

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

Niamey (Niger)  
6-13 septembre 1989

RAPPORT DU COMITE REGIONAL

Brazzaville  
Octobre 1989

SOMMAIRE

PARTIE I

	<u>Page</u>
DECISIONS DE PROCEDURE .....	1
1. Election du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs ...	1
2. Composition du Sous-Comité de Vérifications des Pouvoirs .....	2
3. Pouvoirs .....	2
4. Choix du sujet des discussions techniques de 1990 .....	2
5. Désignation du Président des discussions techniques pour 1990 ...	3
6. Ordre du jour de la quarantième session du Comité régional .....	3
7. Incidences régionales des ordres du jour de la quatre-vingt-cinquième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé .....	3
8. Dates et lieux des quarantième et quarante et unième sessions du Comité régional .....	3
9. Désignation du représentant de la Région africaine au Conseil conjoint de Coordination (JCB) du Programme spécial de recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales ....	4
10. Méthode de travail et durée de la Quarante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé .....	4
RESOLUTIONS .....	6
AFR/KC39/k1 Nomination du Directeur régional .....	6
AFR/KC39/k2 Activité de l'OMS dans la Région africaine : Rapport biennal du Directeur régional pour 1987-1988 .....	6
AFR/KC39/k3 Programme élargi de vaccination : stratégies régionales d'élimination du tétanos du nouveau-né et d'éradication de la poliomyélite .....	7
AFR/KC39/k4 Future orientation des programmes de nutrition .....	9
AFR/KC39/k5 Bourses d'études et politique de développement des ressources humaines en santé .....	12
AFR/KC39/k6 Participation du Directeur général à la trente- neuvième session du Comité régional .....	15

	<u>Page</u>
AFK/kC39/k7 Programme de lutte contre le SIDA .....	16
AFK/kC39/k8 Santé maternelle et maternité sans risque .....	19
AFK/kC39/k9 Pratiques traditionnelles qui affectent les femmes et les enfants .....	21
AFK/kC39/k10 Réforme de l'enseignement de la médecine .....	22
AFK/kC39/k11 Motion de remerciements .....	24

## PARTIE II

	<u>Paragraphes</u>
OUVERTURE DE LA SESSION .....	1 - 21
ORGANISATION DES TRAVAUX DU COMITE .....	22
DEROULEMENT DES TRAVAUX - ACTIVITE DE L'OMS DANS LA REGION AFRICAINNE 1987-1988 : RAPPORT BIENNAL DU DIRECTEUR REGIONAL (document AFK/RC39/3) .....	23 - 47
PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION : STRATEGIE REGIONALE POUR L'ELIMINATION DU TETANOS NEONATAL ET POUR L'ERADICATION DE LA POLIOMYELITIS (document AFK/RC39/6) .....	48 - 64
EXAMEN DU PROGRAMME DE NUTRITION (document AFK/RC39/7) .....	65 - 78
EXAMEN DE LA POLITIQUE DES BOURSES D'ETUDES DANS LA REGION AFRICAINE (document AFK/RC39/9) .....	79 - 99
MODALITES DE MISE EN OEUVRE DES RESOLUTIONS D'INTERET REGIONAL ADOPTES PAR L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE ET PAR LE CONSEIL EXECUTIF (document AFK/RC39/10) .....	100 - 108
INCIDENCES REGIONALES DES ORDRES DU JOUR DE LA QUATRE- VINGT-CINQUIEME SESSION DU CONSEIL EXECUTIF ET DE LA QUARANTE-TROISIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE (documents AFK/RC39/11 et AFK/RC39/11 Corr.1) .....	109 - 114
METHODE DE TRAVAIL ET DUREE DE L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE (document AFK/RC39/12) .....	115 - 119
CHANGEMENT DE DATE DES SESSIONS DE L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE (document AFK/RC39/12 Add.1) .....	120 - 122
SUJET DES DISCUSSIONS TECHNIQUES DE LA QUARANTE-TROISIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE : "LE ROLE DE LA RECHERCHE EN SANTE DANS LA STRATEGIE DE SPT/2000" (document AFK/RC39/13 Rév.2) .....	123 - 129
RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME (document AFK/RC39/14) .....	130 - 143

	<u>Paragraphes</u>
DESIGNATION DU DIRECTEUR REGIONAL .....	144 - 145
EXAMEN DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE SIDA (document AFR/RC39/5) .....	146 - 174
CHOIX DU SUJET DES DISCUSSIONS TECHNIQUES EN 1990 (document AFR/RC39/20) .....	175
DESIGNATION DU PRESIDENT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES EN 1990 (document AFR/RC39/19) .....	176
DATES ET LIEUX DES QUARANTIEME ET QUARANTE ET UNIEME SESSIONS DU COMITE REGIONAL (document AFR/RC39/21) .....	177 - 181
COMPOSITION DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME POUR 1989-1990 .....	182
RESUME DES CONCLUSIONS .....	183 - 192
CLOTURE DE LA SESSION .....	193 - 195

#### ANNEXES

	<u>Page</u>
1. Ordre du jour .....	77
2. Liste des participants .....	79
3. Allocution de Monsieur G. Kotiga, Ministre de la Santé du Tchad, Premier Vice-Président de la trente-huitième session du Comité régional .....	97
4. Allocution du Dr Hiroshi Nakajima, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé .....	100
5. Allocution du Dr G. L. Monekosso, Directeur régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique .....	108
6. Allocution de Son Excellence Monsieur Moutari Moussa, Membre du Bureau exécutif national, Président du Conseil national de Développement de la République du Niger .....	117
7. Allocution du Dr Nafis Sadik, Directeur exécutif du Fonds des Nations Unies pour la Population .....	122
8. Rapport du Sous-Comité du Programme .....	130
9. Rapport des discussions techniques .....	155
10. Ordre du jour provisoire de la quarantième session du Comité régional de l'Afrique .....	158
11. Liste des documents .....	160

PARTIE I

## DECISIONS DE PROCEDURE

1. 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/R1, le Comité régional a élu le bureau suivant :

Président

Lieutenant-Colonel Ousmane Gazéré, Ministre de la Santé du Niger

Vice-Présidents

1. Dr Vaz d'Almeida, Ministre de la Santé de Sao Tomé et Principe
2. Dr J. Séraphin, Ministre de la Santé de Madagascar

Rapporteurs pour la trente-neuvième session

1. Mme Zahra M. Nuru, Secrétaire général, Ministère de la Santé de la République Unie de Tanzanie
2. Dr P. Ngendahayo, Ministre de la Santé du Rwanda
3. Dr Leonaldo Simao, Ministre de la Santé du Mozambique

Rapporteurs pour les discussions techniques

1. Hon. Mme Allina K. M. Nyikosa, Ministre de la Santé de Zambie
2. Dr Fernandes Flavio, Ministre de la Santé de l'Angola
3. Dr Mohamed Salem Ould Zein, Conseiller technique, Ministère de la Santé et des Affaires sociales, Mauritanie

Deuxième séance, 6 septembre 1989

## 2. 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 : Algérie, Cameroun, Nigéria, Rwanda, Sao Tomé et Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Souaziland, Togo, Ouganda et Zimbabwe

Troisième séance, 7 septembre 1989

## 3. Pouvoirs

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

Quatrième séance, 7 septembre 1989

## 4. Choix du sujet des discussions techniques de 1990

Le Comité régional décide que les discussions techniques qui auront lieu à sa quarantième session porteront sur le thème : "Gestion des systèmes de santé". Le thème "Formation des personnels de santé" a été choisi pour 1991 et "Recherche sur la santé publique" pour 1992.

Dixième séance, 12 septembre 1989

5. Désignation du Président des discussions techniques pour 1990

Le Comité régional désigne M. Martial Mboumba (Gabon) comme Président des discussions techniques de la quarantième session.

Dixième séance, 12 septembre 1989

6. Ordre du jour de la quarantième session du Comité régional

Le Comité régional approuve l'ordre du jour de la quarantième session du Comité régional proposé par le Directeur régional dans l'Annexe 4 du document AFR/KC39/11.

Il invite le Président de la trente-neuvième session et le Directeur régional à aménager et à modifier l'ordre du jour provisoire sus-mentionné en fonction de l'évolution du programme régional.

Dixième séance, 12 septembre 1989

7. Incidences régionales des ordres du jour de la quatre-vingt-cinquième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé

Le Comité régional a pris note des ordres du jour provisoires de la quatre-vingt-cinquième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé. Il a également noté leur corrélation avec l'ordre du jour provisoire de la quarantième session du Comité régional.

Dixième séance, 12 septembre 1989

8. Dates et lieux des quarantième et quarante et unième sessions du Comité régional

Le Comité régional décide de tenir sa quarantième session à Brazzaville en septembre 1990 et sa quarante et unième session à Bujumbura en septembre 1991.

Onzième séance, 13 septembre 1989



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

Le Comité régional a remercié le Mozambique, 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 Sao Tomé et Príncipe comme représentant de la Région pour les trois prochaines années.

Onzième séance, 13 septembre 1989

10. Méthode de travail et durée de la Quarante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé

Président 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 que la Région africaine aura à assurer à nouveau la présidence de la Quarante-Septième Assemblée mondiale de la Santé.

Vice-Président de l'Assemblée mondiale

ii) Le Président de la trente-neuvième session du Comité régional sera proposé au poste d'un des cinq Vice-Présidents de la Quarante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé en mai 1990. Si pour une raison quelconque, le Président du Comité régional en exercice n'est pas en mesure de remplir ce mandat, l'un des Vice-Présidents du Comité régional l'exercera à sa place selon l'ordre indiqué par tirage au sort (1er et 2ème Vice-Présidents). Dans le cas où le Président en exercice du Comité et les deux Vice-Présidents se trouveraient dans l'impossibilité de remplir la fonction de Vice-Président de l'Assemblée mondiale de la Santé, les chefs de délégation des pays d'origine du Président en exercice du Comité régional, du 1er Vice-Président et du 2ème Vice-Président assureront par ordre de priorité la fonction de Vice-Président.

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 :

- a) Présidents des Commissions principales A et B (Article 34 du Règlement intérieur de l'Assemblée);
- b) Vice-Présidents 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-Troisième Assemblée mondiale de la Santé sont le Malawi, le Mali, la Mauritanie et Maurice.

v) Les nouveaux membres du Conseil exécutif seront désignés par le Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, le Sénégal et les Seychelles.

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

Clôture de la Quarante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé

vii) Le représentant de la République du Zimbabwe s'exprimera, au nom de la Région, à la clôture de la Quarante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé.

Réunion informelle du Comité régional

viii) Elle sera convoquée par le Directeur régional le lundi 7 mai 1990, à 10 h 00, au Palais des Nations, à Genève, pour confirmer ou réviser les décisions prises par la trente-neuvième session du Comité régional.

Onzième séance, 13 septembre 1989

## RESOLUTIONS

AFR/RC39/R1 Nomination du Directeur régional

Le Comité régional,

Considérant l'Article 52 de la Constitution et conformément à l'Article 52 de son Règlement intérieur,

1. DESIGNNE le Docteur Gottlieb Lobe Monekosso au poste de Directeur régional pour l'Afrique; et
2. PRIE le Directeur général de proposer au Conseil exécutif de nommer le Docteur Gottlieb Lobe Monekosso pour une nouvelle période de cinq ans à compter du 1er février 1990.

