bien définies; 57 % d'entre eux ont un mécanisme qui permet de coordonner les activités intersectorielles.

Ce constat démontre que les choses sont en train de se faire. Certes, elles doivent se perfectionner mais la mise en train de la SPT/2000 est en cours.

## 3. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique : Siège d'un centre de documentation informatisée

L'an dernier, nous vous avons promis l'ouverture d'un centre de documentation informatisée pour vous abreuver en informations, données et références. C'est chose faite, il a pour but de soutenir vos activités. Bientôt relié aux Bureaux de la Représentation dans les pays, vous serez servis sur place.

## 4. Les moyens de notre politique de santé

Avons-nous les moyens de notre politique ? Certes, nous avons deux handicaps de taille :

- le manque de ressources;
- le SIDA.

Pour pallier au manque de ressources, nous menons des actions concertées avec des organisations non gouvernementales et les agences des Nations Unies entre autres.

- L'Initiative de Bamako, en collaboration avec le FISE, répond à nos yeux à un moyen parmi d'autres de générer des ressources tout en faisant acquérir une autosuffisance en fourniture médicamenteuse (AFR/RC38/18 Add.1). Loin d'être la panacée, elle entre dans sa phase opérationnelle et est destinée à croître.
  
- La création d'un fonds spécial pour le développement de la santé en Afrique s'impose de plus en plus car rien dans le paysage économique n'autorise à plus d'optimisme en matière des budgets de la santé.

Quant au SIDA, le vaincre en solitaire est vain. Les stratégies de lutte épousent éminemment celles des SSP. Aussi, sommes-nous persuadés qu'il faille persévérer dans l'application de notre plan d'action en trois ans et qu'il faille baliser les districts sur le plan sanitaire.

#### 5. Santé et politique

Peu d'actions se concrétisent sans volonté politique.

#### Conférence interparlementaire

Quand nous avons abrité la Conférence interparlementaire dans nos murs en juin dernier et discuté du thème de la santé comme base de développement, notre objectif était de sensibiliser, de conscientiser les parlements des différents pays à notre situation sanitaire.

#### L'OUA

En droite ligne, la Déclaration d'Addis-Abéba, lors de la trente-troisième session de l'OUA (1987), doit se matérialiser. Nous espérons qu'un Sommet de l'OUA sera consacré à la santé.

Il nous importe aussi que l'OUA soutienne notre action en vue de la création de ce fonds spécial pour le développement de la santé en Afrique (Alinéa 21 - Déclaration AHG/DECL.1(XXIII)). Conçu en devises étrangères, il servira de fonds d'urgence en cas d'épidémie et de catastrophe, d'assistance technique pour le développement sanitaire, de soutien aux institutions de formation en vue de la SPT/2000, d'achat et d'entretien d'équipement approprié, et équilibrera plus équitablement les aides aux pays nécessiteux.

Voilà brièvement brossées, Mesdames et Messieurs, nos activités et projections dans l'avenir. Vous conviendrez avec nous qu'avec pragmatisme et réalisme, les choses se mettent en train en matière de santé. Cette étape préparatoire est le prélude de notre course en vue d'atteindre la SPT/2000.

Le succès n'est jamais l'attribut du timide, il est toujours l'apanage de celui qui ose et qui agit. Tel doit être l'attitude de notre Afrique pour sa survie, sa vie et pour celles de ses enfants.

Nous vous remercions, Monsieur le Chef de l'Etat, d'avoir eu l'obligeance de nous écouter.

A cette auguste assemblée, nous disons, merci d'avoir été parmi nous. Nous savons tous combien la pierre que vous apportez à la santé soutient la charpente de l'édifice.

ALLOCUTION DU DR HIROSHI NAKAJIMA,  
DIRECTEUR GENERAL DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

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

C'est à la fois un honneur et un privilège pour moi de me trouver parmi vous, pour la première fois en tant que Directeur général, et de prendre la parole à cette trente-huitième session du Comité régional de l'Afrique.

Cet honneur est encore rendu plus grand de par la présence de Son Excellence Monsieur le Président de la République populaire du Congo et des hautes personnalités qui sont venues rehausser de leur présence l'ouverture officielle du Comité régional.

Votre présence à tous est un signe du respect et de la confiance dont l'OMS bénéficie en Afrique. Elle présage bien de l'avenir de notre Organisation et je vous en suis extrêmement reconnaissant.

Cette année a été marquée par le quarantième anniversaire de votre Organisation mondiale de la Santé ainsi que par le dixième anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires qui constitue la pierre angulaire de l'instauration de la santé et de l'avènement d'un développement durable pour tous les habitants de cette planète.

Aujourd'hui, je vous propose de confirmer notre attachement aux politiques et stratégies mises au point grâce à la coopération et au consensus de tous les Etats Membres en vue de la santé pour tous.

Si l'on se tourne vers l'avenir, il est évident que nous, Etats Membres et Secrétariat, tous ensemble, devons être prêts à relever de nouveaux défis en tirant les leçons de nos expériences.

Nous devons nous appuyer sur les hommes et les femmes qui nous ont montré la voie. J'ai personnellement une dette de reconnaissance envers le Dr Brock Chisholm, premier Directeur général de l'OMS de 1948 à 1953, le Dr Marcolino Candau, Directeur général de 1953 à 1973, et le Dr Halfdan Mahler, Directeur général de 1973 à 1988. Chacun d'entre eux a imprimé à l'OMS une marque particulière dont nous pouvons tous nous inspirer. Aussi, devons-nous nous imprégner des idées de nos prédécesseurs pour être sûrs de suivre le bon chemin.

Je rends également hommage au Dr Daubenton, au Dr Cambournac et au Dr Quenum, l'un de mes meilleurs collègues, décédé trop tôt, avant d'avoir pu réaliser son grand rêve de santé pour l'Afrique, tous trois anciens Directeurs régionaux, ainsi qu'à mon collègue et ami, le Dr Gottlieb Monekosso, dont la collaboration et les conseils avisés servent la cause de l'OMS, non seulement dans cette Région, mais dans le monde entier. Et je tiens à remercier tous ceux qui sont ici présents du soutien inébranlable qu'ils apportent aujourd'hui et qu'ils apporteront demain à l'Organisation.

Nous construisons l'avenir. Les décisions que nous prenons aujourd'hui, au Comité régional de l'Afrique, détermineront les politiques, les orientations et les voies du développement sanitaire dans les pays africains, demain et pendant une bonne partie du vingt et unième siècle.

Vous allez examiner le projet régional de budget programme pour 1990-1991. Cette première période biennale du Huitième Programme général de Travail pour 1990-1995 ouvre un nouveau chapitre important des activités de l'OMS. Il nous faut sentir aujourd'hui les besoins et les possibilités de demain et, pour cela, il faut aussi que nous mettions l'accent sur des questions nouvelles, que nous fassions preuve d'innovation et d'esprit de restructuration pour faire face au changement; mais au changement dans la continuité.

Permettez-moi de vous livrer certaines de mes observations à ce sujet :

Ces dernières années, nous avons fait porter nos efforts sur la mise au point de notre stratégie d'ensemble. Je suis convaincu que notre stratégie mondiale de la santé pour tous, qui repose sur l'approche soins de santé primaires, est la bonne. Nous sommes fondamentalement sur la bonne voie.

Aujourd'hui, nous avons besoin de détermination et de compétences pour appliquer cette stratégie. Nous devons réorienter nos activités en mettant l'accent sur certains problèmes de santé et trouver des solutions pratiques et rentables. Nous devons sensibiliser l'opinion internationale, fixer clairement des priorités, utiliser les bonnes technologies et réorienter nos moyens. Nous devons anticiper les problèmes, trouver des solutions et les appliquer.

Je pense que l'OMS, en tant qu'autorité directrice et coordonnatrice de l'action sanitaire internationale, doit jouer un rôle plus actif et définir clairement des politiques de santé, qu'il s'agisse de nutrition, de médicaments, de lutte contre la maladie, de promotion de la santé ou de protection du cadre de vie. Il faut pour cela une bonne information à tous les niveaux de décision de l'Organisation, et notamment à ce Comité régional.

Je suis parfaitement conscient des graves problèmes de santé que connaissent les pays d'Afrique, du manque de personnel formé et de la modicité des moyens financiers disponibles. Ce que je voudrais faire, en tant que Directeur général de l'OMS, c'est de vous ouvrir les portes de tout ce que l'OMS peut offrir, à tous les niveaux et dans toutes les Régions, pour favoriser le développement des structures de santé dans vos pays. Le rôle de l'OMS, en effet, est de coopérer directement avec les Etats Membres pour renforcer la capacité d'information, de recherche et de gestion nécessaire pour mettre en place des programmes de santé nationaux efficaces.

L'OMS est prête à collaborer étroitement avec d'autres organisations du système des Nations Unies, avec des institutions bilatérales et multilatérales ainsi qu'avec des organisations non-gouvernementales afin d'aider à mobiliser et à canaliser davantage des ressources extérieures pour le développement sanitaire des pays africains. Nous devons faire preuve d'imagination et trouver de nouvelles formules de partage des frais, de financement des activités et d'utilisation des ressources nationales et extérieures. J'en

veux pour exemple l'Initiative de Bamako qui a pour objet de mobiliser des ressources supplémentaires pour améliorer la santé maternelle et infantile dans le cadre des soins de santé primaires en Afrique, par le biais d'un fonds de roulement pour l'achat de médicaments et de fournitures et d'autres mécanismes rentables. J'espère que cette initiative atteindra ses buts.

L'OMS est avant tout une institution de coopération technique chargée du transfert et du partage de la technologie sanitaire. Mais il n'existe pas deux pays qui aient les mêmes besoins en matière de technologie. Les possibilités des pays et des communautés varient en fonction de leur stade de développement, du moment et du lieu. C'est pourquoi, nous parlons de technologie appropriée et nous devons offrir une technologie efficace et pratique, correspondant aux besoins, problèmes sanitaires, capacités et ressources des communautés.

J'accorde une importance considérable à l'éducation pour la santé, à l'information sanitaire et à la promotion de la santé en général. Au sein de l'OMS, les processus de gestion des programmes doivent être soutenus par des services informatiques bien étudiés. Les services d'information sanitaire doivent transmettre les messages de santé essentiels de nos programmes techniques.

Ces messages ont une signification propre qui diffère d'un pays et d'une communauté à l'autre. Ainsi, le concept de "mode de vie sain" n'a pas le même sens dans tous les pays. Dans certaines des régions les plus industrialisées du monde, la promotion de la santé et un mode de vie sain ont engendré toute une "industrie de l'exercice physique". Le principal problème nutritionnel qui s'y pose est celui de suralimentation.

En Afrique, la situation est totalement différente. On entend encore par "mode de vie sain" la satisfaction des besoins fondamentaux comme une hygiène de base, un approvisionnement en eau potable et de bonnes conditions d'assainissement, et la lutte contre la malnutrition. Il nous faut d'abord satisfaire ces besoins fondamentaux. Consacrons nos ressources aux problèmes les plus urgents. Nous devons renforcer nos programmes dans les pays africains afin de réduire l'écart entre la situation sanitaire de ces pays et celle des régions plus riches du monde.

Il ne sera possible d'instaurer un développement sanitaire durable en Afrique qu'en mettant en place un système de santé solide qui s'appuie sur les soins de santé primaires. Pour cela, il faut une infrastructure matérielle d'un coût abordable. Le système de santé de district doit épauler le développement communautaire, ce qui suppose une redistribution des ressources à ces niveaux, conformément à la Déclaration de l'OUA "sur la santé, pierre angulaire du développement".

C'est dans cet esprit que le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC36/R2 sur l'accélération de l'instauration de la santé pour tous dans la Région africaine qui invite les Etats Membres à consacrer 5 % au moins des ressources du budget ordinaire de l'Organisation pour améliorer le processus gestionnaire au niveau du district, de façon à coordonner et intégrer toutes les activités de soins de santé primaires à ce niveau et tirer pleinement parti de toutes les ressources sanitaires disponibles.

J'attache une importance capitale aux moyens humains, parce que les gens sont notre capital le plus précieux. Ils ont le droit de participer en tant que décideurs, dispensateurs et bénéficiaires du développement sanitaire. Ils ont le droit de bénéficier des services et du soutien d'un personnel de santé techniquement formé et socialement adapté à l'approche soins de santé primaires. Le personnel de santé que nous évoquons est celui que le monde aura au vingt et unième siècle.

Il nous faut accorder une attention particulière aux besoins spécifiques de certains groupes de population : les mères, les enfants, les adolescents, les travailleurs et les personnes âgées. Que serait un développement sanitaire qui ne couvrirait pas ces groupes de population ? Nous ne voulons pas seulement que les enfants survivent, mais qu'ils se développent harmonieusement. Sauver une vie grâce à la vaccination ne suffit pas. L'enfant doit pouvoir grandir en bonne santé et participer au développement social et économique. Si les gens constituent notre capital le plus précieux, pourquoi le gaspiller ? Nous respectons la vie de la personne dans son intégralité corporelle et spirituelle. Nous devons donc accorder l'attention nécessaire au comportement humain et à la promotion de la santé mentale. La santé pour tous passe par une mobilisation sociale totale.

Toutes nos ressources sont épuisables si elles ne sont pas gérées et préservées avec soin. Les messages, les programmes, les stratégies et technologies de santé dont nous nous faisons l'apôtre doivent en tenir compte. Ainsi, nous ne pouvons demander à une mère de faire bouillir l'eau qu'elle utilise si nous ne nous interrogeons pas aussi sur l'origine du combustible. Une bonne santé suppose un air propre, de l'eau sûre, des terres et une alimentation saines. Je compte insister dans tous les programmes de l'OMS sur le thème de la santé et du développement durable.

Le développement lui-même n'est pas sans risque. Nous l'avons déjà constaté dans les pays développés et nous commençons à nous en rendre compte dans les pays en développement où la dégradation de l'environnement est encore moins tolérable. Le monde est de plus en plus agressé par la pollution, les substances dangereuses, les produits chimiques toxiques, l'"effet de serre", le risque d'accident nucléaire, la contamination biologique, le déboisement, la mauvaise gestion des sols, la perte de la diversité génétique des plantes et des animaux. Je ne veux pas dramatiser outre mesure mais, en fin de compte, c'est la santé de l'homme qui est en jeu. Je pense que l'OMS peut participer plus activement à l'évaluation biomédicale de ces risques pour la santé humaine. Nous pouvons également montrer que les technologies sanitaires peuvent contribuer au développement durable.

En Afrique, nous devons être mieux préparés à faire face aux risques naturels, aux catastrophes et aux situations d'urgence comme la sécheresse, les inondations, les cataclysmes et les épidémies concomitantes. Il faut accorder une attention accrue aux problèmes particuliers à la région sahélienne, et notamment aux conséquences néfastes pour la santé des invasions répétées de sauterelles qui détruisent les cultures et les pâturages. Nous devons préserver et gérer avec soins nos ressources, qu'il s'agisse de la terre, des forêts ou de l'eau. Tous les secteurs sont concernés, mais l'OMS doit s'attacher plus particulièrement aux répercussions pour la santé de l'homme.

Nous entrons inévitablement dans le domaine de l'économie de la santé. L'alimentation, le logement et les services de santé constituent une part importante du produit national brut d'un pays. Ils font appel aux ressources épuisables. Mais un bon état de santé n'est pas seulement un fardeau financier grevant le développement économique. C'est une condition indispensable au développement social et économique. La santé et le bien-être de l'homme sont les objectifs ultimes du développement.

Je souligne le rôle de l'OMS en matière de politique et de gestion des produits pharmaceutiques, y compris pour la mise au point, l'expérimentation et l'utilisation de médicaments et de vaccins d'un bon rapport coût-efficacité. Les nouvelles biotechnologies permettent de disposer de produits meilleur marché et plus efficaces, entraînant moins d'effets secondaires. Nous devons faire en sorte que de tels médicaments et vaccins soient largement disponibles dans tous les pays d'Afrique.

La responsabilité constitutionnelle de l'OMS de prévenir et d'enrayer les maladies transmissibles et non transmissibles revêt une importance particulière en Afrique. Nous devons activement mettre en oeuvre des programmes durables de vaccination, de lutte contre les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires, le paludisme et autres maladies tropicales et parasitaires ainsi que contre les maladies sexuellement transmissibles. Notre nouveau Programme mondial de Lutte contre le SIDA doit être mené et exécuté avec soin. Nous accordons une attention accrue à la cécité et à la surdité. Le nouveau programme sur le tabac ou la santé devrait permettre de réduire la mortalité et la morbidité par cancer et maladies cardio-vasculaires. Nous devons mettre au point de nouvelles approches et faire preuve d'imagination et d'esprit d'innovation.

Nous vivons des temps précaires. Nous sommes confrontés à un climat politique et économique difficile dans de nombreuses régions du monde. Cette remarque est particulièrement vraie ici, en Afrique, où le développement sanitaire a terriblement besoin de ressources. Et pourtant, je suis fondamentalement optimiste. En effet, nous constatons des signes d'apaisement des tensions entre l'est et l'ouest, entre le nord et le sud, et entre certains pays d'Afrique australe. Si une petite partie seulement de l'énergie et des ressources jusqu'à présent investies dans ces tensions pouvait être

consacrée au développement sanitaire, notamment en Afrique, imaginez la différence. Nous voyons déjà la possibilité de canaliser des ressources supplémentaires, bilatérales et multilatérales, vers l'Afrique, mais nous devons agir avec prudence. N'oublions pas, en outre, que le monde entier est concerné par le développement sanitaire de votre Région. Les efforts faits pour trouver une solution renforceront l'idée de coopération si chère à notre Organisation et permettront, à court et à long terme, de résoudre les difficultés des autres régions.

La même remarque s'applique à l'OMS. Nous sortons de la crise la plus grave que l'Organisation ait connue. Elle est loin d'être terminée, mais nous avons des raisons de croire que le pire est passé. Cette crise financière souligne la nécessité d'une gestion rigoureuse à tous les niveaux de l'Organisation pour garantir que celle-ci fonctionne aussi efficacement et économiquement que possible. C'est pour cette raison que j'ai déjà commencé à examiner les procédures gestionnaires et administratives de l'Organisation et à apporter certaines modifications structurelles, en ayant toujours pour objectif suprême d'utiliser au mieux les moyens financiers et humains de l'OMS. Nous devons rationaliser la structure de nos Bureaux régionaux et de terrain afin d'apporter un soutien optimal aux pays de la Région.

En tant qu'ancien Directeur régional, je ne suis que trop conscient des pressions et des tensions qui peuvent s'exercer entre les différents niveaux gestionnaires d'une organisation mondiale comme l'OMS, mais je suis persuadé qu'elles peuvent être saines si chacun garde présente à l'esprit la nécessité absolue de maintenir l'unité de l'Organisation dans ses objectifs, ses politiques et ses approches. En tant que Directeur général, je ferai tout ce qui sera en mon pouvoir pour préserver l'unité de l'Organisation et favoriser une délégation de pouvoirs et de responsabilités compatibles avec une saine gestion.

J'encourage la consultation collégiale et la prise de décision en connaissance de cause à tous les niveaux de l'Organisation. Je compte sur les conseils et le soutien de nos Directeurs régionaux. Au Siège, je demande à mon Directeur général adjoint ainsi qu'aux Sous-Directeurs généraux de participer davantage à l'élaboration des politiques et au processus de prise des décisions. Je demande instamment qu'il y ait davantage d'interaction

entre les programmes. J'espère que ces pratiques seront également suivies dans les Régions pour tout le personnel technique, comme pour le personnel administratif. Mais, avant tout, je vous demande à tous, représentants des Etats Membres qui, ensemble, constituez l'organe de coopération de notre Organisation mondiale de la Santé, de me conseiller et de me soutenir.

Quand j'ai eu l'honneur d'accepter le poste de Directeur général de l'OMS auquel je venais d'être élu, j'ai accepté de devenir votre porte-parole, ainsi que le chef de Secrétariat de votre Organisation, constituée d'Etats Membres qui coopèrent au développement sanitaire international. Je savais que le pari serait difficile à tenir.

Si je n'avais pas su que je pouvais compter sur vous, sur le Dr Monekosso, ici présent, à mes côtés, sur chacun d'entre vous, il est probable que j'aurais alors jugé cette tâche impossible. Mais vous êtes là et c'est votre unité qui fait la différence.

C'est vrai, nous devons faire face à toutes les catastrophes imaginables, qu'elles soient d'origine humaine ou naturelle. C'est vrai, nous n'avons pas encore comblé le fossé entre les nantis et les exclus. Mais je suis persuadé que nous pourrons mener à bien cette tâche si nous serrons les coudes pour atteindre l'objectif commun de la santé et du développement durable pour tous.

Je souhaite que les travaux de la trente-huitième session du Comité régional de l'Afrique aient tout le succès désiré.

## ALLOCUTION DU PROFESSEUR J. N. TOGBA, M.D., MPH, FAPHA, FWACP

Excellence, Monsieur le Président de la République populaire du Congo,  
Monsieur le Directeur général de l'OMS,  
Monsieur le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique,  
Monsieur le Directeur régional du PNUD pour l'Afrique,  
Messieurs les Ministres de la Santé,  
Messieurs les responsables du Gouvernement,  
Distingués invités,  
Consoeurs et Confrères qui oeuvrez pour la santé en Afrique,

C'est pour moi un grand privilège et un insigne honneur de me trouver parmi vous dans des circonstances aussi exceptionnelles.

En 1946, les Nations Unies qui venaient d'être constituées, ont décidé qu'il devait y avoir au sein des Nations Unies un organisme chargé de la santé et elles ont, par conséquent, demandé aux pays membres de l'ONU d'envoyer les responsables de leurs programmes de santé à la conférence sanitaire internationale des Nations Unies au Hunter's College, de New York pour constituer une organisation de santé.

Le Libéria avait été invité et, fort heureusement pour moi, j'ai été désigné pour représenter mon pays. Outre le Libéria, les seuls pays africains présents à cette conférence étaient l'Ethiopie et l'Afrique du Sud. Je me suis senti très isolé puisque j'étais le seul Africain noir assistant à cette conférence. Toutefois, lorsque nous avons été informés que chaque pays avait une voix, quelles que soient sa taille et sa population, et que l'on pouvait s'exprimer librement, nous avons travaillé d'arrache pied et étudié dans les moindres détails chaque article du projet de constitution.

Comme j'étais jeune à cette époque, un médecin chinois très sympathique m'a aidé à faire adopter un article particulier relatif aux territoires non autonomes et l'article relatif aux membres associés. L'Article 8 avait été rédigé de telle manière que seules les puissances coloniales en place pouvaient représenter les intérêts des populations de ces territoires.

Nous avons insisté pour que les populations de ces territoires parlent en leur nom personnel. Cette clause a été mise aux voix et nous avons eu gain de cause à la majorité simple. Un deuxième tour de scrutin a été exigé et nous avons fait valoir que les puissances coloniales enverraient des personnes susceptibles de n'avoir jamais mis les pieds dans les territoires et d'être restées toute leur vie dans les bureaux de leurs capitales. Nous avons obtenu deux fois plus de voix, et vous pouvez en constater le résultat maintenant.

Il y a eu beaucoup de discussions en ce qui concerne le nom à donner à l'Organisation. Pour ce qui est de cette dernière, il a été convenu à l'unanimité que puisque les maladies ne connaissent pas de frontières, il convenait de l'appeler "ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE". La Constitution a été signée sous réserve qu'elle entrerait en vigueur lorsque les deux-tiers des Etats Membres de l'ONU la ratifieraient. J'ai signé au nom du Libéria et l'Assemblée législative libérienne a ratifié la Constitution, ce qui fait que le Libéria a été le septième pays à ratifier la Constitution.

Une commission provisoire comportant dix-huit membres a été créée. Le délégué libérien a été élu comme membre de la commission provisoire dont la tâche consistait à s'occuper de toutes les épidémies ainsi que de toutes les situations sanitaires d'urgence à l'échelle mondiale, à choisir le pays où serait implanté le siège de l'Organisation, etc. Nous nous sommes réunis deux fois l'an et avons été traités avec beaucoup de courtoisie dans tous les pays que nous avons visités.

Comme la traduction simultanée n'existait pas à cette époque, chaque réunion durait au moins un mois. Finalement le 7 avril 1948, l'Organisation mondiale de la Santé a vu le jour parce qu'un nombre suffisant d'Etats Membres avait ratifié la Constitution.

La Suisse a été choisie pour accueillir l'OMS dans les Palais des Nations à Genève, Siège de la Société des Nations.

Au cours des premières années d'existence de l'OMS (1948-1960), il n'y avait que deux pays reconnus en Afrique au Sud du Sahara : le Libéria et l'Union d'Afrique du Sud. Nous siégeons par conséquent à tour de rôle au Conseil exécutif de l'OMS. Le Libéria a siégé deux fois au Conseil exécutif

et il a assumé de nombreuses fonctions. A cette époque, c'était très difficile pour moi car j'étais le seul Africain noir. Toutefois, étant donné la diversité de ses activités et sa participation à de nombreux programmes, le délégué du Libéria a été élu 7ème Président de l'Assemblée mondiale de la Santé, devenant ainsi le premier Africain noir à présider un Organe directeur des Nations Unies.