Troisième séance, 7 septembre 1989

AFR/RC39/R2 Activité de l'OMS dans la Région africaine :  
Rapport biennal du Directeur régional pour 1987-1988

Le Comité régional,

Ayant examiné avec satisfaction le rapport biennal pour 1987-1988 par le Directeur régional sur l'activité de l'OMS dans la Région africaine;

Réaffirmant la volonté des Etats Membres de renforcer la collaboration avec l'OMS d'une façon générale et avec le Bureau régional en particulier,

1. FELICITE le Directeur régional pour la qualité de son rapport, du point de vue tant de la forme que du fond, ainsi que pour les efforts soutenus que déploie l'OMS afin de promouvoir et d'appuyer le développement sanitaire dans la Région africaine;

2. PREND NOTE avec satisfaction des nouvelles initiatives prises par le Directeur régional pendant le biennium, notamment celles qui visent à mieux sensibiliser les instances politiques à l'importance de la santé dans la développement de la Région, l'Initiative de Bamako et le Fonds spécial de la Santé pour l'Afrique;
3. SE FELICITE d'autre part du renforcement constant des relations entre le Bureau régional et d'autres organisations du système des Nations Unies ainsi que des institutions régionales, notamment l'OUA, la CEA et la BAD;
4. DEMANDE aux Etats Membres d'intensifier et de développer les activités destinées à accélérer l'instauration de la santé pour tous, particulièrement en mettant en oeuvre la stratégie de développement sanitaire en trois phases adoptée pour la Région en 1985;
5. APPROUVE le rapport du Directeur régional pour la période 1987-1988;
6. PRIE le Directeur régional de poursuivre ses efforts pour mobiliser des ressources humaines, techniques et financières à l'appui du programme régional.

Dixième séance, 12 septembre 1989

AFR/RC39/R3 Programme élargi de vaccination : stratégies régionales d'élimination du tétanos du nouveau-né et d'éradication de la poliomyélite

Le Comité régional,

Considérant les résolutions AFR/RC38/R2 de la trente-huitième session du Comité régional et WHA41.28 de la Quarante et Unième Assemblée mondiale de la Santé concernant, respectivement, l'élimination du tétanos du nouveau-né de la Région africaine d'ici à 1995 et l'éradication mondiale de la poliomyélite d'ici à l'an 2000;

Ayant examiné le rapport du Directeur régional sur les stratégies régionales destinées à éliminer le tétanos du nouveau-né et à éradiquer la poliomyélite (document AFR/RC39/6),

1. FELICITE le Directeur régional de son rapport clair et concis;
2. APPROUVE les stratégies régionales exposées dans le rapport du Directeur régional et visant à éliminer le tétanos du nouveau-né et à éradiquer la poliomyélite;
3. ADRESSE ses remerciements aux organisations internationales, gouvernementales et non gouvernementales qui soutiennent déjà des activités destinées à éliminer le tétanos du nouveau-né et à éradiquer la poliomyélite; au nombre de ces organisations figurent notamment : l'UNICEF, l'Association canadienne de Santé publique, l'USAID et le Rotary international;
4. INVITE les Etats Membres à :
  - i) faire de ces stratégies les priorités de leurs programmes nationaux de vaccination;
  - ii) accélérer la préparation et la mise en application de plans d'action nationaux et de district, conformément aux stratégies régionales;
  - iii) prendre toutes les mesures appropriées pour accroître la couverture vaccinale du PEV en général, et des vaccinations antitétanique et antipoliomyélitique en particulier;
  - iv) accroître les moyens de surveillance épidémiologique au niveau du district et renforcer la notification du tétanos du nouveau-né et de la poliomyélite;
  - v) assurer une surveillance constante afin que les activités visant à éliminer le tétanos du nouveau-né et à éradiquer la poliomyélite soient intégrées au programme élargi de vaccination, renforçant ainsi la mise en place des SSP au niveau du district;
  - vi) faire en sorte que les activités visant à éliminer le tétanos du nouveau-né et à éradiquer la poliomyélite s'articulent autour du district;

5. PRIE le Directeur régional :

- i) d'appuyer les efforts faits par les pays pour préparer et mettre en application leurs plans d'action;
- ii) d'améliorer, en collaboration avec l'UNICEF et les autres organisations du système des Nations Unies, les organisations gouvernementales et non gouvernementales, la coordination, la mobilisation et l'utilisation des ressources destinées à appliquer le PEV en renforçant les composantes tétanos du nouveau-né et poliomyélite, en vue d'éliminer et d'éradiquer ces maladies;
- iii) de renforcer les moyens de soutien technique à tous les niveaux afin d'accroître la part prise par le Bureau régional à l'élimination du tétanos du nouveau-né et à l'éradication de la poliomyélite;
- iv) de présenter tous les deux ans un rapport au Comité régional sur les progrès de la mise en application de ces stratégies.

Dixième séance, 12 septembre 1989

AFR/KC39/R4 Future orientation des programmes de nutrition

Le Comité régional,

Rappelant les résolutions AFR/RC27/R14, AFR/RC37/R8 et AFR/RC38/R4;

Notant l'évolution et l'expansion généralisée des programmes de nutrition au cours de ces dernières décennies;

Considérant que la situation critique qui prévaut encore dans la plupart des pays exige des actions et des apports plus substantiels;

Considérant que de nombreux pays n'ont pas encore adopté de politiques intersectorielles ou sectorielles adéquates en ce qui concerne les politiques, programmes ou plans d'action relatifs à l'alimentation et à la nutrition,

1. FELICITE le Directeur régional de son rapport sur le programme de nutrition;
2. ADRESSE ses remerciements aux organisations qui ont collaboré au programme, particulièrement la FAO, l'UNICEF, l'OUA, l'ICCIDD, le Programme de Surveillance inter-Institutions pour l'Alimentation et la nutrition, le Sous-Comité CAC sur la Nutrition et les Gouvernements de Belgique, de Danemark, d'Italie et de Suède;
3. INVITE les Etats Membres à :
  - i) élaborer des plans d'action à moyen terme, sectoriels et intersectoriels, pour le développement de l'alimentation et de la nutrition avec l'appui des organismes multilatéraux et bilatéraux;
  - ii) renforcer d'urgence la composante alimentation et nutrition du développement sanitaire axé sur le district et intensifier les activités liées au secteur santé y compris la lutte contre les maladies infectieuses, l'amélioration de l'approvisionnement en eau et l'assainissement;
  - iii) améliorer, par une action intersectorielle appropriée, la production, la conservation, la préservation, la transformation, la commercialisation, la promotion et la consommation des produits alimentaires locaux ayant une bonne valeur nutritive;
  - iv) stimuler la participation communautaire aux programmes de nutrition et d'alimentation, en particulier le rôle important joué par des femmes responsables de l'alimentation et à accorder une attention spéciale aux besoins et aux problèmes nutritionnels des femmes et des enfants;

- v) mettre sur pied des banques de données et des systèmes de surveillance de la croissance à assise communautaire, et de surveillance de l'alimentation et de la nutrition au niveau du district; et à utiliser ces données pour mener les actions qui s'imposent à tous les niveaux;
- vi) mener toutes les actions possibles pour lutter contre les troubles nutritionnels spécifiques (carence en vitamine A et en iode ainsi que les anémies) en vue de les éliminer en tant que problèmes de santé publique avant l'an 2000;
- vii) organiser des réunions nationales sur la prévention des maladies chroniques liées à l'abondance (maladies cardio-vasculaires, obésité, diabète sucré);
- viii) créer un groupe de travail national pour déterminer les priorités nationales et promouvoir les compétences nationales dans la recherche nutritionnelle axée sur les problèmes au niveau local;
- ix) élaborer des programmes de formation pour la gestion des programmes alimentaires et nutritionnels au niveau du district et des communautés;

4. PRIE le Directeur régional de :

- i) fournir un appui aux cours de formation nutritionnelle appropriés dans toute la Région;
- ii) organiser des ateliers sous-régionaux sur la recherche opérationnelle axée sur les problèmes au niveau local dans les principales langues;
- iii) veiller à ce que des cours sur la gestion des programmes de lutte contre les troubles dûs à une carence en iode soient organisés aussi rapidement que possible dans la Région et que les mesures nécessaires à cet égard soient prises;



- iv) recueillir toutes les informations et élaborer des programmes de prévention des maladies liées au type de régime alimentaire de la société d'abondance;
- v) organiser périodiquement des réunions inter-institutions appropriées sur la nutrition telle que la réunion du Groupe spécial régional africain pour le Développement de l'Alimentation et de la Nutrition;
- vi) organiser conjointement avec les autres institutions des Nations Unies et de l'OUA une Décennie internationale de l'Alimentation et de la Nutrition dans la Région africaine (1990-2000);
- vii) mobiliser davantage de ressources pour toutes les activités précitées, tant au niveau national qu'international.

Dixième séance, 12 septembre 1989

AFR/RC39/R5 Bourses d'études et politique de développement  
des ressources humaines en santé

Le Comité régional,

Considérant que les bourses d'études représentent un programme majeur de l'OMS;

Considérant qu'il s'agit là d'un apport hautement apprécié des Etats Membres pour le développement de leurs ressources humaines en santé;

Considérant que la nécessité d'une utilisation optimale des ressources de l'Organisation s'impose dès lors;

Considérant les différentes résolutions pertinentes adoptées par les Organes directeurs de l'Organisation, et qui ont été collectivement acceptées par les Etats Membres, en particulier la résolution EB71.R6 du Conseil exécutif en janvier 1983;

Conscient du coût toujours plus élevé des formations de longue durée hors de la Région africaine et qui grèvent de manière appréciable tant le budget régulier de l'OMS que celui des Etats;

Conscient du fait que les Etats Membres de la Région doivent renforcer les moyens de formation existant sur place, les organiser ou les créer quand ils n'existent pas,

1. FELICITE le Directeur régional pour :

- i) l'objectivité et le réalisme de son rapport sur la politique des bourses d'études dans la Région africaine;
- ii) les études réalisées en vue d'apprécier le coût des bourses d'études dans différents pays de la Région de l'OMS, et les efforts déployés pour la rationalisation de la gestion du programme, notamment par son informatisation en connexion avec l'AFROPOC;

2. PRIE les Etats Membres :

- i) de définir des politiques, stratégies et plans d'action en conformité avec l'objectif santé pour tous;
- ii) de faire fonctionner régulièrement des mécanismes adéquats de sélection des candidats aux bourses, avec le souci de la pertinence des études et de la capacité des candidats, une précision accrue des critères de sélection, un respect de leur applicabilité, en s'assurant le concours de toutes les parties concernées, y compris le Représentant de l'OMS;
- iii) de faire une évaluation périodique et systématique de l'utilisation des boursiers après leur formation, et de coopérer en particulier avec l'OMS dans les mécanismes d'évaluation du programme tels que prévus par l'Organisation;
- iv) d'aider à réduire la charge budgétaire du programme en instaurant une rigueur accrue dans les autorisations de prolongation des bourses déjà accordées;

- v) de renforcer les mécanismes qui permettraient à certaines écoles ou facultés de médecine de la Région de se concerter afin de créer des filières à visée sous-régionale ou régionale de formation post-universitaire en sciences de la santé;

3. PRIE le Directeur régional :

- i) d'affiner la gestion du programme de bourses et opérer une décentralisation progressive et contrôlée du programme concourant à une responsabilité accrue des pays et des bureaux OMS qui y sont implantés;
- ii) d'assister les Etats Membres dans leurs efforts d'une meilleure planification et évaluation de leur politique de développement des ressources humaines en santé dont l'octroi des bourses d'études de base, de spécialisation et/ou de perfectionnement;
- iii) de prendre les mesures appropriées susceptibles d'accroître et d'apporter l'appui financier, technique et logistique que l'OMS peut apporter aux Etats Membres confrontés aux problèmes de création d'institutions de formation médicale;
- iv) d'accorder une attention particulière aux pays où il n'est pas possible, pour l'instant, de créer des écoles de médecine en vue de leur fournir un appui dans la recherche de solutions, notamment dans le cadre de la Région africaine, et dans l'esprit de la CTPD;
- v) de continuer à développer ses efforts auprès des institutions du système des Nations Unies, des organisations intergouvernementales, des banques de développement et de l'ensemble de la communauté internationale en vue du renforcement de l'appui souhaité;
- vi) de faire rapport au quarante et unième Comité régional.

AFR/RC39/R6 Participation du Directeur général à la  
trente-neuvième session du Comité régional

Le Comité régional,

Ayant suivi avec un intérêt particulier la déclaration faite par le Directeur général lors de la discussion du rapport biennal du Directeur régional sur les activités de l'OMS dans la Région africaine pour 1987-1988,

1. SE FELICITE de l'intérêt particulier que le Directeur général porte aux problèmes et aux programmes de la Région africaine;
2. REMERCIE le Directeur général pour sa détermination de ne plus diminuer (quand il y a lieu) le budget de la Région au prorata des allocations par Région mais en tenant le plus grand compte de la situation sanitaire et économique de l'Afrique;
3. REMERCIE le Directeur général pour l'initiative qu'il a prise de soumettre cette importante question au Conseil exécutif;
4. PREND NOTE avec satisfaction de l'appréciation faite par le Directeur général, sur la participation active et très positive de la Région africaine aux sessions de l'Assemblée mondiale de la Santé et notamment de son rôle dans la solution des problèmes cruciaux;
5. PRIE le Directeur régional de transmettre cette résolution au Directeur général.