En 1950, il a été décidé de diviser l'OMS en régions : Europe, Méditerranée orientale, Asie du Sud-Est, Pacifique occidental et Amériques, l'Afrique devant relever du Bureau régional de l'Europe. Sur ce, le délégué libérien que j'étais a pris la parole et a dit : "Ceci me rappelle une histoire : une famille avait de nombreux enfants; lorsque le premier enfant est né, chaque fois qu'il pleurait, le père et la mère se précipitaient, puis ils ont fait de même pour le deuxième et le troisième enfant, mais au quatrième enfant et aux suivants, les parents disaient simplement "Oh ce n'est rien, il finira bien par s'arrêter de pleurer". Mais en réalité, cet enfant était peut-être vraiment malade et avait besoin de soins. Il en est de même pour l'Afrique. Nous avons plus de problèmes de santé que toute autre région du monde et on nous laisse à l'écart, est-ce que c'est juste ? Sur quoi, la création de la Région africaine au Sud du Sahara a été approuvée.

Nous avons tenu notre premier Comité régional à Genève après l'Assemblée de l'OMS en 1951. A cette époque, les membres présents étaient la Grande Bretagne, la France, le Portugal, l'Espagne, la Belgique, l'Afrique du Sud et le Libéria. Six des membres du groupe ont opté pour Brazzaville et un pour Monrovia. Pourquoi ? Au début de 1951, je représentais le Libéria à Kampala (Ouganda) lors d'une conférence de l'OMS sur le paludisme. J'avais emprunté l'itinéraire suivant : Monrovia, Léopoldville, Bujumbura, Kampala, Nairobi, Johannesburg, Monrovia. Je voulais me familiariser avec ces endroits. A Léopoldville, on m'a refusé une chambre d'hôtel parce que j'étais noir. A Bujumbura, on m'a accordé une chambre, mais on m'a refusé le privilège de m'asseoir dans la salle à manger. Il a fallu l'intervention du Directeur de l'hôtel qui a fait remarquer que j'étais une personnalité du gouvernement. A Kampala, on m'a donné une chambre, mais j'ai trouvé une note dans la pièce : "Les chiens et les Africains ne sont pas admis ici". Pour me rendre à Nairobi, j'ai pris un train où les Blancs et les Noirs étaient séparés, mais j'ai voyagé en première classe parce que j'étais une personnalité du

gouvernement. A Nairobi, on m'a refusé une chambre d'hôtel et un taxi, bien que l'OMS ait confirmé ma réservation à l'Hôtel Stanley. A Johannesburg, on m'a donné une excellente chambre à l'Hôtel Ritz Carlton, mais je devais prendre mes repas dans ma chambre, etc. On ne m'a même pas autorisé à déambuler dans les rues. A Genève, tous ces faits ont été portés à la connaissance des membres de la Région africaine. La Belgique avait proposé Léopoldville, mais elle a retiré sa proposition lorsqu'elle a entendu mon récit; la Grande Bretagne avait proposé Kampala et plus tard Nairobi, mais a retiré les deux propositions lorsqu'elle a pris connaissance de mes mésaventures de Kampala. L'Afrique du Sud ne pouvait que se taire. Le délégué libérien a proposé Monrovia. La France qui avait proposé Brazzaville a déclaré, "Dr Togba, vous êtes allé à Dakar et vous avez séjourné dans l'hôtel de votre choix sans être victime de discrimination raciale (ce qui était vrai) et il a garanti qu'il en serait de même à Brazzaville." Toutes les puissances coloniales ont voté en faveur de Brazzaville, évidemment le Libéria a voté pour Monrovia.

Le premier Directeur a été un Sud-africain d'origine hollandaise, le Dr Daubenton, le deuxième, le Dr Cambournac, un Portugais et depuis la libération de l'Afrique, nous avons eu nos propres médecins africains. Un Libérien avait été proposé et aurait pu être le premier Directeur régional, mais j'étais pratiquement seul à cette époque et j'ai préféré m'occuper des problèmes de santé du Libéria.

Je forme des vœux pour qu'un jour un Africain devienne le Directeur général de l'OMS. Si nous constituons un front uni, nul doute que la chose sera possible.

DISCOURS DE MONSIEUR P. C. DAMIBA,  
DIRECTEUR REGIONAL POUR L'AFRIQUE,  
PNUD, NEW YORK

Excellence Monsieur le Président de la République,  
Messieurs les Ministres,  
Monsieur le Directeur général de l'OMS,  
Monsieur le Directeur du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique,  
Mesdames et Messieurs,

C'est pour moi un honneur tout particulier de prendre la parole en cette séance solennelle d'ouverture de la trente-huitième session du Comité régional pour l'Afrique de l'Organisation mondiale de la Santé, en présence de leurs Excellences les Ministres de la Santé, des hauts Représentants des Etats Membres et sous la haute présidence de Son Excellence le Colonel Denis Sassou Nguesso, Président de la République populaire du Congo et grand militant des causes de libération politique et de développement économique accéléré de l'Afrique, je veux dire des causes de la paix. Je voudrais remercier tout particulièrement, mon ami, le Professeur Monekosso, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique pour son invitation fraternelle. Je voudrais lui rendre ici hommage pour les efforts inlassables au front de la santé au service du développement de l'Afrique. J'aime voir en lui, en même temps que le Professeur éminent aux compétences médicales de renommée mondiale, un manager de programmes complexes qu'il a su conduire avec beaucoup de succès. N'étant pas médecin moi-même, je ne voudrais pas me hasarder sur des terrains inconnus de moi. Mais en tant qu'économiste, financier et homme de développement, je voudrais faire quelques commentaires sur le thème "Santé et Développement", en disciple convaincu de la trilogie "Santé - Développement - Culture".

Tout d'abord, je verrai, volontiers, pour définir la santé, "plus qu'un "état de bien-être complet, physique mental et social" tel que traditionnellement défini. N'est-elle pas davantage, un équilibre orienté beaucoup plus qu'un état ? Etre en bonne santé n'est-ce pas soutenir une polémique provisoirement victorieuse avec le vieillissement et la dégradation de l'énergie ? Plus encore et mieux encore, pourquoi la santé comprise comme l'élan qui traverse et emporte ce qu'il y a de souffrance et de fragilité en nous, ne survivrait-elle pas à l'apparente déroute qu'est la mort ? La santé est une réalité que je vis, en l'ayant ou en ne l'ayant pas; c'est cet élan

qui me fait tenir debout. Je le sens comme une force non comme un état. De sorte que l'action pour la santé mettra en jeu bien d'autres facteurs que le traitement des maladies déclarées et identifiées de tel ou tel individu. Ces autres facteurs apparaissent en gros plan dans le cercle infernal où les maladies (ver de Guinée, paludisme...) abaissant la capacité de travail, compromettent les récoltes, d'où s'ensuit la disette entraînant la sous-alimentation qui, elle, sensibilise l'organisme aux affections et favorise l'indolence... or, sans relèvement des niveaux de santé, j'affirme que le développement économique est impossible. Une économie d'handicapés ne saurait jamais produire la croissance.

Par ailleurs, une lecture des facteurs de croissance des économies des quatre "dragons" nouvellement industrialisés d'Asie du Sud-Est, les nouveaux conquérants, comme on les appelle aussi quelquefois, montre bien que, de même que les niveaux d'éducation ont interagi favorablement sur les niveaux de santé, de même les progrès dans la santé y ont été au service de leur industrialisation. Dans l'une des économies de ces dragons, il est constaté que l'effort de formation de la population a été de pair avec une amélioration des infrastructures médicales et une augmentation du personnel de santé. En 30 ans, les effectifs de ce secteur y ont plus que décuplé tandis que le nombre de personnes par lit d'hôpital est passé de 2988 à 308. Dans ce même pays, la population possédant au moins un niveau d'éducation secondaire est passée, de 1952 à 1987, de 10 % de la population totale à plus de 60 %. En termes quantitatifs, le nombre d'élèves ayant reçu un enseignement supérieur ou secondaire a été multiplié respectivement par 41 et 12. Il y a ainsi une interrelation entre niveau de santé et niveau d'éducation.

Aussi, la santé, ce me semble, doit-elle être le résultat d'une action d'ensemble, intégrant les multiples facteurs, directs ou indirects, individuels et collectifs, de la maladie et du bien-être. Dans beaucoup de pays d'Afrique, subsiste l'ensemble de mal-vie formé par l'association de maladies transmissibles, tropicales ou cosmopolites, et de maladies de carence, globales ou spécifiques. Cet ensemble fragilise la population. Il est le résultat de multiples facteurs : l'environnement naturel, les médiocres conditions de vie, l'insuffisance de l'hygiène et de l'éducation sanitaire, la pauvreté de l'équipement médical en général. C'est dire que l'état de santé est tributaire du développement et que l'action pour la santé ne peut être

qu'une partie de l'action pour le développement. Ainsi, la sauvegarde et l'amélioration de la santé ne relèvent pas seulement de la médecine curative et des équipements de niveau technique élevé. Prévenir autant que guérir, transformer les conditions de vie qui sont pathogènes, agir à la base avec la participation des populations, choisir les actions prioritaires, utiliser largement les moyens les plus simples et les moins dispendieux... Voilà les règles de jeu d'une santé intégrée au processus de développement. Les difficultés de cette intégration ne sont pas seulement scientifiques et techniques, encore que l'approche pluridisciplinaire de la santé soit balbutiante et que les décideurs n'aient guère l'habitude d'inscrire la santé dans l'ensemble formé par leurs actions de toutes sortes. Mais aux difficultés scientifiques et techniques s'en ajoutent d'autres.

D'abord, la santé et l'action pour la santé sont des enjeux politiques et économiques de première importance, de sorte que les décisions ne procèdent pas de choix scientifiques ou techniques. Ensuite, l'action intégrée, plus ambitieuse que les actions ponctuelles, n'est pas forcément moins coûteuse si l'on veut qu'elle ne soit pas illusoire. En outre, toute action qui paraît réduire la part des soins au profit, par exemple, de la prévention éveille la méfiance de la population légitimement désireuse d'être guérie de ses maladies. Enfin, l'image de la "santé publique" ne reste-t-elle pas encore pâle dans de nombreux milieux ?

En pratique, l'action de santé intégrée est quelquefois le laborieux projet d'une nation ou d'une collectivité d'importance mais prend généralement la forme d'expériences pilotes, par exemple, au Cameroun, des projets du centre de santé communautaire de Tokombere. Celles-ci risquent cependant de s'étioler faute de terre nourricière. Il faut les enraciner, les évaluer avec rigueur, en suivre assidûment l'évolution et, surtout, faire en sorte qu'elles ne s'enferment pas sur elles-mêmes et contribuent à dynamiser la société entière. A ces conditions, il est possible de préparer la mise en oeuvre de l'approche élargie de la santé, en agissant sur la formation, la recherche, l'action, les institutions, etc.

Viser la santé dans et par le développement n'est donc pas seulement une nécessité économique (former des acteurs de développement), mais une nécessité éthique et politique (former des projets de développement acceptables et acceptés). Du reste, les sommes dépensées pour prévenir ou guérir la maladie sont sans commune mesure avec la richesse produite par ceux qui gardent la santé, surtout dans les pays où les ressources de l'homme sont ruinées par la mauvaise santé. Il est donc économiquement légitime de faire toute sa place à la santé dans le développement. Cependant, les dépenses de la santé ne sont pas indéfiniment extensibles et les systèmes de santé de bien des pays africains dépendent encore trop de l'extérieur (personnels expatriés, équipements et formateurs venus d'ailleurs, subventions, prêts ou dons publics et privés), ce qui n'est pas sans les fragiliser (importance des charges récurrentes, difficultés de la maintenance et de l'approvisionnement, etc.).