Dixième séance, 12 septembre 1989

AFR/RC39/R7 Programme de lutte contre le SIDA

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du Directeur régional contenu dans le document AFR/RC39/5;

Considérant la Déclaration de l'Assemblée générale des Nations Unies confirmant le rôle de direction assigné à l'OMS dans la conception, l'organisation et la coordination de la lutte contre le SIDA au niveau mondial;

Notant avec satisfaction la mise en oeuvre des résolutions WHA40.2, WHA41.24, AFR/RC37/R5 et AFR/RC38/R9;

Appréciant l'adhésion sans réserve des Etats Membres à la stratégie mondiale de lutte contre le SIDA et l'exécution des activités tant au niveau régional qu'au niveau des pays;

Notant avec satisfaction les efforts multiples déployés par la communauté internationale dans un élan de solidarité sans précédent pour combattre la pandémie du SIDA;

Considérant que la progression rapide de cette pandémie en fait l'un des problèmes de santé les plus préoccupants du monde en général et de la Région africaine en particulier;

Préoccupé par la menace particulière qui pèse sur les jeunes du fait de la forte prévalence de l'infection et de la maladie au sein de ce groupe, et par l'impact négatif d'une telle situation sur le développement socio-économique et l'équilibre démographique des pays de la Région;

Reconnaissant l'importance pour le succès des programmes de lutte contre le SIDA de questions telles que : la surveillance épidémiologique, l'intégration des activités aux SSP, la gestion, la décentralisation et la recherche;

Rappelant que conformément à la répartition des tâches et fonctions aux différents niveaux de l'Organisation, l'appui direct aux programmes nationaux et la coordination des activités régionales relèvent de la compétence du Bureau régional;

Conscient de l'importance des facteurs socio-culturels pour l'organisation de la lutte contre le SIDA;

Convaincu que de ce fait le Bureau régional est le mieux placé pour élaborer et mettre en oeuvre une stratégie de lutte appropriée fondée sur les spécificités de la Région,

1. FELICITE le Directeur régional pour son rapport;
2. FELICITE le Directeur général pour l'extraordinaire effort de mobilisation de ressources et pour la pertinence des programmes développés dans les pays;
3. REMERCIE la communauté internationale pour l'appui apporté à la lutte contre le SIDA dans les pays de la Région;
4. INVITE les Etats Membres à :
  - i) inscrire la lutte contre le SIDA au rang des priorités dans leurs programmes respectifs de développement socio-économique et sanitaire;
  - ii) promouvoir et développer les activités d'information, d'éducation et de communication pour lutter plus efficacement contre la pandémie du SIDA;
  - iii) poursuivre la collaboration avec l'OMS et les autres partenaires ainsi qu'avec les pays de la Région dans un esprit de franc dialogue et d'échange ouvert d'informations;
  - iv) accorder une attention particulière à la protection des enfants et des adolescents;
  - v) renforcer les programmes nationaux de lutte, notamment dans les domaines suivants :

- surveillance épidémiologique;
  - intégration des activités aux SSP;
  - amélioration de la gestion à tous les niveaux du système national de santé;
  - décentralisation fondée sur l'approche du district;
  - promotion de la recherche/développement en tenant compte des règles d'éthique établies aux planx national et mondial;
- vi) prendre les mesures nécessaires pour protéger le droit de l'homme et la dignité des personnes infectées et des malades du SIDA;
5. PRIE le Directeur général de procéder à la décentralisation du programme afin de mettre en place les structures appropriées pour apporter un soutien efficace et assurer un suivi permanent aux programmes nationaux;
6. PRIE le Directeur régional de :
- i) continuer à appuyer les Etats Membres dans la mise en oeuvre de programmes nationaux de lutte contre le SIDA et ce, dans le cadre du scénario de développement sanitaire en trois phases;
  - ii) donner des directives claires aux équipes interpays et aux Représentants de l'OMS en vue d'aider les pays à intégrer de façon effective les programmes de lutte contre le SIDA dans les SSP;
  - iii) mobiliser, en collaboration avec le Directeur général, les ressources complémentaires pour appuyer les programmes nationaux et les activités régionales;
  - iv) faire rapport à la quarantième session du Comité régional sur la situation du SIDA dans la Région et sur la mise en oeuvre de la présente résolution.

AFR/RC39/R8 Santé maternelle et maternité sans risque

Le Comité régional,

Rappelant les résolutions WHA32.42, WHA38.22, WHA40.27 et WHA42.42 relatives à l'objectif social de la santé pour tous en l'an 2000, à la maturité avant la procréation et la promotion d'une procréation responsable, à la promotion d'une maternité sans risque, à l'amélioration de la santé des femmes;

Faisant siennes les recommandations des conférences sur la maternité sans risque tenues à Nairobi en février 1987 et à Niamey en février 1989;

Conscient de la nature précaire de la santé des femmes dans la Région;

Préoccupé par le fait que les données sur la morbidité et la mortalité maternelles dans la Région sont inadéquates;

Sachant que des méthodes et des mesures simples, abordables, efficaces et acceptables existent pour réduire la morbidité et la mortalité maternelles,

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres à :

- i) examiner la situation sanitaire des femmes et à évaluer les programmes y afférents et les services existants;
- ii) élaborer des plans d'action basés sur le district pour la réduction de la mortalité maternelle;
- iii) faire en sorte que des services appropriés de soins prénatals, obstétricaux et de planification familiale soient disponibles au niveau périphérique et que les services d'orientation/recours soient fonctionnels au niveau du district pour faire face aux urgences obstétricales, particulièrement pour les collectivités isolées;



- iv) mettre en place un système de collecte de données permettant aux communautés d'évaluer l'efficacité et l'impact des programmes mis en oeuvre, et aux structures nationales d'effectuer une planification sanitaire adéquate;
- v) initier au niveau communautaire des activités de recherche-action susceptibles d'améliorer les performances;

2. PRIE le Directeur régional :

- i) d'aider les Etats Membres à faire une analyse des services existants de soins maternels;
- ii) de continuer à soutenir les efforts des Etats Membres dans le domaine de la planification, de la formation et de la recherche en santé maternelle;
- iii) de mobiliser des ressources financières et humaines supplémentaires afin de renforcer la capacité de l'OMS à répondre, sur leur demande, aux besoins des Etats Membres dans ce domaine;
- iv) d'entretenir et de renforcer la collaboration avec les institutions des Nations Unies, les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux aux niveaux national, régional et mondial pour apporter une meilleure assistance aux Etats Membres;
- v) de faire rapport à la quarante et unième session du Comité régional sur les progrès accomplis dans le domaine de la santé maternelle.

Onzième séance, 13 septembre 1989

AFR/RC39/R9 Pratiques traditionnelles qui affectent les femmes et les enfants

Le Comité régional,

Considérant les conséquences néfastes sur la santé des mères et des enfants que représentent certaines pratiques traditionnelles telles que la mutilation sexuelle féminine, les mariages précoces, les interdictions alimentaires et autres pratiques de même ordre;

Considérant la haute priorité accordée par l'OMS et les Etats Membres à la santé de la mère et de l'enfant;

Convaincu que l'Organisation mondiale de la Santé a un rôle important à jouer dans la lutte contre les pratiques traditionnelles qui affectent la santé des mères et des enfants,

1. RECOMMANDE aux Etats Membres concernés :

- i) d'adopter des politiques et stratégies appropriées en vue d'éliminer la mutilation sexuelle féminine;
- ii) d'organiser des activités d'éducation et d'information en tenant compte des contextes culturels locaux et visant notamment à :
  - sensibiliser les femmes et les hommes aux dangers de la mutilation sexuelle féminine, des mariages précoces, des interdictions alimentaires et d'autres pratiques de même nature;
  - informer le grand public sur la possibilité de la propagation de maladies infectieuses, y compris le SIDA, à la suite de mutilation sexuelle féminine;
- iii) d'interdire la médicalisation de la mutilation sexuelle féminine et dissuader les personnels de santé de pratiquer cette opération;
- iv) d'introduire les éléments pertinents sur les dangers d'une telle opération dans les programmes de formation des personnels de santé et des accoucheuses traditionnelles;

- v) encourager des projets de recherches pour identifier les moyens les plus efficaces de lutte contre ces pratiques;
  - vi) prendre les dispositions nécessaires pour traduire dans les faits les diverses recommandations formulées aux niveaux national et international sur la question;
2. PRIE le Directeur régional :
- i) d'apporter l'appui approprié aux Etats Membres dans la mise en oeuvre de cette résolution;
  - ii) d'inscrire cette question à l'ordre du jour de l'une des futures sessions du Comité régional.

Onzième séance, 13 septembre 1989

AFR/RC39/R10 Réforme de l'enseignement de la médecine

Le Comité régional,

Reconnaissant le rôle primordial que doit jouer le personnel médical pour accélérer l'instauration de la santé pour tous;

Tenant compte du fait que les méthodes de formation du personnel médical influent sur leur capacité à offrir les soins de santé adaptés aux priorités sanitaires du pays;

Considérant la résolution WHA42.38 de la Déclaration d'Edimbourg relative à la réforme de l'enseignement de la médecine;

Considérant le plan d'action adopté lors de la Conférence ministérielle africaine sur l'Enseignement de la Médecine (Abuja/Nigéria, 5-7 juillet 1989),

1. REMERCIE la Fédération mondiale pour l'Education médicale et l'Association des Ecoles de Médecine d'Afrique de s'être faites les championnes des initiatives prises à l'échelon mondial et régional pour donner une nouvelle orientation à l'enseignement médical et l'adapter aux réalités des pays;
2. APPRECIE les mesures prises par le Directeur régional en faveur d'un mouvement mondial et régional de réorientation de l'enseignement de la médecine;
3. REITERE ses appels aux Etats Membres pour un soutien rapide et ferme aux recommandations de la Conférence d'Edimbourg et au plan d'action adopté lors de la Conférence ministérielle africaine sur l'Enseignement de la Médecine;
4. PRIE le Directeur régional :
  - i) de diffuser dans la Région africaine la Déclaration d'Edimbourg et le Plan d'Action d'Abuja sur la réforme de l'enseignement de la médecine;
  - ii) de continuer à fournir un appui à l'équipe spéciale régionale pour l'enseignement de la médecine, comme instrument de la médecine;
  - iii) de collaborer avec la Fédération mondiale pour l'Education médicale et d'autres institutions internationales pour appuyer les efforts, aux niveaux régional, national et institutionnel, visant à mettre en oeuvre les réformes préconisées;
  - iv) d'aider les pays membres à mobiliser les ressources aux réformes prévues;
  - v) d'accorder une attention particulière aux pays où il n'est pas possible pour l'instant de créer des écoles de médecine en vue de leur fournir un appui dans la recherche des solutions, notamment dans le cadre de la Région africaine et dans l'esprit de la CTPD.

AFR/RC39/R11 Motion de remerciements

Le Comité régional,

Considérant les efforts énormes déployés par le peuple et le Gouvernement de la République du Niger pour assurer un plein succès à la trente-neuvième session du Comité régional pour l'Afrique, session qui s'est tenue à Niamey du 6 au 13 septembre 1989;

Appréciant l'accueil particulièrement chaleureux et fraternel que le peuple et le Gouvernement nigérien ont réservé aux délégués;

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

1. REMERCIE Son Excellence le Général Ali Saïbou, Président du Conseil supérieur d'Orientation nationale, Président de la République, Chef de l'Etat du Niger, d'avoir bien voulu abriter nos assises et nous entourer de tant de sollicitude;

2. SE FELICITE de l'allocution pertinente et encourageante de Monsieur le Président du Conseil national de Développement du Niger qui, à l'occasion de la cérémonie d'ouverture, a axé ses préoccupations principalement sur les problèmes de développement sanitaire de l'Afrique et notamment du Niger;

3. EXPRIME sa sincère gratitude au peuple et au Gouvernement du Niger pour l'exceptionnelle qualité de leur hospitalité;

4. INVITE le Directeur régional à transmettre à Son Excellence le Général Ali Saïbou, Président du Conseil supérieur d'Orientation nationale, Président de la République, Chef de l'Etat du Niger, la présente motion de remerciements.

Onzième séance, 13 septembre 1989

**PARTIE II**



## OUVERTURE DE LA SESSION

1. La trente-neuvième session du Comité régional de l'Afrique de l'Organisation mondiale de la Santé s'est ouverte le 6 septembre 1989 à Niamey (Niger) en présence de Son Excellence Monsieur Moutari Moussa, Membre du Bureau exécutif national et Président du Conseil de Développement national, des membres du Conseil supérieur d'Orientation nationale et du Gouvernement de la République du Niger. Assistaient également à la cérémonie Monsieur G. Kotiga, Ministre de la Santé de la République du Tchad et Vice-Président de la trente-huitième session du Comité régional, le Dr H. Nakajima, Directeur général de l'OMS, le Dr G. L. Monekosso, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, des délégations d'Etats Membres de la Région africaine de l'OMS et des représentants d'organisations internationales et non gouvernementales.

2. S'adressant à cette honorable assistance, M. Kotiga, s'exprimant au nom du Comité, a chaleureusement remercié la population, le Gouvernement et les dirigeants de la République du Niger d'avoir accepté d'accueillir la trente-neuvième session du Comité régional ainsi que de la généreuse hospitalité offerte aux délégations. Il a souhaité que cette session marque une nouvelle étape importante dans le combat collectivement mené pour relever les défis du développement sanitaire de la Région. Se référant aux sombres statistiques sanitaires et socio-économiques de la Région et au long chemin qui reste à parcourir en matière de lutte contre les épidémies et les maladies transmissibles en général, M. Kotiga a exhorté les membres du Comité à faire preuve d'un esprit de fraternité et de solidarité dans la conduite de la Région vers le vingt et unième siècle. Il s'est félicité des importantes contributions du Directeur général et du Directeur régional et de leur attachement personnel au bien-être des populations d'Afrique.

3. Dans son allocution, le Directeur général a instamment invité à la pondération, entre d'une part un optimisme sans limite quant à l'avenir potentiel de l'humanité et à la possibilité d'instaurer la santé pour tous et, d'autre part, un pessimisme profond face à la pauvreté, au déclin économique et à la dégradation de l'environnement. Il s'est dit convaincu que la réalité politique internationale évoluait actuellement de façon positive et que les lueurs d'espoir qui illuminent l'horizon pourraient très bien servir la cause de la santé et du développement socio-économique d'ici à l'an 2000 et au-delà.



4. Le Directeur général a déploré l'absence de progrès sur la voie de la justice sociale et du développement durable. Il a rappelé au Comité que l'OMS avait pour mission de relever le défi de la justice sociale "car sa Constitution elle-même reconnaît le danger d'un développement inégal de la promotion de la santé et de la lutte contre la maladie dans les différents pays". Or, la solution n'est pas dans le transfert de ressources matérielles des "nantis" en direction des "exclus" mais, plutôt, dans le développement maximal du potentiel humain. L'OMS doit s'efforcer non seulement d'atteindre une croissance linéaire, mais, plus important encore, d'obtenir cet effet multiplicateur qui débouche sur une expansion géométrique.

5. Cet objectif pourrait être atteint : i) en favorisant la participation et la coopération de la population grâce à des activités autonomes, comme c'est le cas des programmes des soins de santé primaires : ii) en transférant des technologies, ce qui obligerait les programmes techniques de l'OMS à faire une place de plus en plus grande aux recherches axées sur les applications concrètes, sur la mise à l'essai et le transfert de technologies et de modèles de services qui soient pratiques, durables et d'un coût abordable, et iii) en mobilisant et en rationalisant les ressources disponibles.

6. Le Directeur général a également estimé nécessaire d'élargir le champ des préoccupations de l'Organisation afin de lui permettre de couvrir toute la gamme des questions sociales, économiques et environnementales qui influent sur le développement sanitaire, même si elles semblent déborder le cadre du "secteur de la santé" classique.

7. Il a en outre souligné la nécessité d'une efficacité continue dans la gestion interne de l'OMS et, à cette fin, il a demandé que le dialogue soit un moyen privilégié de réaliser l'unité à tous les niveaux, y compris entre les Régions, afin que les messages de l'Organisation soient cohérents et clairs, afin qu'on puisse améliorer la circulation de l'information entre les Etats Membres, et au sein du Secrétariat, qu'il y ait une plus grande cohérence des programmes, qu'on améliore la gestion des ressources de l'OMS pour faire face rapidement aux besoins des Etats Membres.

8. Il a rappelé au Comité que le rôle de l'OMS ne consiste pas seulement à soulager la pauvreté et les états pathologiques dus à la maladie, mais surtout à s'assurer un développement durable et à long terme. Pour cela, a-t-il ajouté, nous devons rester attentifs aux tendances nouvelles et à leurs conséquences futures dans le monde entier. Il a remarqué qu'on avait redoublé d'efforts pour mobiliser des ressources supplémentaires pour soutenir les programmes à tous les niveaux de l'Organisation, et a demandé à tout un chacun d'épargner à l'OMS les questions politiques sans lien direct avec l'action sanitaire internationale.

9. S'adressant au Comité régional, le Dr G. L. Monekosso, Directeur régional, a remercié les populations et le Gouvernement du Niger d'avoir accepté d'accueillir la trente-neuvième session du Comité et pour les réalisations remarquables qu'ils ont accomplies dans le domaine du développement malgré de nombreux handicaps naturels. Il a aussi souhaité la bienvenue au Directeur général en qui il a salué l'incarnation du combat pour le développement sanitaire.

10. Résumant l'histoire du développement sanitaire dans la Région africaine, le Directeur régional a fait remarquer que les années 60 avaient connu une extension des soins de santé vers les zones rurales. Des progrès significatifs ont été accomplis dans la lutte contre les maladies tropicales endémo-épidémiques, dans la prestation des soins de santé de base, dans la formation des personnels sanitaires et dans la recherche sanitaire. Ces gains réalisés dans le domaine de la santé ont été facilités par deux décennies de croissance économique stable et même florissante qui ont permis aux gouvernements africains de parler d'une voix forte lors de l'adoption de la Déclaration historique d'Alma-Ata.

11. Toutefois, deux phénomènes inattendus se sont produits : une profonde récession économique mondiale et le SIDA qui constitue un défi sans précédent pour l'humanité. Les effets cumulés de ces deux phénomènes nous ont obligés à faire un pas en arrière sur pratiquement tous les fronts du développement sanitaire dans la Région.

12. Confrontés à cette situation catastrophique, les Ministres de la Santé de la Région ont décidé, en 1985, de renforcer leurs systèmes nationaux de santé fondés sur les soins de santé primaires en adoptant pour la Région le scénario de développement sanitaire en trois phases. Ce scénario vise à renforcer l'action de santé communautaire et les activités connexes qui, ensemble, constituent le fondement du développement économique et social et nécessitent un soutien opérationnel, technique et stratégique au niveau local (district), intermédiaire (province/région) et central, respectivement.
13. Le Directeur régional s'est dit convaincu que, pour accélérer l'instauration de la "santé pour tous", il faut un grand effort de mobilisation communautaire en faveur de la santé, ce qui revient à dire que l'on doit activer les communautés rurales et urbaines dans le cadre d'un apprentissage de masse afin que toutes les communes et tous les quartiers de chaque district et de chaque province soient "activés" d'ici à l'an 2000. Pour soutenir ce processus de développement sanitaire, il faut mettre en place aux trois niveaux (district, intermédiaire et central) des structures destinées à fournir un cadre pour la mise en oeuvre rapide, souple et efficace de l'approche soins de santé primaires, adaptée à la progression de l'Afrique vers l'objectif de la santé pour tous.
14. A titre d'exemple, des succès enregistrés dans l'application de la stratégie triennale, le Directeur régional a cité les remarquables progrès réalisés en matière de vaccination des enfants. Il a informé les membres du Comité de son intention d'utiliser ce cadre de développement sanitaire pour poursuivre le renforcement de tous les niveaux du système de santé, consolider les programmes prioritaires, surveiller les activités ou les interventions, et évaluer leur impact sur la santé communautaire.
15. Quelle que soit l'énormité des difficultés auxquelles la Région se trouve confrontée dans le domaine de la santé, le Directeur régional est persuadé que les peuples d'Afrique ont fait la preuve de leur aptitude à l'autosuffisance, étant donné que 25 % des communautés de la Région gèrent actuellement des fonds de développement sanitaire. Ce dont l'Afrique a besoin, c'est d'un partenariat structuré entre de telles communautés autosuffisantes et les pouvoirs publics, notamment au niveau du district, ainsi que d'apports modulés de la communauté internationale. Le Directeur régional s'est dit profondément convaincu que les populations africaines continueraient à apporter la preuve de leur aptitude à surmonter les obstacles actuels et relever tous les défis qui leur sont lancés, de manière à être présents au grand rendez-vous de l'an 2000.

16. Parlant au nom du Général Ali Saïbou, Président du Conseil supérieur d'Orientation nationale, Chef de l'Etat de la République du Niger, M. Moutari Moussa a fait part au Comité de la grande joie ressentie par les populations du Niger en accueillant la trente-neuvième session du Comité régional. Il a remercié le Directeur général d'avoir honoré de sa présence la trente-neuvième session du Comité et le Directeur régional pour les réalisations remarquables qui avaient permis d'accélérer le rythme du développement sanitaire dans la Région depuis 1985.

17. Parlant de quelques-uns des principaux problèmes de santé de la Région, M. Moutari Moussa a estimé que la santé pour tous en l'an 2000 ne pourrait être instaurée sans une meilleure justice sociale, sans la sauvegarde de la dignité humaine et de la paix dans la Région et ailleurs. Il a ajouté que ces facteurs sont tous déterminants parce que la Région africaine faisait face à des situations contraignantes telles que les difficiles conditions climatiques, la récession économique, l'analphabétisme et une forte poussée démographique. Il a déclaré que la République du Niger était décidée à oeuvrer en faveur de l'objectif de la santé pour tous dans le combat engagé par son pays contre le sous-développement, l'ignorance, l'injustice et la maladie. Pour ce faire, la charte nationale, cadre idéal de référence idéologique pour la politique de développement, avait d'ores et déjà dégagé les stratégies et les méthodes visant en priorité à satisfaire les besoins de chaque citoyen du Niger. De même, le plan national de développement sanitaire est fondé sur les soins de santé primaires, l'accent étant mis sur le niveau périphérique. Il a exprimé le souhait que la trente-neuvième session du Comité régional adopte des résolutions pertinentes en faveur de l'instauration de la santé pour tous.

18. Invitée à prononcer l'allocution liminaire, le Dr Nafis Sadik, Directeur exécutif du Fonds des Nations Unies pour la Population, a dit dans son allocution que, ces dernières années, de nombreux gouvernements se sont rendu compte que population, santé et développement sont intimement liés. On a compris que pour améliorer la vie de millions de femmes, d'hommes et d'enfants de par le monde, le concept d'espacement de naissances est fondamental et que les soins de santé maternelle et infantile ont un rôle capital à jouer. On prend de plus en plus conscience de l'interdépendance qui existe entre une meilleure santé, un environnement sain, la fourniture d'eau saine, un bon régime alimentaire et une protection contre la maladie. Le Dr Sadik a souligné l'importance du concept de maternité sans risque parce qu'il illustre parfaitement la corrélation existant entre les facteurs démographiques et sanitaires.

19. Se référant à la nécessité d'une protection prénatale, elle a dit que celle-ci dépend essentiellement de l'existence de vastes réseaux de services. Il faut donc que les autorités nationales et locales réaménagent leurs investissements de manière à privilégier les dispensaires, les agents paramédicaux et les sages-femmes.