Quelques nécessités se font jour qu'il importe de noter : apprécier plus exactement le coût de la santé, sans le confondre avec le coût des services publics de santé car cela donne à croire que le développement des services de santé est, à lui seul, facteur de santé, ce qui peut conduire ceux-ci à une inflation cancéreuse. Programmer l'action en prenant en compte tous les facteurs de la santé, en s'efforçant de maîtriser toutes les réalités en jeu : épidémiologie, personnels, équipements, flux financiers, conduites de populations, évolution démographique, etc.), en tâchant d'éviter que les programmes privilégient les actions d'apparence prestigieuse qui honorent l'Etat et ne répondent qu'aux besoins d'une partie influente de la population. Tendre à réduire la dépendance à l'égard de l'extérieur en engageant des ressources locales et en améliorant la gestion et la maintenance des services existants. Créer et utiliser des procédés d'évaluation qui ne sont pas moins nécessaires dans le domaine de la santé que dans d'autres domaines, que les acteurs de la santé aient tendance à croire que leurs dons sont toujours légitimes.

Les responsables de la santé publique doivent être, ou revendiquer d'être, intimement associés aux travaux de planification du développement, à la préparation des programmes de stabilisation et d'ajustement structurel afin que soit donnée à ce secteur sanitaire l'importance voulue. Des priorités de base doivent toujours guider cette association :

- a) priorité à la médecine préventive non seulement par la poursuite des campagnes de masse contre les endémies non encore éliminées mais par le maintien des mesures conservatoires pour éviter la réapparition des endémies réputées vaincues, de même que par un effort particulier pour l'assainissement du milieu et l'éducation sanitaire; après avoir agi pendant longtemps au contact de la maladie, il faut maintenant agir en amont; ce que permettent l'épidémiologie et l'éducation pour la santé;
- b) priorité aux populations rurales non en raison de leur majorité mais parce que là se combinent plus aisément les dimensions curatives et préventives, intégrant la santé maternelle et infantile, les aspects nutritionnels et éducationnels;
- c) formation des cadres de santé polyvalents, tirant des leçons des expériences variées et si pratiques de pays comme la Chine en la matière;
- d) la recherche volontairement programmée, bien ciblée, régionalisée et coordonnée, et soutenue sur la longue période et exploitant les ressources de la médecine traditionnelle est la véritable clé du succès de toute politique et programme en matière de santé en Afrique; parent pauvre pour des considérations budgétaires, la recherche doit regagner le sommet des priorités en particulier appliquée aux problèmes spécifiques de la santé africaine.

Ainsi, la notion de santé élargie, de santé intégrée au développement doit devenir une pratique et inspirée des politiques et des programmes. C'est le Professeur Jacques Ruffie qui écrivait avec autorité : "Il devient essentiel que nous prenions conscience que les grandes affections qui touchent l'humanité sont souvent les résultats de plusieurs variables : l'une génétique probablement; une autre liée à l'environnement et sur laquelle on peut agir si on le connaît avec certitude; une troisième enfin qui se situe à la charnière des deux autres que l'on peut qualifier de composante culturelle et qui est la façon dont les individus gèrent personnellement leur propre destin génétique et leur environnement".

A la vérité, ce sont les ensembles qui deviennent importants et il peut exister une connaissance rigoureuse des ensembles; la santé n'est-elle pas un de ces ensembles ? Dans son interaction, j'allais dire son intersection avec le développement, la santé interpelle le développement, sa finalité (pour qui, vers quoi, vers où ?), son coût (humain, financier, moral...), ses modalités (par exemple consommation technologique et environnement, dopage de l'homme et ses effets...); le développement à son tour interpelle la santé dans les mêmes termes. La question qui se pose donc est quel développement produire qui soit profitable à la santé ?

Le Professeur Marc Sankale écrit fort justement que "l'indicateur le plus sensible, autrement dit le plus précoce, de la détérioration d'une situation économique est son voyant médico-sanitaire". La lecture du tracé de ce voyant indique que les économies du développement en Afrique sont passées par bien des déboires. En effet, hier les politiques et programmes de santé relativement ambitieux étaient associés à des plans de développement qui, la croissance aidant, ne manquaient pas d'ambition. On est aujourd'hui obligé de viser plus bas, d'assurer les conditions minimales de santé - parfois avec difficultés - à des populations privées des bénéfices attendus du développement.

L'obligation où l'on se trouve d'inaugurer des nouvelles politiques de santé en Afrique n'est pourtant pas sans ouvrir des perspectives intéressantes. Derrière les notions comme soins de santé primaires, sociétés responsables de leur santé, santé partie intégrante du développement, égalisation de l'accès aux soins, une nouvelle vision de l'action pour la santé se profile qui est, en même temps, adaptation à la pauvreté et progrès. Et, si les échecs des politiques de développement ont conduit à revoir les politiques de santé, la révision des politiques de santé devrait permettre de renouveler les politiques de développement.

D'autant que le développement ne produit pas forcément la santé; aucune société ne peut avoir la santé pour l'unique objectif, sauf à se transformer en lazaret. La société n'est pas un conservatoire destiné à garder les gens en bonne santé, mais le lieu où ils vivent et finissent par mourir. Selon les milieux naturels, l'histoire d'une culture, des projets de la société, son environnement international, la conjoncture, le sens que chacun donne à sa

vie, le niveau du savoir médico-social, la santé et la maladie ne sont ni les mêmes, ni vécus de la même façon. Une politique de développement est donc conduite à faire des choix : on réduit certains risques, on est obligé d'en tolérer d'autres. S'il n'en était pas ainsi, pourquoi les pays du Nord, qui ont bénéficié d'un si remarquable progrès de la médecine, découvrirait-ils qu'ils sont rongés par la pathologie de leur réussite ? Cela signifie qu'il est impossible de réduire le développement à la seule croissance économique. Cependant, l'idée que la santé du corps et de l'esprit des personnes et des sociétés est un paramètre essentiel du développement serait un acquis capital pour la mise en valeur des traditions et le mûrissement de la modernité en matière de santé.

Monsieur le Président,

Honorables Délégués,

Le Programme des Nations Unies pour le Développement, pour sa part, est associé avec l'OMS pour l'avènement de cette santé élargie et intégrée au développement. Ce n'est pas là le lieu de faire un rapport sur le bilan des programmes de santé soutenus par le PNUD. A la demande des gouvernements que vous représentez, les programmes par pays et les ressources mises à leur disposition par le PNUD consacrent environ 10 % aux projets de santé. Leur intégration aux autres projets aura toujours besoin d'être améliorée. La santé devra figurer désormais sur le check list des critères d'élaboration et d'évaluation de tout projet, qu'il s'agisse du développement rural, industriel, minier, commercial ou d'éducation, etc. Le PNUD est associé, dois-je le rappeler, au fleuron régional du projet onchocercose; au plan interrégional et global à des programmes de recherche dont le succès a été démontré au cours des années; le PNUD vient de s'associer au récent programme global de l'OMS de lutte contre le SIDA. Une véritable alliance PNUD/OMS a été conclue.

Pour l'avenir immédiat et en accord avec le Professeur Monekosso : a) je voudrais tout d'abord renforcer les capacités de liaison et de dialogue du Bureau régional du PNUD pour l'Afrique, avec la Direction régionale de l'OMS pour l'Afrique, en établissant à Brazzaville, au sein du Bureau local du PNUD, un fonctionnaire de liaison OMS, pour accélérer la préparation des projets,

participer à leur suivi, rechercher en relation avec les collègues de l'OMS ici les opportunités d'action au service des stratégies et programmes que votre Comité régional établit. Ce fonctionnaire facilitera aussi le séjour des Représentants résidents du PNUD auprès du Bureau régional de l'OMS; b) je voudrais ensuite monter dès que possible un projet pour améliorer la capacité de réponse, à temps, du Professeur Monekosso et de ses services à Brazzaville, en matière de mise à disposition des Etats Membres, à leur demande, de consultants de courtes durées ("Short term consultancy services") selon des modalités que nous déterminerons ensemble. Dans le cadre de ce projet, nous pourrions au demeurant, utiliser l'expertise nécessaire pour préparer une stratégie de plus grande envergure et qui, sous le thème général de santé et développement, pourrait privilégier certains axes tels que la santé publique, la formation, la recherche biomédicale, l'épidémiologie, la nutrition... et assurer la participation substantive des opérateurs de la santé en Afrique dans des programmes tels ceux d'ajustement structurel en cours, dans plus de 27 pays africains. Cette stratégie et ce programme pourraient aider à mieux contribuer, par exemple, à la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako.

Monsieur le Président,

Messieurs les Ministres,

Monsieur le Directeur général,

Monsieur le Directeur régional,

Assurément, la médecine biologique a fait en un siècle des prodigieux progrès. La santé en Afrique a fait aussi des avancées de géant. Le secteur santé et celui de l'éducation sont certainement ceux qui ont enregistré les résultats les plus spectaculaires. Seulement, tout comme le développement, la santé bat de l'aile actuellement en Afrique et ne peut plus soutenir les performances passées et, à certains égards, même conserver les acquis d'hier. L'action à la base pour la santé ou soins de santé primaires, selon la terminologie d'Alma-Ata, constitue une stratégie arrivée à point nommé pour répondre par des moyens simples, peu coûteux et accessibles, aux besoins de santé primordiaux des sociétés, en particulier, en voie de développement. Je pense que cela ne veut pas dire moins de science mais une science plus large, plus ouverte, plus proche de tous. Je pense que cela ne va pas non plus dégénérer en médecine pauvre pour les plus pauvres. Mais pourquoi il n'en soit

pas ainsi, ces programmes de soins de santé primaires ont besoin de financements suffisants d'origine nationale et internationale bien coordonnés, atteignant un seuil critique minimum à maintenir à tout prix sur la longue période. Sinon, ces programmes s'érousseront, s'émietteront et disparaîtront progressivement sans impact de fond. Les financements mobilisés, en se mettant en place, doivent s'assurer que ces soins de santé primaires s'inscrivent au moins par étape, dans un système de cohérence, comprenant tous les niveaux d'action : recherche, enseignement, gestion, éducation, hôpital, actions spécialisées, nationales, régionales... Je veux dire dans un système de développement, pas seulement économique mais aussi social et culturel, pas seulement quantitatif mais aussi qualitatif. La santé doit viser, en Afrique, plus peut-être qu'ailleurs, "tout l'homme et tous les hommes", tout Africain et tous les Africains.

Je vous remercie.

ALLOCATION DE SON EXCELLENCE LE COLONEL DENIS SASSOU NGUESSO,  
PRESIDENT DU COMITE CENTRAL DU PARTI CONGOLAIS DU TRAVAIL,  
PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE, CHEF DU GOUVERNEMENT

Monsieur le Président de la trente-septième 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 pour l'Afrique,

Excellences, Messieurs les Ambassadeurs et Chefs de missions diplomatiques,

Honorables Délégués,

Mesdames, Messieurs,

C'est avec un grand plaisir et un sentiment de réelle fierté que j'ouvre aujourd'hui la trente-huitième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique.

Je tiens tout d'abord à féliciter sincèrement le Docteur Hiroshi Nakajima pour sa récente et très brillante élection au poste de Directeur général de l'OMS et je voudrais l'assurer de mon soutien indéfectible ainsi que celui de mon Gouvernement dans l'accomplissement de la tâche lourde mais exaltante que vient de lui confier la communauté internationale.

Je me dois de rendre au Docteur Mahler, Directeur général sortant, l'hommage qu'il mérite pour les succès brillants qu'il a remportés pendant 15 années à la tête de l'Organisation, grâce à son talent d'organisateur, son énergie et ses qualités de combattant tenace pour l'instauration de la santé dans le monde.

Il revient au Docteur Lobe Monekosso, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, le mérite d'avoir su promouvoir, avec son équipe, le nouveau climat de travail, de recherche et de créativité dont notre continent a particulièrement besoin pendant cette période difficile. Je suis persuadé qu'avec lui, "la santé pour tous en l'an 2000" franchira une étape décisive, malgré l'âpreté singulière de la lutte sanitaire au plan africain.

Monsieur le Président,

Messieurs les Ministres,

Mesdames et Messieurs,

Le visage sanitaire du continent est des plus préoccupants. La plupart des endémo-épidémies anciennes, si elles ne connaissent pas toujours de recrudescence, demeurent tout au moins stables. La tendance générale est à la dégradation, favorisée par la baisse constante du niveau de vie de nos populations, et entretenue par certains facteurs d'ordre culturel.

Consciente de cette situation, l'Organisation mondiale de la Santé a plus que jamais fait sienne la stratégie des soins de santé primaires, dans le but d'instaurer la santé pour tous en l'an 2000. Cette politique sanitaire internationalement adoptée, apparaît comme la seule rationnelle pour les peuples africains aujourd'hui en proie à de multiples défis.

Dans cette perspective de la lutte pour une santé à la portée de tous, notre région sanitaire a réalisé des progrès incontestables, même si ceux-ci apparaissent dérisoires face à l'ampleur des questions à résoudre.