20. En Afrique subsaharienne, l'objectif primordial du FNUAP est d'aider les pays à permettre un meilleur accès des populations à l'information sur l'espacement de naissance et la planification familiale, et à améliorer la qualité des services de santé en vue de réduire la mortalité infantile, la morbidité maternelle et les taux de fécondité élevés. Le Dr Sadik a ajouté que le FNUAP a plus que doublé son aide à l'Afrique depuis 1986, particulièrement pour la formation et le perfectionnement des personnels de santé de toutes catégories qui collaborent à l'action de santé maternelle et infantile et de planification familiale.

21. Le FNUAP appuie également les pays d'Afrique afin de leur permettre de développer leurs activités de planification familiale et d'espacement de naissance en les intégrant aux services de soins de santé maternelle et infantile, dans le cadre des soins de santé primaires. Elle a énuméré un certain nombre d'éléments fondamentaux qui doivent être réunis si l'on veut remplir les conditions requises pour qu'un programme d'action démographique soit couronné de succès : existence d'une volonté politique sans faille, formulation d'un plan et d'un programme national de régulation démographique, évaluation du contexte socio-culturel, etc. Elle a lancé un appel au Comité pour qu'il poursuive sa collaboration et a réaffirmé la volonté du FNUAP d'oeuvrer pour la santé, le bien-être, la longévité et la sécurité des mères et des enfants de tous les pays.

#### ORGANISATION DES TRAVAUX DU COMITE

22. L'ordre du jour adopté par le Comité régional figure à l'Annexe 1 et la liste des participants à l'Annexe 2. L'élection des membres du Bureau de la session et la désignation des Rapporteurs pour les Discussions techniques font l'objet de la Décision de procédure No 1.

## DEROULEMENT DES TRAVAUX

ACTIVITE DE L'OMS DANS LA REGION AFRICAINE 1987-1988 : RAPPORT BIENNAL  
DU DIRECTEUR REGIONAL (document AFR/RC39/3)Exposé introductif

23. Dans l'exposé introductif qu'il a fait sur ce rapport, le Directeur régional a indiqué que la période couverte par le rapport biennal était désormais la même que celle du biennium budgétaire. La structure du rapport proprement dit respectait de très près celle du Secrétariat et celle des Bureaux sous-régionaux. Les rapports pays sont élaborés par les Représentants régionaux de l'OMS avec l'aide de techniciens de terrain et ils sont revus au Bureau régional.

24. La période considérée a été particulièrement difficile à cause de la chute du dollar des Etats-Unis et des difficultés rencontrées pour recouvrer les contributions des Etats Membres.

25. Concernant le Chapitre 2 du rapport biennal relatif au développement d'ensemble des programmes et à la gestion, le Directeur régional a mentionné que les relations s'étaient développées avec les institutions soeurs du système des Nations Unies et avec d'autres organismes inter-africains (FNUAP, CEA, OUA, BAD, etc). C'était pour resserrer ces liens que le Directeur exécutif du PNUD avait pris la parole au Comité régional en 1988 et qu'il continuait à collaborer avec les Représentants de l'OMS dans les pays de la Région à la mise en oeuvre du programme. De même, l'UNICEF et le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique organisent fréquemment des rencontres pour examiner et formuler des stratégies sur des questions d'intérêt commun, telles que l'Initiative de Bamako et le programme élargi de vaccination.

26. Dans ces remarques sur le Chapitre 3, le Directeur régional a présenté dans leurs grandes lignes les activités du Bureau régional à l'appui des systèmes nationaux de santé. Plusieurs pays ont préparé, amélioré et adopté les stratégies SPT et les indicateurs communautaires SSP sont mis à l'essai au niveau des ménages. Le Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire a été mis sur pied et ses experts collaborent avec les pays au niveau intermédiaire et à celui du district. La recherche sur les systèmes de santé connaît une expansion, notamment dans la Sous-Région III et ce, grâce à une aide accordée par les Pays-Bas. Les études se poursuivent au centre de Libreville sur les fondements culturels de la médecine traditionnelle. On prépare actuellement une importante conférence internationale sur ce sujet.

27. Le Directeur régional a souligné les nombreuses réalisations dans ce domaine et a invité les pays à mieux utiliser les résultats de la recherche. On accorde une plus grande importance aux laboratoires de district pour pouvoir mieux diagnostiquer les maladies et lutter contre le SIDA. Il en est de même pour le programme des médicaments et vaccins essentiels, auquel participent 40 pays de la Région.
28. Le développement des ressources humaines est resté une priorité et le Bureau régional collabore avec les pays pour mettre sur pied des centres de formation du personnel à tous les niveaux. Par ailleurs, une équipe spéciale a été mise en place pour aider les écoles de médecine à adapter la formation médicale aux réalités de l'Afrique.
29. En ce qui concerne le soutien à la promotion et à la protection de la santé en général (Chapitre 4), le Directeur régional a parlé de l'importance désormais accordée à la protection des groupes et individus à haut risque, à l'eau saine de boisson, à la salubrité de l'environnement, à la sécurité alimentaire et à une bonne nutrition, aux soins maternels et infantiles y compris la planification familiale, à la réadaptation et aux risques liés aux déchets toxiques. La mortalité infantile est en baisse dans la plupart des pays et on accorde une plus grande attention au bien-être des personnes âgées, à la santé mentale et à la santé bucco-dentaire. Les médias ont apporté un soutien et une collaboration importants. Il reste, toutefois, beaucoup à faire dans le domaine de l'information en santé.
30. Pour ce qui est de la technologie des sciences de la santé ainsi que de la prévention et de la lutte contre la maladie (Chapitre 5), le Directeur régional a fait part des nombreuses réalisations des deux années considérées mais il a précisé qu'il restait encore beaucoup à faire. L'OMS doit maintenir les acquis du programme élargi de vaccination. L'OMS s'emploie maintenant à éliminer la poliomyélite et le tétanos du nouveau-né d'ici la fin du siècle. On est en train de maîtriser les maladies diarrhéiques mais il faut résoudre en même temps le problème de l'eau saine de boisson. On redouble d'énergie dans la lutte contre les maladies transmissibles et le SIDA et dans la lutte contre la fièvre de la Vallée du Rift, où l'on commence à enregistrer les résultats remarquables, ainsi que dans la lutte contre l'onchocercose et la dracunculose. Le Directeur régional a annoncé le lancement d'un Bulletin épidémiologique pour appuyer ces efforts et véhiculer l'information utile à la prise des décisions dans les pays.

31. A propos de l'appui à l'information (Chapitre 6), le Directeur régional a mentionné l'importance de la bibliothèque ultra-moderne ouverte au Bureau régional à Brazzaville; celle-ci est entièrement informatisée et l'on envisage de la connecter aux universités et aux centres de recherche qui existent ailleurs et qui travaillent sur les divers aspects de la santé et du développement sanitaire.

32. Dans ses remarques sur les services d'appui, le Directeur régional a parlé essentiellement des fonctions gestionnaires. Le Service du Budget et des Finances a centralisé les procédures comptables qui relevaient auparavant du Siège, diminuant ainsi les risques de mauvaise gestion. Il suffit désormais d'appuyer sur un bouton pour avoir l'information budgétaire nécessaire. Toutefois, il est nécessaire de revoir la question du personnel, étant donné que les règlements actuels rendent très difficile le recrutement des meilleurs éléments.

33. Le Directeur régional a conclu son exposé introductif par des remarques sur les Equipes interpays de Développement sanitaire (EIPDS) et sur les Bureaux sous-régionaux de Développement sanitaire (BSRDS). Il a rendu hommage à leur travail mais a précisé qu'une adaptation s'imposait afin d'éviter qu'ils fassent double emploi avec les bureaux des Représentants de l'OMS dans les pays. Certains pays donateurs leur accordent un grand intérêt et leur fournissent un soutien extrabudgétaire capital, renforçant ainsi leur viabilité.

34. Le Bureau régional surveille étroitement les activités des programmes pays tout en accordant une attention particulière aux contraintes et aux réalisations. Le Directeur régional a remercié les Directeurs de Programme, les experts et les pays pour leur collaboration et le soutien à la promotion du développement des programmes et a rendu hommage aux Représentants régionaux de l'OMS dans les pays qui sont constamment en première ligne sur le terrain.

#### Discussion

35. Au cours du débat qui a suivi, le Comité régional a très chaleureusement remercié le Directeur régional de la qualité de son rapport biennal à la fois concis et complet. Les délégués ont exprimé leur entière satisfaction devant les résultats obtenus en deux ans à peine malgré les difficultés économiques actuelles.



36. De nombreuses délégations ont souligné l'importance qu'elles attachaient au développement et à la réactivation des ressources humaines à tous les niveaux, et elles ont rendu hommage aux efforts déployés par le Bureau régional dans ce domaine. Dans quelques pays, cependant, on manque encore de personnel. Les écoles de médecine qui sont sur le point d'ouvrir leurs portes dans certains pays devraient en principe atténuer en partie les problèmes. Les délégués ont estimé que la formation était capitale pour le succès des programmes du Bureau régional.

37. Plusieurs délégations ont pris la parole à propos de l'utilisation des ressources financières, et bon nombre d'entre elles ont cité en exemple l'expérience faite par leur pays dans la gestion des ressources, reconnaissant qu'il s'agissait là d'un élément important pour le succès de programmes vitaux tels que l'Initiative de Bamako. Les contributions des organismes donateurs aux programmes opérationnels du Bureau régional sont très appréciés.

38. Le Comité a bien précisé que la récession actuelle et le fardeau de la dette sapient les efforts déployés par de nombreux pays dans le domaine de la santé et que tous les pays du monde devaient à présent faire preuve d'une plus grande solidarité pour éviter que l'infrastructure de la santé continue de se dégrader. Les mauvais résultats économiques découlant de cette situation ont directement affecté la prestation des services de santé. Il faut trouver des approches nouvelles pour mobiliser les communautés et allouer les ressources en faveur de la santé si l'on veut que des programmes tels que les fonds de roulement pour la vaccination élargie soient couronnés de succès.

39. Les délégués ont évoqué les conséquences de la guerre et les risques engendrés par les activités humaines. Le déversement dans la Région de médicaments frelatés, de déchets industriels toxiques et de denrées alimentaires périmées a été condamné car il constitue un danger pour la santé comme pour l'environnement. Le Comité a lancé un appel à la vigilance, demandant que les pays mènent une action concertée et adoptent une législation dissuasive.

40. La guerre et les conflits internes dans certains pays ont été évoqués, tout comme la sécheresse qui a eu des conséquences directes sur la nutrition et les établissements humains. La guerre quant à elle détourne des ressources déjà maigres qui pourraient être attribuées en partie aux services de santé. Il est arrivé que des personnels de santé soient attaqués et que des centres de santé soient complètement détruits - ce qui ne saurait en aucun cas promouvoir la cause du développement sanitaire. D'autre part, les perspectives de paix dans certains pays se sont accompagnées du retrait de personnel médical essentiel qu'il faut remplacer. Les efforts et l'assistance nécessaires dans ce domaine le sont tout autant pour les victimes des conflits armés qui nécessitent dans tous les cas des soins médicaux et des services de réadaptation.

41. Le débat a fait ressortir très nettement l'intérêt manifesté pour les soins de santé primaires ainsi que pour la protection et la promotion de la santé en général. La maternité sans risque, la survie de l'enfant, une eau de boisson saine, la vaccination, la nutrition et la qualité des aliments demeurent les principales préoccupations dans les pays et les programmes menés par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique répondent entièrement à ces préoccupations. Il est évident que de nombreux pays sont en train de renforcer leurs structures, particulièrement au niveau périphérique. Dans bien des cas, les pays ont besoin d'une assistance pour renforcer certains centres de santé en cours de création.

42. Les nombreux délégués qui ont pris la parole à propos du SIDA ont été unanimes à reconnaître que cette maladie faisait peser une menace sur la santé et sur l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000 dans la Région. On a déjà beaucoup fait mais il reste beaucoup de chemin à parcourir. L'aide d'organisations et de pays amis sera indispensable pour interrompre la propagation de cette maladie mortelle.

43. Plusieurs délégués ont parlé de l'onchocercose (cécité des rivières), du choléra, de la fièvre jaune, de la dracunculose, du paludisme, et d'autres maladies dont certaines réapparaissent maintenant et qui sont endémiques dans la Région. La persistance de certaines souches résistantes de parasites du paludisme est particulièrement préoccupante. Un hommage appuyé a été rendu à l'action menée par l'OMS pour fournir des secours à temps et pour éliminer ces souches. L'Organisation a été invitée à intensifier les études sur les vecteurs, la lutte antivectorielle et la réaction des vecteurs à divers médicaments. Des fonds extrabudgétaires seront sans doute nécessaires pour cela.

44. D'une façon générale, les délégués ont reconnu que le rapport biennal du Directeur régional rendait compte des nombreuses réalisations du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique mais qu'il mettait aussi en lumière les nombreuses tâches qui l'attendaient à l'avenir. Pour réussir, les pays doivent trouver de nouvelles approches de gestion et concevoir des solutions nouvelles. Dans chaque pays, on peut trouver les moyens de réussir à instaurer la santé pour éliminer les nombreux décès.

45. Répondant aux observations faites par les délégués à la suite de son exposé introductif, le Directeur régional les a remerciés d'avoir donné leur point de vue, soulignant qu'il faudrait un appui direct du Siège pour résoudre une fois pour toute bon nombre de problèmes évoqués. Dans le cas particulier des problèmes d'ordre sanitaire dûs à des conflits armés, il faudra très certainement des efforts du genre Plan Marshall. Le Directeur régional a reconnu d'autre part que la récession économique dans le monde posait des déficits tout particuliers en ce sens qu'on ne pouvait pas attendre que la conjoncture s'améliore pour résoudre les problèmes économiques, y compris le SIDA.

46. Dans son intervention, le Directeur général a fait allusion à un certain nombre d'initiative qu'il avait prises pour fournir un appui direct aux Etats Membres comme la création d'un Bureau de la Coopération internationale au Siège. Celui-ci mobilisera une aide du type Plan Marshall en faveur des pays qui connaissent une situation sanitaire et socio-économique difficile, notamment les pays africains victimes de catastrophes et de conflits armés. Des missions ont déjà été envoyées dans ces pays afin d'évaluer l'ampleur des besoins.

47. Le Directeur général a, d'autre part, reconnu que la crise économique mondiale se faisait sentir sur les programmes de santé, particulièrement dans la Région africaine, mais il a estimé que le secteur de la santé était trop important pour que l'on attende que les problèmes économiques soient résolus. Il a fait allusion aux sévères réductions budgétaires auxquelles on avait dû procéder en raison d'une diminution imprévue des contributions au budget ordinaire de l'Organisation, ce qui avait entraîné une réduction correspondante du budget de toutes les Régions. A l'avenir, ces réductions ne seront toutefois pas appliquées à la Région africaine étant donné l'immensité de ses besoins. Le Directeur général a également promis non seulement de soumettre cet important problème au Conseil exécutif mais de se mettre en rapport avec la communauté des donateurs dans le but de promouvoir le développement sanitaire dans la Région.

PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION : STRATEGIE REGIONALE POUR L'ELIMINATION  
DU TETANOS NEONATAL ET POUR L'ERADICATION DE LA POLIOMYELITE  
(document AFR/RC39/6)

Exposé introductif

48. Ce point de l'ordre du jour a été présenté par le Dr L. Arevshatian (Secrétariat) qui a déclaré que le rapport du Directeur régional décrit la stratégie que la Région africaine va mettre en oeuvre en vue d'atteindre les objectifs d'élimination du tétanos néonatal et d'éradication de la poliomyélite. Ces deux maladies cibles du programme élargi de vaccination peuvent être contrôlées. En effet, le tétanos néonatal est une maladie que l'on peut prévenir et éliminer par la vaccination des femmes et le respect des règles d'hygiène pendant et après l'accouchement. La poliomyélite peut être éliminée par la vaccination systématique des enfants en bas âge et le renforcement de la surveillance de la maladie.

49. Malgré les progrès réalisés dans la mise en oeuvre des programmes élargis de vaccination nationaux, les décès par tétanos néonatal représentent toujours une part importante de la mortalité globale pendant la période néonatale. La couverture vaccinale est encore faible : en 1988, dans la Région africaine, environ 24 % de femmes enceintes ont reçu au moins deux doses de vaccin antitétanique et cette couverture dépasse 50 % seulement dans neuf pays. L'accès aux conditions satisfaisantes d'hygiène pendant et après l'accouchement reste encore limité surtout pour les populations rurales de nombreux pays.

50. Beaucoup d'enfants de la Région africaine continuent d'être victimes de séquelles invalidantes causées par la poliomyélite. La couverture vaccinale avec la troisième dose du vaccin polio oral est de 44 % en 1988 dans la Région africaine. Vingt pays ont une couverture vaccinale d'au moins 50 % et, parmi eux, huit ont déjà atteint et dépassent les 75 %.

51. Conscient que des programmes de vaccination systématique, bien planifiés et bien coordonnés sont réalisables dans tous les Etats Membres, le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC38/R2 sur l'élimination du tétanos néonatal d'ici à 1995 puis a endossé la résolution WHA41.28 de l'Assemblée mondiale de la Santé sur l'éradication de la poliomyélite d'ici à l'an 2000.

Ces résolutions recommandent de poursuivre les efforts en vue d'éliminer le tétanos néonatal et d'éradiquer la poliomyélite de façon à renforcer le développement du programme élargi de vaccination dans son ensemble et à stimuler aussi la contribution que celui-ci apporte à l'accélération de l'instauration de la santé pour tous, suivant le scénario de développement sanitaire en trois phases.

52. La vaccination et la surveillance épidémiologique constituent les éléments critiques de la stratégie devant aboutir à l'objectif de contrôle de ces maladies. En ce qui concerne l'élimination du tétanos néonatal, la vaccination va demeurer la stratégie prioritaire et indispensable, particulièrement dans les zones rurales; on devrait toutefois poursuivre l'effort d'amélioration des conditions d'accouchement vu son impact potentiel sur la réduction de la mortalité néonatale en général. Les domaines d'action à promouvoir comprennent la planification, le développement des services de laboratoire, la formation, l'information sanitaire, l'éducation et la vaccination, le développement des services de réhabilitation et la recherche.

53. L'application de la stratégie au niveau national requiert une analyse préalable de la situation du programme en tenant compte des indicateurs retenus pour le suivi et l'évaluation des activités d'élimination du tétanos néonatal ou d'éradication de la poliomyélite. Ainsi, la sélection des activités à réaliser en priorité dans chaque pays devrait être basée sur le niveau actuel de la couverture vaccinale et de l'incidence des maladies cibles.

54. Des ressources supplémentaires sont nécessaires pour promouvoir la mise en oeuvre des activités. On peut estimer à US \$10 le coût par enfant complètement vacciné. Ainsi, le coût total pour vacciner au moins 80 % des enfants de la Région avec trois doses de vaccin polio oral est de l'ordre de US \$180 millions par an. Environ 20 à 30 % de ce montant devront être recherchés comme supplément à ce qui est investi dans les pays de la Région. Pour la vaccination antitétanique, on peut estimer à moins de US \$2 le coût additionnel pour assurer une vaccination complète des femmes avec cinq doses de vaccin antitétanique. On peut ainsi estimer à US \$5 millions le montant nécessaire pour la poursuite d'activités d'élimination au niveau régional d'ici à 1995.

55. L'OMS devrait assurer la coordination technique des efforts visant à atteindre les objectifs fixés. Elle doit activement solliciter la collaboration de toutes les organisations et agences actuelles et potentielles parties prenantes dans le soutien du PEV. Elle doit en outre activement rechercher un engagement effectif de la part des gouvernements des Etats Membres puisque l'atteinte des objectifs doit se réaliser dans chaque Etat.

56. Il y a eu une différence fondamentale entre les programmes d'éradication de la variole et de la poliomyélite et l'élimination du tétanos néonatal. Dans les années 60, le programme d'éradication de la variole avait été conçu essentiellement comme un programme vertical du fait que l'infrastructure sanitaire qui existait alors dans la Région était rudimentaire. Les programmes d'élimination du tétanos néonatal et d'éradication de la poliomyélite en cours sont conçus en se fondant sur les réalisations de soins de santé primaires et sur les résultats de l'Année africaine de la Vaccination qui a suscité une énorme mobilisation sociale dans chaque pays de la Région. Alors que les programmes d'éradication de la variole étaient essentiellement mis en oeuvre au niveau central en utilisant des équipes de santé mobiles motorisées pour visiter les zones et les populations périphériques affectées, les programmes de lutte contre la poliomyélite et le tétanos néonatal sont des programmes fondés sur le district qui s'insèrent de façon harmonieuse dans l'orientation SSP actuelle qui fait appel au district.

#### Discussion

57. La discussion qui a suivi a mis l'accent sur différents aspects des programmes qui doivent être élaborés. L'importance des techniques de la vaccination a été soulignée. Une mauvaise technique d'injection, le blocage de seringues, etc., pourraient empêcher la séroconversion dans le processus de vaccination. On devrait tenter d'intégrer les programmes d'éradication de la poliomyélite et d'élimination du tétanos néonatal dans les SSP. On a souligné le rôle des journées de vaccination en tant que facteur pour accroître la faible couverture vaccinale des populations cibles. Toutefois, on a fait remarquer aussi qu'il était nécessaire de maintenir ces efforts après les journées de vaccination.

58. La surveillance conjointe par l'OMS et par l'UNICEF des programmes faisant l'objet de la présente discussion est devenue une nécessité. L'écart existant entre les niveaux de la couverture vaccinale des enfants et des femmes a aussi été remarqué, ce qui rend impératif de tirer profit de toutes les occasions de contacts avec les femmes dans les services sanitaires pour les vacciner contre le tétanos.
59. Le problème des occasions manquées de vaccination ainsi que celui des pertes considérables de vaccins pendant les séances de vaccination ont aussi été soulignés. Ce dernier problème pourrait être atténué si les fabricants de vaccins pouvaient produire des ampoules de vaccins contenant de 10 à 15 doses plutôt que des ampoules de 20 à 50 doses.
60. Le Comité a fait allusion à l'importance de la surveillance pour le programme d'éradication de la poliomyélite. Actuellement, il n'y a que 5 % de tous les cas prévus de polio qui ont fait l'objet d'une notification. De ce fait, le renforcement des activités de surveillance devient une stratégie prioritaire. Il convient d'encourager les enquêtes relatives à la couverture vaccinale auxquelles on a souvent recours à des fins de surveillance.
61. Le Comité a mentionné le rôle spécial de la mobilisation sociale comme stimulant de participation des autres secteurs de la communauté dans les initiatives visant à l'éradication de la maladie.
62. Il conviendrait d'utiliser d'autres stratégies telles que les soins prénatals pour améliorer la couverture vaccinale des femmes, car la couverture des soins prénatals pourrait atteindre des proportions aussi élevées que 60 % dans quelques pays. En conséquence, les agents de santé devraient être instamment priés de tirer profit de façon appropriée de cette occasion offerte par la vaccination et il faudrait les superviser pour ce faire.
63. Après la discussion, le Dr Arevshatian a remercié les délégués de leurs commentaires précieux ainsi que de leurs conseils. Il a aussi mentionné que ces deux programmes seront mis en oeuvre dans le cadre du programme élargi de vaccination et non pas en tant que programme vertical. Dans la phase initiale, l'accent sera mis sur la couverture vaccinale et sur la surveillance. Quand les programmes auront atteint leur vitesse de croisière, on pourrait se servir des enquêtes sérologiques pour évaluer la qualité des services rendus en ce qui concerne les enquêtes relatives à la couverture

vaccinale; leur nombre est maintenant supérieur à 1000 dans la Région africaine et beaucoup de programmes nationaux continuent toujours à mener ces enquêtes pour évaluer les progrès du programme élargi de vaccination.