La trente-huitième session du Comité régional pour l'Afrique qui se réunit aujourd'hui a choisi pour ses travaux des thèmes qui permettent une juste évaluation de la politique sanitaire du continent. De plus, de nouvelles orientations utiles pourront être dégagées à l'issue des discussions.

Trois situations illustrent les difficultés auxquelles nos pays se trouvent présentement confrontés.

Il y a d'abord le paludisme, dont 80 millions de cas cliniques existent en Afrique; on évalue à plus de quatre millions le nombre de décès imputables à ce fléau.

Il y a également le cas de l'arriération mentale. Si l'arriération mentale grave ne compte que 3 cas pour 1000, la forme faible de ce trouble atteint la proportion de 50 pour 1000. Quant à l'insuffisance en iode, cause de diverses perturbations mentales, elle concerne 50 millions de personnes au moins.

Enfin, malgré l'adhésion de la plupart de nos Etats à la politique de médicaments essentiels, peu d'entre eux l'appliquent vraiment, préférant encore l'importation de spécialités trop coûteuses à la production locale de produits de base.

Votre session a également inscrit à son ordre du jour la question de la santé des jeunes, et elle envisage la discussion des rapports de la jeunesse avec les maladies sexuellement transmissibles, la fécondité, les juridictions nationales...

La situation du SIDA en Afrique sera examinée au cours de cette trente-huitième session, et les efforts de prévention entreprise, ou à entreprendre feront l'objet, nous le souhaitons, de rapports objectifs qui permettront une meilleure connaissance du phénomène et ouvriront la voie à de meilleures perspectives.

C'est le lieu de rappeler que s'agissant d'un fléau aussi universellement répandu et qui exige la coopération de tous, il ne sert à rien de jeter l'anathème sur le continent africain. S'il est vrai que les nombreuses difficultés auxquelles l'Afrique est confrontée la rendent plus vulnérable, plus fragile, plus exposée que d'autres régions à travers le monde, le combat contre un tel drame n'a nullement besoin d'un quelconque procès d'intention, d'une quelconque culpabilisation, d'une quelconque forme d'exclusion.

Il y a par ailleurs un thème essentiel qui fera l'objet de vos discussions. Il s'agit de l'appui technique aux soins de santé primaires au niveau intermédiaire. En effet, la réussite du système reste conditionnée par l'articulation de cette politique à l'étape intermédiaire, c'est-à-dire entre les niveaux central et périphérique de la structure. La bataille à gagner, il faut se le dire, doit l'être à travers les activités communautaires, par les agents de santé de village et de district. Car le centre nous offre une impression fautive de la situation sanitaire si, à la périphérie, les populations ne sont pas les acteurs et les principaux bénéficiaires de l'action qui est menée.

Monsieur le Président,  
Messieurs les Ministres,  
Mesdames, Messieurs,

Le droit à la santé participe des droits de l'homme. Aussi, ce combat reste-il intimement lié à celui mené pour la justice, la dignité humaine et la paix dans le monde, singulièrement sur notre continent, le plus éprouvé du globe.

La République populaire du Congo entend jouer pleinement son rôle de membre responsable au sein de la communauté africaine. Aussi, soutient-elle avec fermeté l'action de l'Organisation mondiale de la Santé dans notre Région car celle-ci rejoint le combat qu'elle s'est engagée à livrer contre le sous-développement et l'iniquité, pour la paix.

En dépit d'une conjoncture particulièrement défavorable, qui expose aujourd'hui nos peuples à toutes sortes d'aléas, d'épidémies et d'agressions, nous demeurons convaincus que l'issue décisive est d'abord l'oeuvre des Africains eux-mêmes, puisqu'ils doivent se prendre en charge, et apporter les solutions appropriées à leurs problèmes spécifiques. Face à la crise économique, face au sous-développement, la victoire appartient à ceux qui auront su s'organiser, s'engager résolument et assembler leurs efforts. C'est à l'action concertée et permanente que je vous invite aujourd'hui.

C'est à la résolution de certains des plus graves problèmes de santé qui entravent notre développement que vous êtes conviés à réfléchir aujourd'hui. Je ne doute pas de votre aptitude à vous élever à la hauteur des enjeux.

En souhaitant à vos travaux tout le succès qu'en attendent nos populations pour leur bien-être et leur survie, je déclare ouverte la trente-huitième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

Je vous remercie.

## RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME

## INTRODUCTION

1. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni à Brazzaville du 5 au 6 septembre 1988, sous la présidence du Dr J. A. Adamafio (Ghana), le rapporteur étant Dr Celestino Mendes Costa (Guinée-Bissau). La liste des participants figure à l'Appendice 1.
2. Le Dr G. L. Monekosso, Directeur régional, a souhaité la bienvenue aux participants et a insisté sur le rôle du Sous-Comité du Programme. Il a souligné le fait que le Sous-Comité devrait faire rapport au Comité régional au sujet des questions inscrites à l'ordre du jour, ajoutant que ces rapports seront très utiles aux travaux du Comité régional, notamment pour la préparation du projet de budget programme.
3. Le programme de travail tel qu'il a été adopté figure à l'Appendice 2.

RAPPORT SUR LA SURVEILLANCE CONTINUE DES STRATEGIES SPT/2000  
(Document AFR/RC38/16 Rév.1)Exposé liminaire

4. Le document AFR/RC38/16 Rév.1 sur la surveillance des stratégies de SPT/2000 a été présenté au Sous-Comité par le Dr A. Moudi (Secrétariat). Celui-ci a fait remarquer que le document était une synthèse des rapports reçus des Etats Membres sur la surveillance et l'évaluation des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies de santé, préparés conformément au cadre et au canevas communs distribués en février 1987.
5. Cette évaluation a mis en lumière les points forts et les points faibles du système de santé, et montré que les exigences et les défis de l'approche des soins de santé primaires peuvent être relevés dans le cadre d'un processus d'accélération de la mise en oeuvre des stratégies de développement sanitaire, notamment par l'application du scénario en trois phases élaboré par le Directeur régional à la demande du Comité régional.

Discussion

6. Le Sous-Comité a estimé que le document AFR/RC38/16 rend compte de façon réaliste de la situation sanitaire dans la Région africaine et comporte des conclusions pertinentes pour mieux atteindre l'objectif SPT/2000. Le Sous-Comité a approuvé le document en y apportant les amendements suivants :

7. Paragraphe 1 - La dernière phrase a été modifiée comme suit : "Les États Membres ont élaboré des rapports sur la surveillance continue des progrès réalisés (en 1983) et sur l'évaluation de l'efficacité de la mise en oeuvre des stratégies nationales (en 1985)".

8. Paragraphe 7 - Il a été proposé que la première phrase commence par "Dans la plupart des pays ..." A la dernière phrase du même paragraphe, il a été proposé de supprimer le terme "l'absence" et de le remplacer par celui de "l'insuffisance" car, selon les membres du Comité, il n'existerait pas de pays où la politique agricole soit totalement absente.

9. Paragraphe 21 - Au point "i" il a été demandé de préciser que le manque de motivation se rapporte au personnel de santé.

10. Paragraphe 24 - La première phrase a été complétée comme suit : "tous les pays de la Région ont pour base d'orientation..."

11. Paragraphe 32 - Il a été proposé de supprimer la parenthèse qui entoure l'expression "en suivant un cadre souple".

12. Paragraphe 35 - Il a été proposé de reformuler le paragraphe de la façon suivante : "les SSP sont bien acceptés dans tous les pays, mais des séminaires et des ateliers sont encore nécessaires pour mieux clarifier le concept et le contenu auprès du personnel sanitaire".

13. Paragraphe 37 - Il a été proposé de remplacer, au point "i", le mot "inertie" par "résistance".

14. Paragraphe 41 a été reformulé ainsi : Parmi les facteurs qui ont poussé à la collaboration intersectorielle, on a pu noter : ... Au point "ii" le mot "carence" a été remplacé par "insuffisance".

15. Paragraphe 44 - Il a été proposé la suppression de point "vi" qui se trouve déjà exprimé dans les points (ii) et (iii).

16. Paragraphe 77 - Il a été précisé que la proclamation des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'OUA s'intitule : "1988, Année de la Protection de la Survie et du Développement de l'Enfance africaine".

17. Paragraphe 82 - Première phrase - Il a été proposé de supprimer le mot "considérables".

ORGANISATION DE L'INFRASTRUCTURE SANITAIRE AU NIVEAU DU DISTRICT  
POUR FAIRE FACE AUX EPIDEMIES (Documents AFR/RC38/17 et AFR/RC38/17 Add.1)

Exposé liminaire

18. Le Dr D. Barakamfitye (Secrétariat) a présenté les documents AFR/RC38/17 et AFR/RC38/17 Add.1. Il a rappelé que, lors de sa trente-septième session, le Comité régional avait exprimé ses vives préoccupations sur la fréquence et la persistance des situations d'urgences, causées par des épidémies de maladies transmissibles et provoquant des souffrances humaines considérables ainsi que la perte de vies humaines.

19. Après une brève description et une classification des causes communes des épidémies dans la Région, les points suivants ont été relevés :

- i) les principaux facteurs qui minimisent la capacité des systèmes nationaux de santé à prévenir et à combattre efficacement les épidémies, notamment : le long intervalle entre le début réel d'une épidémie et le moment où on la reconnaît, ce qui retarde considérablement les interventions; l'inexistence des urgences sanitaires ou leur inefficacité opérationnelle lorsqu'ils existent; les difficultés des autorités nationales à faire face à de telles situations;

- ii) les mesures appropriées pour renforcer les capacités nationales afin d'assurer la surveillance, la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles, notamment les épidémies;
- iii) le rôle de l'OMS dans les situations d'urgence tel qu'il est défini à l'article 2 (d) de sa Constitution.

20. En prenant la fièvre jaune et le choléra pour exemple, il est suggéré des actions simples, efficaces et réalisables à peu de frais, au niveau du district. Ces actions sont réparties entre la famille, le village et le district. Ceci prouve, s'il en était besoin, que l'action de prévention et de lutte contre les épidémies de maladies transmissibles trouve parfaitement sa place dans le scénario de développement sanitaire en trois phases, décidé à Lusaka en 1985.

21. Des structures et mécanismes appropriés permettant de fournir des secours aux Etats Membres pendant les urgences ou lorsqu'il y a menace d'urgence ont, par conséquent, été mis en place dans les Bureaux régionaux et au Siège de l'OMS à Genève. Les conditions d'octroi de secours d'urgence sont les suivantes :

22. La première condition est qu'une demande soit faite par les autorités sanitaires nationales. Dans ce cas, l'OMS doit d'abord s'assurer qu'il y a une véritable urgence ou que la situation est telle qu'il y a risque d'urgence si des mesures appropriées ne sont pas prises rapidement. L'OMS doit aussi s'assurer des moyens dont le pays dispose pour faire face à la situation et, également, que les besoins sont susceptibles de ne pas être satisfaits en totalité par des apports complémentaires en provenance d'autres sources. Ceci explique pourquoi il y a quelquefois des retards dans l'arrivée des secours lorsque les Etats Membres ne fournissent pas des informations adéquates à l'OMS.

23. Lorsque les autorités sanitaires nationales n'ont pas adressé de demande officielle à l'OMS, celle-ci peut offrir un appui technique et une collaboration lorsqu'il est évident que l'assistance de l'OMS, si elle était fournie, se traduirait par une amélioration dans la capacité ou des capacités des Etats Membres à faire face à la situation, ou si l'on reconnaît que la santé publique du pays et des pays limitrophes est en péril.

24. Les voies normales de communication sont les Bureaux régionaux par l'intermédiaire des Représentants de l'OMS. Si la situation est telle que le Bureau régional dispose des ressources suffisantes pour réagir de façon adéquate, il prend alors toutes les mesures nécessaires et en informe le Siège. Si un appui complémentaire du Siège s'impose, celui-ci en est informé par le Bureau régional.

25. L'OMS est essentiellement une organisation technique et non un organisme de financement. En conséquence, l'assistance de l'OMS pendant les urgences se limite aux aspects sanitaires. Les ressources dont dispose l'OMS au Bureau régional et au Siège sont également limitées. En conséquence, lorsque l'ampleur des moyens nécessaires pour faire face aux urgences est telle qu'elle dépasse les possibilités de l'OMS, il devient nécessaire de mobiliser d'autres ressources, comme l'on a vu plus haut. Des rapports périodiques et un rapport final sur la situation et l'utilisation des ressources sont toujours nécessaires.