64. Le projet de résolution joint au document a été adopté à l'unanimité.

#### EXAMEN DU PROGRAMME DE NUTRITION (document AFR/RC39/7)

65. Le document relatif à ce programme a été présenté par le Dr K. V. Bailey (Secrétariat), qui a déclaré que la situation nutritionnelle dans la Région restait précaire : il y a d'importantes pénuries alimentaires, environ deux millions d'enfants sont très sérieusement malnutris dans la Région et la malnutrition provoque quelque deux millions de décès d'enfants chaque année. Au cours des années 80, la situation s'est aggravée en raison de sécheresses prolongées, de guerres civiles et de la crise économique. On possède des données sur les mesures anthropométriques chez les enfants de moins de cinq ans pour 40 pays, sur l'allaitement au sein pour 20 pays, sur l'avitaminose A dans 10 pays, sur la carence en iode dans 34 pays et sur les anémies dans 30 pays. Le Dr Bailey a fait observer que les objectifs généraux du programme régional de nutrition était de renforcer les capacités nationales pour :

- i) améliorer l'état nutritionnel des populations, particulièrement des groupes vulnérables;
- ii) lutter contre certains troubles nutritionnels comme l'avitaminose A et les carences en iode et en fer/folate.

66. Ces dix dernières années, l'OMS a fourni un appui direct à des programmes de nutrition dans plus de la moitié des pays de la Région, surtout pour la surveillance nutritionnelle, la formulation des directives pour l'alimentation du jeune enfant, la lutte contre la carence en iode et la formulation de programmes nationaux en matière d'alimentation et de nutrition.

67. Six pays bénéficient d'un appui du Programme conjoint OMS/UNICEF de Soutien à la Nutrition, qui est financé par l'Italie; la surveillance nutritionnelle sur une base communautaire en Tanzanie est l'activité qui a donné les meilleurs résultats. Trois pays mettent en place des soins de santé primaires avec l'aide du Fonds de Survie Belge. Dans tous les cas, il s'agit de programmes de district pour le développement sanitaire et nutritionnel.



68. Les principales activités interpays concernent la promotion de la surveillance nutritionnelle et de la recherche en nutrition, la lutte contre la carence en iode ainsi que la coordination avec l'UNICEF, la FAO, l'OUA et d'autres organisations multilatérales. On a enregistré des résultats particulièrement intéressants dans les activités de lutte contre la carence en iode, pour lesquelles des fonds importants ont été réunis. On s'emploie activement à donner suite dans plus de 20 Etats Membres aux deux résolutions adoptées par le Comité régional à ce sujet (AFR/RC37/R8 et AFR/RC38/R4).

69. Des crédits extrabudgétaires ont également été mobilisés à l'appui de la surveillance nutritionnelle, de la recherche, de la formation à la gestion des programmes de district en matière d'alimentation et de nutrition, à la lutte contre les anémies et à des études sur l'allaitement au sein et sur la fécondité.

70. De nouveaux sous-programmes sont en train d'être mis sur pied, notamment pour la prévention des anémies de la grossesse et des maladies non transmissibles résultant des régimes alimentaires trop riches comme c'est le cas en milieu urbain, particulièrement les troubles cardio-vasculaires, l'obésité, le diabète sucré, la carie dentaire et le cancer.

71. L'Equipe spéciale régionale africaine pour l'Alimentation et la Nutrition, créée par le Directeur régional en 1988, doit tenir sa deuxième réunion à Brazzaville en octobre 1989. Elle regroupe des organisations multilatérales et bilatérales qui mènent des programmes d'alimentation et de nutrition. Il a été proposé de proclamer sous les auspices du PNUD et de l'OMS une Décennie internationale de l'Alimentation et de la Nutrition (1990-2000).

72. Ces dernières années, il a été décidé de concentrer les efforts sur quelques grands thèmes, à savoir :

- i) surveillance alimentaire et nutritionnelle et surveillance de la croissance sur une base communautaire;
- ii) éducation nutritionnelle, mobilisation sociale et promotion des aliments de sevrage;

- iii) lutte contre certaines carences (avitaminose A, carence en iode et en fer/folate);
- iv) renforcement de la composante nutritionnelle des SSP et développement sanitaire axé sur le district;
- v) recherche nutritionnelle axée sur les problèmes et les solutions concrètes;
- vi) formation à la gestion des programmes d'alimentation et de nutrition menés dans les districts;
- vii) collaboration inter-institutions au niveau régional;
- viii) collaboration intersectorielle au niveau national et formulation de plans d'action à moyen terme dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition;
- ix) mobilisation des ressources.

La plupart des pays ont mené des activités louables dans certains de ces domaines.

73. On a défini ces activités souhaitables en matière d'alimentation et de nutrition dans le cadre du scénario en trois phases à différents niveaux - communauté, district, niveau intermédiaire et niveau central.

74. D'une façon générale, les capacités nationales dans ce domaine se sont considérablement améliorées mais, dans la plupart des pays, il faut de toute urgence dresser des plans d'action intersectoriels à court et à moyen terme. Il a été proposé de faire de ce secteur l'une des priorités du Huitième Programme général de Travail ainsi que de la Décennie internationale pour l'Alimentation et la Nutrition en Afrique.

Discussion

75. Plusieurs délégations ont évoqué la gravité de la situation enregistrée par la sécheresse et mentionné la nécessité de mener des interventions qui, tout en fournissant de l'eau pour l'agriculture, respectent l'équilibre écologique. Il a été également souligné que bon nombre des problèmes nutritionnels de la Région avaient des causes socio-culturelles et qu'une bonne action éducative à tous les niveaux de l'Etat et des communautés pouvait être très utile. On a mis en avant le rôle décisif des femmes et les problèmes liés au fait qu'elles consacrent beaucoup de temps et d'énergie à leur foyer.
76. Il est extrêmement important de promouvoir la surveillance de la croissance dans la communauté pour protéger la santé des enfants; c'est une activité qu'il faut renforcer. Ses résultats qui constituent un outil précieux pour l'évaluation des problèmes et des tendances et pour la prise de décisions au niveau des villages, doivent aussi être communiqués au niveau du district et au niveau supérieur pour que les mesures voulues puissent être prises.
77. On a également souligné qu'il était important de renforcer la production, le traitement, la conservation, la commercialisation, la promotion et la consommation des aliments sur le plan local. Il faut également veiller de plus près à l'application des normes alimentaires et des règles d'hygiène. D'autre part, il faudrait assurer la liaison avec le programme régional de la SADCC pour la sécurité alimentaire.
78. De nombreuses activités sont en cours dans la Région en matière d'alimentation et de nutrition : surveillance nutritionnelle, éducation et formation, recherche et lutte contre certains troubles nutritionnels; il faudrait les faire connaître plus largement. Les programmes nutritionnels devraient être de plus en plus axés sur les mesures concrètes et insister sur l'intégration dans les SSP/SPT, le développement d'activités de santé apparentées (vaccination, lutte contre les maladies diarrhéiques, etc.) et les mesures intersectorielles dirigées contre les multiples causes de malnutrition. Il faut également s'attaquer aux troubles nutritionnels liés au mode de vie des couches favorisées.

EXAMEN DE LA POLITIQUE DES BOURSES D'ETUDES DANS LA REGION AFRICAINE  
(document AFR/RC39/9)

Exposé introductif

79. Le Dr E. Eben-Moussi (Secrétariat), au nom du Directeur régional, a présenté le rapport sur la politique des bourses d'études dans la Région africaine. Le rapport était divisé en quatre grandes parties :

- données chiffrées;
- bases politiques du programme;
- analyse de la situation : problème et contraintes;
- réorientation possible du programme régional des bourses d'études.

80. La première partie du rapport concernait les données recueillies entre 1985 et 1989. L'analyse statistique de ces données a révélé ce qui suit :

- i) un total de 2652 bourses d'études ont été accordées, ce qui représente 34 % du budget-pays du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (à l'exclusion de divers frais de participation à des ateliers et à des séminaires de formation organisés au niveau national ou régional ou encore au Siège);
- ii) environ 70 % de ces bourses d'études sont attribuées à des hommes et 30 % à des femmes;
- iii) 62 % des bourses d'études sont accordées pour une formation dans des établissements de la Région africaine; malheureusement, 35 % environ des demandes concernent des établissements de la Région européenne et de la Région des Amériques;
- iv) à peu près 60 % des disciplines concernées ont trait directement à l'administration de la santé et aux diverses composantes des SSP; malheureusement, des autorisations contestables pour des bourses de plus de 24 mois, pour des redoublements ou pour des prolongations de bourses grèvent lourdement la planification budgétaire.

81. La deuxième partie du rapport passait en revue les bases politiques du programme, notamment les dispositions prises par l'Assemblée mondiale de la Santé et des résolutions adoptées par le Comité régional. On a ainsi pu constater objectivement que plusieurs Etats Membres ne respectaient pas les recommandations et résolutions en question, bien qu'elles aient été adoptées collectivement.

82. Dans la troisième partie du rapport, il fait une analyse critique des données chiffrées présentées conformément aux résolutions ci-dessus. On a analysé les uns après les autres les problèmes recensés au niveau de la gestion des programmes et les obstacles rencontrés, en particulier :

- i) l'utilisation optimale des ressources de l'OMS pour les bourses d'études : elle est rendue difficile par les réductions budgétaires et par l'augmentation constante du coût des bourses d'études; d'autre part, les Etats Membres de la Région ne font pas toujours preuve d'une extrême discipline;
- ii) la pertinence des bourses d'études pour l'instauration de la SPT/2000; elle n'est pas toujours apparente parce que les comités nationaux de sélection des candidats ne travaillent pas toujours de façon fonctionnelle;
- iii) l'utilisation des bourses d'études comme instrument des politiques de développement des personnels de santé; elle doit être partie intégrante d'une analyse approfondie des politiques et des plans d'action;
- iv) l'utilisation insuffisante des établissements de formation de la Région pour diverses raisons, notamment leur situation concrète, leur crédibilité et aussi les stratégies de marketing adoptées par des universités de l'hémisphère nord;
- v) le fait qu'on continue d'attribuer peu de bourses d'études à des femmes, situation dont il est difficile de saisir tous les paramètres;
- vi) l'évaluation insuffisante de l'utilisation des boursiers, particulièrement après la formation; en effet, moins de 10 % des pays ont répondu aux demandes qui leur avaient été faites dans ce sens.

83. Dans la quatrième et dernière partie du rapport étaient formulées des propositions en vue de réorienter le programme régional de bourses d'études. Ces propositions étaient soumises au Comité régional pour examen.

#### Discussion

84. Tous les intervenants se sont plu à féliciter la densité, la pertinence et l'excellence du rapport présenté.

85. L'assistance du Bureau régional a été une fois de plus sollicitée pour faciliter le placement des étudiants dans les institutions de formation. Le Secrétariat a eu à enregistrer ce souhait, tout en promettant de donner aux pays toutes les informations relatives aux critères d'admission dans lesdites institutions.

86. Certains délégués s'étant émus de la réduction effective du nombre de bourses au cours de la période considérée (1985-1989), il a été indiqué que si cette réduction était effective et due à de nombreuses causes inventoriées, le poids budgétaire demeurerait néanmoins très élevé.

87. Les coûts des bourses d'études a lui aussi fait l'objet de préoccupations, mais on retiendra que le Bureau régional n'en maîtrise que très partiellement les paramètres, du fait que les candidats sont désignés par les pays, et les frais de scolarité fixés par les institutions d'accueil.

88. Plusieurs chefs de délégation ont souhaité que le Directeur régional procède à un inventaire exhaustif des possibilités de formation offertes dans différents pays de la Région et dans chaque discipline.

89. Constatant avec satisfaction que certains Etats offraient en effet déjà de telles possibilités, le Comité régional a encouragé à inscrire ces préoccupations dans le cadre d'une collaboration inter-Etats, voire sous-régionale de coopération technique entre pays en développement.

90. Le déséquilibre entre hommes et femmes quant à l'opportunité offerte de bénéficier d'une bourses d'études a été ressenti par les délégués comme un grave problème d'inéquité, au moment où on doit s'assurer que l'égalité des chances est donnée à tous et que l'on sait la part déterminante prise par

la femme dans les programmes de SSP. Sans doute faudra-t-il, sur ce point, pousser plus avant la réflexion pour recenser les causes profondes de cette malheureuse disparité.

91. L'évaluation du programme de bourses s'impose au regard de toutes les préoccupations exprimées, et du début à la fin du processus. Pour commencer, il est nécessaire de définir des politiques, stratégies et plans de formation qui soient conformes aux priorités nationales et à l'objectif de la santé pour tous. On doit ajouter à cela la nécessité d'être plus précis dans les critères de sélection des candidats et plus rigoureux dans leur applicabilité.

92. A la fin du processus d'évaluation se situe l'épineux problème du risque d'exode de cerveaux. Plusieurs délégations se sont émues de cette situation qui nécessite une prise de conscience politique accrue des Etats Membres quant à l'utilisation de leurs cadres, d'autant que celle-ci est déjà hypothéquée par l'absence d'une planification avant le départ des bénéficiaires de bourse, et fâcheusement affectée par les incidences socio-sanitaires négatives de certains programmes d'ajustement structurel.

93. La discussion sur la politique des bourses d'études OMS a donné l'occasion au Directeur régional de faire l'historique de cet important programme de l'OMS depuis 1948 jusqu'à ce jour.

94. Dans son exposé, le Directeur régional a passé en revue de façon exhaustive le programme tant au niveau mondial qu'au niveau régional, et a amené la Région à souhaiter que dans toute la mesure du possible les bourses offertes fassent partie d'un programme technique de coopération OMS/pays tel que identifié dans l'AFROPOC.

95. Un délégué ayant proposé une décentralisation du programme pour éviter certains retards de placement et/ou de mise en route du boursier, le Directeur régional a enregistré avec intérêt ce souhait qui va dans le sens d'une plus grande responsabilisation des pays et des bureaux OMS qui y sont implantés.

96. Enfin, le Directeur régional a précédé à une analyse de la situation concernant la formation des spécialistes en sciences de la santé dans la Région, et a exprimé l'espoir que les avantages découlant de certains schémas culturels en matière de formation (notamment les traditions anglo-saxone et lusophone) ne seraient pas perdus lorsque l'on mettrait en place les entités régionales (sur une base linguistique ou géographique), en vue de résoudre les problèmes posés pour les diplômés universitaires supérieurs. Un calendrier des actions projetées par le Bureau régional prévoit de s'atteler à résoudre ces problèmes en trois étapes, en se penchant respectivement sur les sciences de santé publique (1990), les sciences cliniques (1991) et les sciences biomédicales (1992).

97. Le Directeur régional a souligné son vif intérêt pour toutes interpellations dont le Secrétariat avait été l'objet.

98. L'avenir des institutions actuelles de formation en santé publique (à vocation régionale) semble beaucoup moins susceptible d'être mis en cause à court terme que leur évolution. Parce qu'il s'agit de répondre aux attentes des populations, il paraît licite que le Centre régional de Développement sanitaire (CRDS) de Maputo bénéficie de l'assistance de l'OMS dans sa volonté de créer des cours de longue durée et que le Centre de Formation en Santé publique (CFSP) de Lomé continue à être assuré du soutien de l'Organisation tant que son rôle reste défini et orienté vers nos préoccupations actuelles en matière de développement sanitaire.

99. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC39/R10 portant sur les politiques d'organisation des spécialités médicales et le soutien aux institutions.

MODALITES DE MISE EN OEUVRE DES RESOLUTIONS D'INTERET REGIONAL  
ADOPTÉES PAR L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE ET PAR LE CONSEIL  
EXECUTIF (document AFR/RC39/10)

100. Lorsqu'il a présenté ce document, le Dr P. Chuke (Secrétariat) a déclaré que le Directeur régional avait regroupé ces résolutions en fonction du programme de travail de l'Organisation mondiale de la Santé, à savoir les résolutions qui traitent des questions suivantes :

- Organes directeurs
- Coordination extérieure pour le développement sanitaire
- Ressources humaines pour le développement sanitaire



- Protection et promotion de la santé en général
- Prévention et lutte contre la maladie, et
- Services de soutien.

101. Il a d'autre part déclaré que la Quarante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé a adopté 45 résolutions dont 23 présentent un intérêt particulier pour la Région africaine.

102. Le présent rapport, soumis à la trente-neuvième session du Comité régional, ne contient que les paragraphes tirés du dispositif des résolutions et chaque extrait est accompagné par une proposition des mesures à prendre en application de ces résolutions. Le texte intégral des résolutions est disponible pour examen.

103. En rappelant aux délégués la résolution WHA33.17, conformément à laquelle le Comité régional doit prendre une part active à l'activité de l'Organisation, le Dr Chuke a rappelé en particulier que le Comité doit soumettre au Conseil exécutif des recommandations et des propositions concrètes sur des questions d'intérêt régional et mondial. Le Comité est donc invité à examiner en détail les propositions figurant dans le rapport du Directeur régional et à fournir des directives claires et précises sur l'utilisation optimale des ressources en tenant compte de leur conséquence gestionnaire.

104. Le Comité a, par conséquent, été invité à formuler des directives et à adopter des résolutions pour l'élaboration du programme régional; suite à cela, un programme de travail sera préparé pour faciliter la surveillance de la mise en oeuvre du programme.

#### Reconstruction et développement du système de santé en Namibie

105. Le Dr D. L. Tembo, Représentant de l'OMS en Namibie, a présenté un rapport faisant le point de la situation sanitaire en Namibie ainsi que des urgents besoins de remise en état du système de santé de ce territoire. Il a précisé que ce document était présenté en application de la résolution WHA42.18 de l'Assemblée mondiale de la Santé qui a notamment prié le Directeur général de dépêcher une mission de l'OMS pour évaluer la situation sanitaire en Namibie dans la perspective d'un premier programme d'assistance sanitaire.

106. La mission de l'OMS fait partie d'une mission plus vaste d'évaluation des besoins dépechée par les organisations du système des Nations Unies. La mission s'est aperçue que l'état de santé général des réfugiés et rapatriés était généralement meilleur que celui des populations de Namibie. Dans certains cas, les taux de vaccination atteignent jusqu'à 100 % parmi les rapatriés. Les niveaux de nutrition et d'alphabétisation sont également très élevés. Dans ses fonctions de coordonnatrice technique et sanitaire, l'OMS a présidé le Sous-Comité technique et sanitaire du programme de rapatriement du Haut Commissariat pour les Réfugiés (HCR), a assuré la surveillance des services sanitaires prévus pour les rapatriés et a joué le rôle de centrale d'information pour les fournitures médicales.

107. Le Dr Tembo a fait observer qu'en Namibie les services de santé prévus pour les Africains et les "gens de couleur" sont encore très inférieurs à ceux offerts au Blancs. Les formations sanitaires, notamment dans la partie septentrionale du pays, sont généralement dans un état de délabrement affligeant alors que c'est justement là que s'installent la plupart des rapatriés. Cette tendance ne fera qu'accroître la demande pesant sur des services de soins inadéquats et dotés d'un personnel insuffisant. Il a ajouté que cette situation est encore aggravée par les réductions de crédits draconiennes ordonnées par les autorités sud-africaines dans tous les secteurs. La crise financière ne fait que souligner davantage l'impérieuse nécessité de la communauté internationale d'intervenir pour enrayer la détérioration des services de santé à laquelle on assiste actuellement.

#### Discussion

108. Le document a été adopté à l'unanimité après la présentation et la discussion du rapport sanitaire sur la Namibie.

INCIDENCES REGIONALES DES ORDRES DU JOUR DE LA QUATRE-VINGT-CINQUIEME SESSION  
DU CONSEIL EXECUTIF ET DE LA QUARANTE-TROISIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE  
(documents AFR/RC39/11 et AFR/RC39/11 Corr.1)

Exposé introductif

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

110. 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-cinquième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé. Le Comité régional a été également prié de déterminer, le cas échéant, les points de ces ordres du jour à insérer à celui de sa quarantième session, qui aura lieu en septembre 1990.

111. Les ordres du jour provisoires de la quatre-vingt-cinquième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé comportent tous les deux des questions qui intéressent la Région.

112. Il a été retenu plus particulièrement les points ci-après des ordres du jour de la quatre-vingt-cinquième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé :

- i) 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-neuvième session du Comité régional en tant que point 6.1 (document AFR/RC39/3, rapport biennal du Directeur régional, 1987-1988);
- ii) nomination du Directeur régional pour l'Afrique (point 7 de l'ordre du jour et résolution AFR/RC39/R1);
- iii) nutrition du nouveau-né et du jeune enfant (point 6.4 inscrit à l'ordre du jour de la trente-neuvième session du Comité régional) (document AFR/RC39/7 - Examen du programme de nutrition dans la Région africaine, 1970-1989);

- iv) la stratégie mondiale de lutte contre le SIDA qui faisait l'objet du point 6.2 de l'ordre du jour de la trente-neuvième session du Comité régional (document AFR/RC39/5);
- v) méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé qui faisait l'objet des points 8.3 (a) et 8.3 (b), (documents AFR/RC39/12 et AFR/RC39/12 Add.1).

### Discussion

113. Le Comité régional note avec satisfaction la corrélation existant entre les ordres du jour des Organes directeurs du niveau global et de niveau régional.

114. Le Comité régional a approuvé l'ordre du jour provisoire de sa quarantième session et adopte la Décision de procédure No 7.

### METHODE DE TRAVAIL ET DUREE DE L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE (document AFR/RC39/12)

115. Le Dr P. Chuke (Secrétariat) a rappelé au Comité régional, au nom du Directeur régional, que la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé avait décidé de limiter la durée de l'Assemblée mondiale de la Santé à deux semaines pour les années paires de façon à permettre un examen efficace et efficient des problèmes inscrits à l'ordre du jour.

116. La cérémonie de la Quarante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé aura lieu le lundi 7 mai 1990 à 12 heures et sera suivie immédiatement par la réunion de la Commission des Désignations qui soumettra des propositions, conformément à l'Article 25 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé afin que les élections puissent avoir lieu le lundi après-midi.

117. Ces décisions supposent une meilleure préparation par le Comité régional des travaux de l'Assemblée mondiale de la Santé. Dans ce rapport, le Directeur régional a proposé au Comité des mesures concrètes visant à rendre les délibérations de l'Assemblée mondiale de la Santé très efficaces et très efficientes en tenant compte du délai de deux semaines qui est imparti.

118. Les problèmes suivants ont été examinés dans le rapport :

- i) Présidence et Vice-Présidence de l'Assemblée mondiale de la Santé
- ii) Présidence des Commissions principales de la Quarante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé
- iii) Membres habilités à désigner des personnes devant siéger au Conseil exécutif
- iv) Clôture de la Quarante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé
- v) Réunion informelle du Comité régional à Genève en 1990.

119. Le Comité régional a adopté à l'unanimité et sans amendement la Décision de procédure No 10.

CHANGEMENT DE DATE DES SESSIONS DE L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE  
(document AFR/RC39/12 Add.1)

Exposé introductif

120. En présentant ce point de l'ordre du jour, le Dr A. Tekle (Secrétariat) a fait observer que le document dont le Comité était saisi a été produit par le Bureau du Directeur général pour être examiné au cours des sessions de 1989 des Comités régionaux. Il est censé répondre aux préoccupations exprimées par le Conseil exécutif quant à l'introduction à l'Assemblée mondiale de la Santé de questions politiques sans lien direct avec l'action sanitaire internationale.

121. Dans le document, plusieurs options ont été proposées à l'examen du Comité :

- i) ne changer que les dates de l'Assemblée mondiale de la Santé;
- ii) changer les dates des sessions de l'Assemblée de la Santé et du Conseil exécutif;
- iii) changer les dates des réunions de tous les Organes directeurs;
- iv) changer les dates des réunions des Organes directeurs sauf ceux de l'Organisation panaméricaine de la Santé (PAHO).

Il a été précisé que, pour le moment, il n'était pas demandé au Comité régional de prendre une décision ou d'adopter une résolution, mais plutôt d'exprimer son point de vue sur les conséquences pratiques de la proposition décrite dans le document.

### Discussion

122. Dix-huit représentants des Etats Membres ont pris la parole et ont exprimé des points de vue sur le "changement de date des sessions de l'Assemblée mondiale de la Santé", que l'on peut résumer comme suit :

- i) On