#### Discussion

26. Après la présentation, le Sous-Comité a examiné le document chapitre par chapitre.

27. L'attention des membres du Sous-Comité a été particulièrement attirée sur les importants séminaires-ateliers organisés par l'OMS et sur la préparation en cas des situations d'urgence et sur les facteurs qui contribuent à la persistance des épidémies dans la Région.

28. Si l'on se fonde sur une analyse des épidémies dans la Région, on peut dire que les facteurs qui contribuent à leur persistance sont faciles à déceler. Ils sont en gros les suivants :

i) notification inefficace de la maladie; ceci est dû à un certain nombre de raisons et, entre autres :

- systèmes inefficaces et inefficients de surveillance et d'observation des maladies, y compris l'absence de systèmes d'alerte rapide ou le fait que les systèmes d'alerte, lorsqu'ils existent, ne sont pas efficaces;

- le fait que le personnel de santé ne connaît pas la maladie en question ou qu'il la confond avec d'autres maladies endémiques, particulièrement lorsqu'il s'agit de la fièvre jaune;
  - difficultés d'accès à des laboratoires de diagnostic spécifiques ou inadéquation des moyens de diagnostic en laboratoire;
- ii) absence ou pénurie de personnel technique formé et expérimenté, ainsi que de personnel professionnel;
  - iii) inexistence de services de santé d'urgence et inefficacité des services de préparation aux situations d'urgence, lorsqu'ils existent;
  - iv) inadéquation des fournitures et du matériel;
  - v) pour la fièvre jaune et la méningite méningococcique, il y a aussi le fait qu'on n'entretient pas un niveau suffisamment élevé d'immunité de groupe grâce à des programmes de vaccination systématique.

#### Recommandations

29. Afin de renforcer les capacités nationales et leur permettre de prévenir et de combattre efficacement les épidémies de maladies transmissibles, les actions suivantes sont recommandées aux Etats Membres, en plus de celles déjà formulées lors des différents séminaires de formation :

- i) examiner, développer et renforcer le système d'information sanitaire en général et le système de surveillance, d'observation, de prévention et de lutte contre les maladies transmissibles, en particulier, y compris, s'il le faut, le système d'alerte rapide en cas d'épidémie; à cet égard, il conviendra de s'employer à renforcer le potentiel au niveau du district, il faudra également tenir compte de la participation des collectivités à la surveillance de la maladie et à la notification des manifestations inusitées de maladies au sein des collectivités, aussi rapidement que possible;

- ii) envisager, lorsque cela n'a pas été fait, l'intégration de la vaccination contre la fièvre jaune et la méningite à méningococcique aux activités du PEV dans les zones endémiques où la maladie revêt des formes épidémiques;
- iii) créer, dans le cadre de l'administration du district, un comité de secours d'urgence avec des structures et des mécanismes convenant aux niveaux intermédiaire et central pour fournir un appui adéquat au niveau du district lorsque ces mécanismes n'existent pas encore :
  - organiser des activités de formation appropriées et des cours de recyclage périodiques à l'intention du personnel;
  - revoir et renforcer les services de laboratoire de santé de district.

#### Niveau des pays

30. Le Représentant de l'OMS fournira un appui technique et donnera des conseils dans toute la mesure du possible. Là où il y a du personnel OMS et des cadres professionnels associés qui travaillent dans le domaine de la prévention et de la lutte contre la maladie, ces derniers fourniront un appui technique et donneront des conseils dans toute la mesure du possible.

#### Niveau interpays

31. Les épidémiologistes des Equipes interpays de Développement sanitaire seront disponibles sur demande pour fournir un appui technique et des conseils.

32. Ils seront également disponibles pour collaborer avec le personnel national à toutes les activités pertinentes telles que la formation, la planification, l'organisation ainsi que l'évaluation de la surveillance des maladies, des programmes de prévention et de lutte ainsi que la recherche opérationnelle qui pourra être jugée nécessaire. Ils s'occuperont essentiellement de l'appui technique et collaboreront avec le niveau intermédiaire dans les pays. Toutefois, s'il le faut, ils travailleront également au niveau du district et au niveau central.

Niveau régional

33. Le service de prévention et de lutte contre la maladie du Bureau régional fournira un appui technique et sa collaboration revêtira la forme suivante :

- i) consultation technique (personnel de l'OMS ou consultants à court terme ou conseillers temporaires) pour les activités dans un pays en fonction de la nature du problème;
- ii) collecte, analyse et diffusion des informations pertinentes;
- iii) mise au point de manuels et de directives sur la planification, l'organisation, l'évaluation de la surveillance, les programmes de surveillance, de prévention et de lutte contre la maladie et promotion de leur utilisation en privilégiant le niveau du district;
- iv) appui aux activités de formation nationales et organisation des activités de formation interpays, ateliers, réunions, etc.;
- v) mobilisation des ressources pour appuyer les activités nationales.

Niveau mondial

34. Le Bureau régional sollicitera éventuellement un appui complémentaire auprès du Siège.

PROJET DE BUDGET PROGRAMME 1990-1991 (Document AFR/RC38/2)

Remarque liminaire

35. Au nom du Directeur régional, M. D. E. Miller, Directeur du Programme de Soutien, a présenté le document AFR/RC38/2 - Projet de Budget Programme 1990-1991 et l'addendum 2 à ce document.

36. Le Projet de Budget Programme 1990-1991 pour la Région africaine s'élève à US \$119 711 400 contre US \$114 198 000 pour le budget 1988-1989 initialement approuvé, soit une augmentation nette de US \$5 513 400. Cette augmentation représente en fait une progression des dépenses de 9,6 % qui a été réduite par une diminution réelle de 4,7 %. Il avait été décidé, lors de l'Assemblée mondiale de la Santé, que les crédits alloués en 1990-1991 devraient se traduire par une diminution réelle, à cause de la crise financière que traversait l'Organisation.

37. En 1987, le Directeur général a décidé d'appliquer un plan d'urgence d'un montant de US \$50 millions au budget 1988-1989. Ce qui veut dire que les programmes ont été amputés de US \$50 millions. En ce qui concerne la Région africaine, le budget a connu des coupes claires d'environ US \$9 millions, soit 8 %, comme ce fut le cas de toutes les autres Régions.

38. Le Directeur régional a fait remarquer qu'il n'était pas équitable de procéder à une réduction généralisée dans toutes les Régions et de réduire le budget d'AFRO dans une proportion analogue car les conditions et les besoins de chaque Région sont différents. En outre, la Région africaine ne comporte que des pays en développement, parmi lesquels 23 pays considérés comme étant les moins avancés. Les autres Régions sont mieux à même de compenser les compressions budgétaires, comme c'est le cas par exemple pour une Région qui dispose d'un budget supplémentaire distinct. D'autres Régions comptent parmi leurs Etats Membres ceux qui sont d'importants donateurs et qui, par conséquent, sont à même de trouver des fonds extrabudgétaires. D'autres Régions bénéficient d'une coopération bilatérale appréciable de la part d'un pays appartenant à la Région.

39. Au cours de la Quarante et Unième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 1988, l'Assemblée a adopté la proposition du Directeur régional de modifier le plan d'urgence comme suit : en diminuant le budget de fonctionnement de US \$25 millions et le plan d'urgence de US \$25 millions. Pour ce qui est de la mise en oeuvre du programme, cette décision n'a pas modifié la situation. Elle

signifie qu'il y a eu un léger changement en ce qui concerne la base retenue pour l'établissement du budget de 1990-1991. Toutefois, la préparation du document du budget programme était trop avancée pour que l'on puisse faire cette modification. C'est pourquoi le document AFR/RC38/2 Add.2 a été publié. Il modifiait les pages 22 à 28 de la version anglaise du document du budget.

40. Dans le document AFR/RC38/2 Add.2, les crédits alloués à la Région africaine pour 1990-1991 sont en augmentation de 9,13 % par rapport au biennium précédent, atteignant US \$119 711 400 pour le biennium 1990-1991. Cette proposition demeurera provisoire jusqu'au moment où les propositions budgétaires de l'Organisation pour l'ensemble des Régions du monde seront définitivement arrêtées en octobre 1988 par le Comité du Programme du Conseil exécutif. Le document d'AFRO est une contribution au budget mondial de l'OMS qui sera présenté à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 1989.

41. En préparant les propositions de budget programme pour 1990-1991, on a procédé à une étude approfondie des indices de prix à la consommation dans un certain nombre de pays de la Région. On a constaté que les taux d'inflation variaient considérablement d'une année à l'autre et d'un pays à l'autre. Les directives données par le Directeur général pour la préparation des propositions autorisant une augmentation des dépenses pour le biennium de 10 % pour les activités dans les pays et de 8 % pour les activités régionales. En conséquence, les augmentations réelles de dépenses au cours de la période d'exécution qui dépasseraient ce plafond devront être compensées par des diminutions réelles des dépenses des programmes.

42. En outre, le Directeur général a donné comme instructions aux Régions d'élaborer leurs propositions pour 1990-1991 en utilisant le même taux de change que pour le budget de 1988-1989. Par conséquent, le Projet de Budget Programme pour 1990-1991 est calculé sur la base de 350 francs CFA pour un dollar. Toutefois, peu avant la Quarante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé en mai 1989, le Directeur général examinera le taux de change à la lumière de l'évolution de la situation pour décider des modifications éventuelles à apporter aux propositions budgétaires du point de vue des taux de change.

43. Au cours des périodes biennales 1986-1987 et 1988-1989, la Région africaine a bénéficié de la possibilité de recourir aux recettes occasionnelles. Ce mécanisme a pour but de compenser en partie les pertes essuyées par le budget régional du fait d'un taux effectif de change du franc CFA inférieur au taux retenu pour le calcul du budget. On espère que cette possibilité sera également accordée pour 1990-1991.

44. Les crédits alloués aux pays, d'un montant de US \$68 231 000 représentent 57 % du budget ordinaire total. Bien que l'augmentation ne soit pas importante (page 29) par rapport à 1988-1989, elle témoigne de la volonté du Directeur régional de renforcer l'assistance au niveau des pays. Il a été une fois de plus souligné que les sommes allouées indiquées pour chaque pays étaient des chiffres de planification provisoires susceptibles d'être modifiés. Vers la fin de 1989, les pays, en collaboration avec les Représentants de l'OMS, mettront au point des plans détaillés pour le budget de 1990-1991 ainsi que pour l'AFROPOC de 1990. Le Directeur régional pourra négocier avec les pays pour procéder à des ajustements inspirés d'un souci d'équité.

45. Les tableaux du document montrent l'augmentation ou la diminution de chaque programme au titre du budget ordinaire. En gros, les variations sont imputables à ce qui suit :

- i) réduction ou augmentation par les pays des crédits alloués aux divers programmes entre les deux périodes biennales;
- ii) affectation de 5 % du budget-pays "à l'amélioration du processus gestionnaire au niveau du district" décidée par la plupart des pays conformément à la résolution AFR/RC36/R2; ces dispositions figurent dans le programme 2.3 "Développement d'ensemble des programmes";
- iii) redistribution des postes et des activités en fonction des programmes conformément au Huitième Programme général de Travail et à la nouvelle structure du Bureau régional;
- iv) augmentation des dépenses de fonctionnement.

Discussion

46. On a procédé à un examen détaillé de divers programmes et le Sous-Comité a obtenu des explications concernant les augmentations ou les diminutions entre des crédits destinés aux programmes pour 1988 et ceux pour 1991. Le Secrétariat a été félicité pour le projet de budget programme, jugé clair et instructif.

47. Le Sous-Comité du Programme a prié le Directeur régional de veiller à ce qu'il n'y ait pas de réduction dans les chiffres de planification par pays.

48. Le Comité s'est dit surpris qu'aucun pays n'ait choisi la législation sanitaire, la lutte contre les risques liés à l'environnement ou la lutte contre la toxicomanie et que, pour 1990-1991, moins de pays aient retenu la sécurité alimentaire, la qualité des médicaments et des vaccins et la vaccination, que pour 1988-1989. Ces programmes sont considérés comme des programmes de santé très importants.

49. Certains ont suggéré qu'il fallait peut-être donner davantage d'informations aux pays par le biais des Représentants de l'OMS quant aux possibilités de coopération dans ces programmes, car c'est probablement faute d'informations que ceux-ci n'ont pas été choisis. Par ailleurs, certains membres ont fait remarquer que des pays faisaient le choix en fonction de leurs priorités. En outre, ils ont quelquefois bénéficié d'un appui pour certains de ces programmes grâce à des sources extrabudgétaires autres que celles de l'OMS.

50. Le Directeur régional a été prié de continuer à assurer le financement de ces importants programmes pour lesquels les pays n'ont momentanément pas manifesté d'intérêt.

IDEES DIRECTRICES POUR LA MISE EN OEUVRE DE L'INITIATIVE  
DE BAMAKO (Documents AFR/RC38/18 Rév.1)

Exposé liminaire

51. Le document préparé conjointement par le FISE et l'OMS/AFRO a été présenté au Sous-Comité du Programme par M. W. C. Chelemu (Secrétariat). Dans la présentation, on a souligné le fait que l'Initiative de Bamako était une entreprise conjointe OMS/FISE pour la création de projets auto-renouvelables de vente de médicaments au détail. Dans ces projets, l'accent sera tout d'abord mis sur l'accélération du développement et de la mise en oeuvre des soins de santé primaires en accordant une attention particulière à la santé des femmes et des enfants.

52. Les médicaments seront fournis par l'intermédiaire du FISE aux établissements de santé pendant trois ans. A leur tour, ces établissements de santé distribueront les médicaments aux populations à un prix qui pourra être décidé par la communauté et les bénéfices réalisés seront utilisés pour reconstituer les stocks et pour soutenir les autres activités de soins de santé primaires et, spécialement les soins de santé maternelle et infantile. Le plan de recouvrement des coûts s'appliquera au niveau de la communauté mais la gestion pourra s'opérer au niveau du district. Le plan pourra accorder quelques exemptions à ceux qui n'ont pas les moyens d'acquitter les frais mis à la charge de l'utilisateur.

Discussion

53. Le Sous-Comité du Programme a étudié le document OMS/FISE sur les directives pour la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako et a fait des commentaires et suggestions suivants :

- a) Les directives devraient être étudiées en détail au niveau du pays et adaptées aux conditions locales.
- b) On devrait rechercher la participation communautaire de façon à accélérer la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako dans le cadre des soins de santé primaires.

- c) Le plan de recouvrement des coûts dans son ensemble doit être étudié de façon détaillée et les coûts qui sont à la charge de l'utilisateur doivent être établis avec le consentement de la communauté.
- d) Il est nécessaire d'assurer la formation dans tous les domaines pour mettre en oeuvre l'Initiative de Bamako et pour s'assurer que le système fonctionne efficacement.
- e) Comme les communautés n'ont pas l'habitude de gérer de l'argent, il conviendrait de leur donner une formation leur permettant de gérer les fonds.
- f) Il faudrait envisager d'un point de vue multisectoriel l'Initiative de Bamako.
- g) Le Sous-Comité du Programme a convenu que l'Initiative était révolutionnaire et, en tant que telle, devrait permettre à tous les Etats Membres de réussir cette opération. Quoi qu'il en soit, il faudra une bonne dose de travail et de bonne volonté de la part des organisateurs et institutions qui y participeront. C'est un fait que l'Initiative de Bamako, si elle est bien mise en oeuvre, peut engendrer de grands espoirs pour les soins de santé primaires à l'avenir.

RAPPORT DE LA REUNION DU COMITE CONSULTATIF AFRICAIN  
POUR LE DEVELOPPEMENT SANITAIRE (Document AFR/RC38/19)

Exposé liminaire

54. Le rapport a été présenté par le Dr F. K. Wurapa (Secrétariat). Celui-ci a rappelé que la nouvelle structure du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS) adoptée par le Comité régional en septembre 1987, a réuni en une même entité le Comité consultatif africain de la Recherche en Santé (CCARS) et le Comité consultatif africain sur le Management des Ressources de Santé (CCAMRS). Le Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire et ses deux sous-comités spéciaux se sont réunis du 20 au 24 juin 1988 à Brazzaville. Après une séance d'ouverture commune, le document AFR/HFA/3<sup>1</sup> sur l'appui technique aux SSP a été présenté en plénière à l'ensemble des participants.

---

<sup>1</sup> Document du Comité régional sorti sous la cote AFR/RC38/TD/1.

55. Pendant les trois premiers jours, les groupes de travail ont siégé séparément et l'ensemble du Comité s'est réuni en plénière pendant les deux derniers jours pour examiner les différents rapports des comités et adopter des recommandations générales.

56. Pendant les délibérations des trois premiers jours, les groupes de travail du CCADS ont proposé au secrétariat des modifications et des corrections au document AFR/HFA/3. En outre, quelques points importants ont été examinés de façon approfondie puis ensuite résumés pour être présentés au Secrétariat. Ces points concernaient les questions suivantes traitées dans le document :

- a) les centres de santé et leur classification;
- b) les conditions de base indispensables à la réussite du développement sanitaire;
- c) la nécessité de créer et/ou de renforcer le bureau provincial de la santé;
- d) l'importance du rôle directeur du bureau provincial de la santé (BSP);
- e) la nécessité de réorienter le réseau hospitalier;
- f) l'importance de la coordination avec les secteurs apparentés à la santé;
- g) la nécessité fondamentale d'un engagement et d'un effort des autorités de chaque pays pour exécuter le scénario de développement sanitaire en trois phases.

57. Le Comité consultatif africain pour le Management des Ressources de Santé (CCAMRS) s'est réuni sous la présidence de Madame O. O. E. Osai et avec le concours du Professeur C. Akpo en qualité de rapporteur.

58. Sur les trois points, à savoir : le management, l'hôpital provincial et l'information sanitaire, le CCAMRS a formulé les propositions suivantes au Directeur régional :

- i) organiser, d'ici à juin 1990, la formation en management des responsables provinciaux de la santé, ainsi que des directeurs, directeurs adjoints et surveillants d'hôpitaux; un projet a été élaboré par l'équipe mise sur pied au sein du Comité;
- ii) former, d'ici à juin 1990, des équipes de formateurs en management pour les autres catégories de personnel de santé au niveau intermédiaire; l'équipe constituée au sein du Comité élabore aussi un projet à exécuter;
- iii) nommer un groupe de travail sur la réorientation et la restructuration des hôpitaux provinciaux dans l'esprit des SSP et en s'inspirant du document de travail de base.

59. Sous la présidence du Professeur L. Kaptue et avec le concours du Dr K. Ewusi en qualité de rapporteur, le Comité consultatif africain de la Recherche en Santé (CCARS) a tenu un atelier afin d'élaborer les grandes lignes des sujets de recherche.

60. Le Comité a élaboré neuf axes de recherche particuliers sur certains des sujets prioritaires recensés l'année précédente en tant que moyens de promouvoir la recherche à l'appui des SSP. Le Comité a formulé 11 recommandations particulières au Directeur régional et est arrivé aux conclusions suivantes :

- i) le bureau de santé public est appelé à jouer le rôle directeur entre les institutions de santé et celles qui sont apparentées à la santé au niveau intermédiaire pour parvenir à une coordination efficace de toutes les activités;
- ii) il convient d'adopter le plan d'action destiné à réorienter les hôpitaux dans le sens d'un appui aux SSP et d'assurer la collaboration et la coopération actives d'autres secteurs de développement liés à la santé grâce à la coordination du bureau de santé public;

- iii) il convient d'adopter et d'accepter la recommandation concernant le management de ressources ainsi que les activités à entreprendre d'ici à 1990, notamment la formation à la gestion du personnel de santé;
- iv) il convient d'adopter les projets de recherche prioritaires recommandés par le CCARS et le plan d'étude relatif aux priorités pour la Région.

### Discussion

61. Le rapport a été approuvé par le Sous-Comité qui a estimé que le travail et les recommandations du CCADS étaient si importants qu'il était bon de présenter un projet de résolution au Comité régional. Le Secrétariat a par conséquent été prié de rédiger un projet de résolution intitulé "Développement sanitaire dans la Région africaine.

#### PRIX COMLAN A. A. QUENUM DE SANTE PUBLIQUE EN AFRIQUE (Document AFR/RC38/10)

62. Au nom du Directeur régional, le document AFR/RC38/10 intitulé "Prix du Dr Comlan A. A. Quenum de Santé publique en Afrique" a été présenté par le Dr A. Tekle, Directeur, Coordination, Promotion et Information.

63. Le Dr Tekle a rappelé qu'en septembre 1986, le Comité régional a unanimement convenu de créer le Prix du Dr Comlan A. A. Quenum de Santé publique en Afrique et a transmis sa recommandation à la Quarantième Assemblée mondiale de la Santé.

64. Le Conseil exécutif de janvier 1987 a chargé le Comité régional de créer le prix, de rédiger les statuts et de prendre les dispositions nécessaires pour le choix du lauréat, au cours de l'Assemblée mondiale de la Santé. Le Prix sera décerné par le Président.

65. Depuis que le Comité régional a approuvé les statuts du Prix, cinq Etats Membres ainsi que l'OUA ont remis des contributions d'un montant total de US \$16 000 (avec un intérêt de US \$1000), ce qui porte la contribution totale à US \$17 000.

66. Le Directeur régional propose que le Prix du Dr Comlan A. A. Quenum de Santé publique en Afrique ainsi que la médaille destinés aux lauréats soient décernés en mai 1989 au cours de la Quarante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé.

67. Les annexes suivantes sont jointes au document pour information :

- i) Statuts du Prix;
- ii) Résolution du Comité régional créant le Prix;
- iii) Lettre du Directeur régional aux Etats Membres pour qu'ils fassent des propositions ainsi que la fiche des candidatures préparée par AFRO.

#### Discussion

68. Le Sous-Comité a recommandé que le Directeur régional prenne des dispositions pour l'attribution de la Médaille et a demandé qu'on présente une résolution à cet effet.

#### CONCLUSION

69. Après avoir étudié les documents soumis par le Secrétariat sur la surveillance des stratégies de SPT/2000, sur l'organisation des infrastructures de santé au niveau du district pour la lutte contre les épidémies, sur le Projet de Budget Programme 1990-1991, sur les directives pour la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako, sur le Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire, sur le Prix du Dr Comlan A. A. Quenum de Santé publique en Afrique, le Sous-Comité a recommandé l'adoption du présent rapport par le Comité régional.

## APPENDICE 1

## PROGRAMME DE TRAVAIL

1. Ouverture de la réunion
2. Rapport sur la surveillance continue des stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000 (document AFR/RC38/16 Rév.1)
3. Organisation de l'infrastructure de santé au niveau du district pour faire face aux épidémies (documents AFR/RC38/17 et Add.1)
4. Projet de Budget Programme 1990-1991 (documents AFR/RC38/2 et AFR/RC38/2. Add.1, 2 et 3)
5. Idées directrices et Directives pour la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako (documents AFR/RC38/18, AFR/RC38/18 Add.1 et AFR/RC38/18 Rév.1)
6. Rapport du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS) (document AFR/RC38/19)
7. Prix Comlan A. A. Quenum de Santé publique en Afrique (document AFR/RC38/10)
8. Adoption du Rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC38/15)
9. Distribution des tâches pour la présentation du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC38/15)
10. Clôture de la réunion.

## APPENDICE 2

## LISTE DES PARTICIPANTS

## ALGERIE\*

## BENIN

Dr Hamidou Sanoussi  
Directeur général du Ministère de la Santé publique  
B.P. 882 - 883  
Cotonou

## BOTSWANA

Hon. J. L. T. Mothibamele  
Member of Parliament and Minister of Health

Mrs W. C. Manyeneng  
Assistant Director of Health Services (PHC)

## CAP-VERT

Dr António Pedro Da Costa Delgado  
Director Geral de Saude  
Ministério da Saúde, Trabalho e Assuntos Sociais  
Praia

## TCHAD

Dr H. Mahamat  
Directeur des Soins de Santé primaires  
Ministère de la Santé publique  
N'Djamena

## COMORES

Mr Abdourahamani Riziki  
Chargé de mission au Ministre de la Santé  
Moroni

---

\* N'a pas pu participer.

Appendice 2

## CONGO

Dr A. Gando  
Directeur général de la Santé publique  
Ministère de la Santé publique  
Brazzaville

## COTE D'IVOIRE

Dr B. A. Bella  
Directeur des Relations régionales et internationales  
Ministère de la Santé publique et de la Population  
Abidjan

## GHANA

Dr J. A. Adamafio  
Deputy Director of Medical Services

## GUINEE

Dr Mohamed Sylla  
Directeur de Cabinet  
Ministère de la Santé publique et de la Population  
Conakry

## GUINEE-BISSAU

Dr Celestino Maria Mendes Costa  
Director de clinica, Hospital nacional Simao Mendes

## ZAMBIE

Dr T. K. Sinyangwe  
Primary Health Care Specialist  
Ministry of Health  
Lusaka

Appendice 2

## SECRETARIAT

Dr G. L. Monekosso  
Directeur régional

Dr A. Tekle (DCP)  
Directeur, Coordination, Promotion et Information

M. D. E. Miller (DSP)  
Directeur, Programme de Soutien

Dr H. Martins (PM1)  
Programme Manager, Support to National Health Systems

Prof. P. O. Chuke (PM2)  
Programme Manager, General Health Protection and Promotion

Dr D. Barakamfitye (PM3)  
Chef de Programme, Protection et Promotion de la Santé en général

Dr A. Moudi (MPN/PHC)  
Processus gestionnaire pour le Développement sanitaire national

Dr F. K. Wurapa (RPD)  
Promotion et Développement de la Recherche

Dr Nguyen B. Khanh (PHS/HST)

M. W. D. Chelemu (EDV)  
Médicaments et vaccins essentiels

M. C. N. Kaul (AFO)  
Administration et Finance

M. N. Walloe-Meyer (BFO)  
Administrateur de Budget et Finance

M. A. Tounkara (ASO)  
Services administratifs

Dr M. Njume-Ebong (PDS)  
Service de Publications et de Documents

M. S. Chumfong  
Service de l'Information et Relations publiques

Dr Tshibassu Mubiay  
STC/PHC

RAPPORT DE LA REUNION DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME  
DU 14 SEPTEMBRE 1988

INTRODUCTION

1. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni le mercredi, 14 septembre à Brazzaville (Congo), immédiatement après la clôture de la trente-huitième session du Comité régional. La liste des participants figure à l'Appendice 1.
2. Le Sous-Comité a élu le Dr B. A. Bella (Côte d'Ivoire) Président; M. L. C. Jeremias (Mozambique) Vice-Président; et Mme A. M. Ntholi (Lesotho) Rapporteur. Le Président a remercié les membres du Sous-Comité du Programme de l'honneur qui a été fait à son pays et de la confiance que l'on plaçait en lui en l'élisant comme Président.
3. Le programme de travail a été adopté sans amendement (Appendice 2).

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

4. Le Directeur, Programme de Soutien, a présenté le document AFR/RC38/29 qui faisait état, entre autres, des deux réunions d'intérêt programmatique auxquelles devaient participer les membres du Sous-Comité du Programme en 1988-1989. Après avoir examiné le document, le Sous-Comité a accepté à l'unanimité d'être représenté comme indiqué sur le tableau suivant :

Tableau

REUNIONS D'INTERET PROGRAMMATIQUE AUXQUELLES DOIVENT PARTICIPER  
LES MEMBRES DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME - 1988-1989

Nom, lieu et date de la réunion	Objectif	Langue	Membres participants
1. Réunions sous-régionales (SPM) - Bamako - Bujumbura - Hararé successivement/ simultanément en février 1989	Passer en revue les modalités du soutien technique et logistique à apporter aux Etats Membres pour appuyer les efforts qu'ils déploient pour dispenser les soins de santé primaires à leurs populations	A/F/P	SR 1 - Mali SR 2 - Kenya SR 3 - Mozambique
2. Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS) Brazzaville, juin/juillet 1989.	Passer en revue le programme régional de travail proposé et donner des avis au Directeur régional sur ce programme.	A/F/P	Côte d'Ivoire

5. Les nouveaux membres ont demandé des informations sur les objectifs et la fréquence des réunions du Sous-Comité.

6. Au cours des discussions, il a été noté que la résolution AFR/RC25/R10 avait créé le Sous-Comité du Programme. Ce dernier est chargé d'examiner en détail le projet de budget programme avant l'ouverture des sessions du Comité régional au cours desquelles un budget programme doit être discuté. Par la suite, par la Décision 8 prise à la fin de sa trente-septième session, le Comité régional a amendé le mandat du Sous-Comité en l'invitant à participer à d'autres réunions d'intérêt programmatique, et en sollicitant sa collaboration pour résoudre les problèmes découlant de la mise en oeuvre du programme régional. En conséquence, son mandat comporte trois volets. Il a été noté que c'était le deuxième volet qui était en cours d'examen. Les autres réunions relatives au troisième volet pourront être convoquées par le Directeur régional. Le Sous-Comité agit au nom du Comité régional et a fait rapport à ce dernier.

#### DATE ET LIEU DE LA PROCHAINE REUNION

7. 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 seront communiqués à une date ultérieure par le Secrétariat.

#### CLOTURE DE LA REUNION

8. Le Président a remercié les membres de leur appui et de leurs contributions animées aux discussions. Il leur a souhaité bonne chance et "bon voyage".

## APPENDICE 1

## LISTE DES PARTICIPANTS

## COMORES

M. Abdourrahmani Riziki  
Chargé de mission au Ministère de la Santé  
Moroni

## CONGO

Dr A. Gando  
Directeur général de la Santé publique  
Brazzaville

## COTE D'IVOIRE

Dr B. A. Bella  
Directeur des Relations régionales et internationales  
Ministère de la Santé publique et de la Population  
Abidjan

## GHANA

Dr J. A. Adamafio  
Deputy Director of Medical Services  
Accra

## GUINEE

Dr Mohamed Sylla  
Directeur de Cabinet du Ministère de la Santé  
publique et de la Population  
Conakry

## GUINEE-BISSAU

Dr Celestino Maria Mendes Costa  
Director de clínica, Hôpital nacional Simao Mendés  
Bissau

## KENYA

Hon. T. Ochola-Ogur  
Assistant Minister for Health  
Nairobi

Appendice 1

## LESOTHO

Mrs A. M. Ntholi  
Senior Administrative Officer-PHC Coordination  
Maseru

## MALI

Dr (Mme) Liliane F. Barry  
Conseiller au Ministère de la Santé et des Affaires sociales  
Bamako

## MAURITANIE

M. Sada Anne  
Directeur du Projet de Renforcement  
des Services de Santé rurale  
Nouakchott

## MAURICE

Dr A. K. Purran  
Principal Medical Officer  
Port Louis

## MOZAMBIQUE

Sr Lucas Chomera Jeremias  
Directora nacional de Saúde Adjunto  
Maputo

## 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/RC38/29)
4. Date et lieu de la prochaine réunion
5. Clôture de la réunion.

## RAPPORT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES

Appui technique aux soins de santé primaires :  
Rôle du niveau intermédiaire pour accélérer  
l'instauration de la santé pour tous les Africains

## INTRODUCTION

1. Les discussions techniques de la trente-huitième session du Comité régional ont eu lieu à Brazzaville, au Siège du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. Elles ont été présidées par le Dr Fernando Everard do Rosario Vaz (Mozambique).
2. Les personnes suivantes ont été désignées comme Rapporteurs :
  - Dr Swithun Tachiona Mombeshora (Zimbabwe)
  - Dr Armindo Vaz D'Almeida (Sao Tome et Principe, excusé)
  - M. A. Baza (Burundi)
3. Conformément à la décision prise en séance plénière, un seul groupe de travail a été constitué pour les discussions techniques.
4. Le Président des discussions techniques, dans la présentation du document AFR/RC38/TD/1, a mentionné que tous les Etats africains ont adopté la charte des SSP. Il a rappelé le rôle du niveau intermédiaire ainsi que des structures qui le composent.
5. Dans son intervention, le Président a insisté sur l'importance des trois structures suivantes : bureau de santé provincial, réseaux hospitaliers et centres de santé, services apparentés à la santé, et la nécessité d'assurer le fonctionnement du système d'information et rétro-information entre hôpitaux et bureau principal de santé d'une part, et entre ce dernier et les secteurs apparentés à la santé d'autre part. Le Président a aussi mis en exergue l'intérêt qu'il convient de donner tant à la formation de base à la province, qu'aux activités de recherche au sein des hôpitaux. Le Président considère que le directeur provincial doit posséder des qualités de leader afin de dynamiser et coordonner les activités sanitaires dans la province.

6. Faisant suite à la présentation du Président de séance, le document AFR/RC38/TD/1 Add.1 portant sur l'analyse de la situation sanitaire dans les provinces a été introduit par un fonctionnaire du Bureau régional. Il en ressort que l'analyse a permis aux Etats d'abord puis à l'OMS d'identifier les modalités de fonctionnement des structures du niveau intermédiaire, en vue d'une planification appropriée pour la mise en oeuvre des activités de développement sanitaire à assise communautaire.

## DISCUSSIONS

### Interventions des participants

7. Vingt-quatre interventions ont été enregistrées lors du débat étant toutes portées sur les points 1 à 4 du guide des discussions techniques (document AFR/RC38/TD/2) ainsi que sur l'expérience des pays.

### Examen du point 1 : Province sanitaire

8. Il ressort de la majorité des interventions que le niveau intermédiaire tel que défini dans le document AFR/RC38/TD/1 se trouve dans presque tous les pays et qu'il est la cheville ouvrière du développement sanitaire. Les participants ont souligné l'importance du responsable du niveau intermédiaire qui, dans certains pays, a rang de ministre. L'importance de la déconcentration et de la décentralisation a été soulignée par tous les participants. Mais ceci nécessite selon eux l'adoption et l'application des textes législatifs appropriés afin de préciser les responsabilités.

9. La décentralisation doit concerner aussi les autres secteurs apparentés à la santé afin de permettre une prise de décision locale relative à chaque secteur. La majorité des participants ont souligné que la formation des cadres au niveau intermédiaire constitue la clé du succès de cette décentralisation.

10. S'agissant des fonctionnaires qui vont travailler au niveau intermédiaire, il a été suggéré qu'ils soient désignés de façon que leurs compétences et leur position correspondent aux exigences techniques et technologiques du niveau intermédiaire. Les secteurs principaux de l'administration centrale doivent être représentés au niveau intermédiaire pour faciliter la prise de décision locale.

Examen du point 2 : Services apparentés à la santé

11. Les participants ont souligné l'importance et la difficulté dans la réalisation de la coopération intersectorielle au niveau intermédiaire.

12. Il est souhaitable que chaque secteur soit représenté au niveau du comité intersectoriel. Des textes législatifs doivent être prévus pour la création et le fonctionnement de ces comités. Ceux-ci peuvent s'organiser en comités restreints pour l'étude des questions spécifiques.

Examen des points 3 et 4 : Bureau de santé provincial et réseaux d'hôpitaux provinciaux/régionaux

13. Les participants ont discuté du bureau de santé et du réseau d'hôpitaux provinciaux. Bien qu'en accord avec le document présenté, ils ont souligné la nécessité de trouver la solution à l'insuffisance des ressources afin que ces structures soient pleinement opérationnelles.

14. Le Dr M. T. Kandenge a fait une présentation de la situation sanitaire d'une des provinces du Zimbabwe et a ainsi illustré le rôle crucial du niveau intermédiaire dans le développement sanitaire de son pays.

15. Le Dr T. K. Sinyangwe de Zambie, a présenté aussi le niveau intermédiaire de son pays et a formulé des observations et recommandations qui rejoignent celles du document des discussions techniques.

16. Les participants appuient fermement l'idée qu'une délégation des pouvoirs (ressources matérielles, humaines et financières) soit faite au niveau intermédiaire. Une meilleure coordination entre le niveau central et intermédiaire éviterait une confusion de rôle et d'action.

## CONCLUSION

17. Après avoir étudié les documents qui leur ont été soumis, les participants aux discussions techniques ont recommandé l'adoption du document AFR/RC38/TD/1 qui a servi de base aux discussions techniques.

ORDRE DU JOUR PROVISOIRE DE LA TRENTE-NEUVIEME SESSION DU  
COMITE REGIONAL DE L'AFRIQUE

1. Ouverture de la trente-neuvième session
2. Adoption de l'ordre du jour provisoire
3. Constitution du Sous-Comité des Désignations
4. Election du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs
5. Désignation du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
6. Activités de l'OMS dans la Région africaine
  - 6.1 Rapport biennal du Directeur régional
  - 6.2 Troisième rapport annuel (analyse de la situation) des progrès réalisés dans le soutien stratégique aux SSP (niveau central)
  - 6.3 Examen du programme de lutte contre le SIDA
  - 6.4 Examen des stratégies d'évaluation de la poliomyélite et du tétanos néo-natal
  - 6.5 Examen du programme de nutrition et établissement des priorités
  - 6.6 Rapport d'activité de l'Initiative de Bamako
  - 6.7 Examen des politiques de bourses dans la Région africaine
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-quatrième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Troisième 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-Troisième Assemblée mondiale de la Santé
8. Examen du rapport du Sous-Comité du Programme
  - 8.1 Rapport sur le Prix Dr Comlan A. A. Quenum
  - 8.2 Rapport des Réunions sous-régionales pour le Développement sanitaire
  - 8.3 Rapport du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS)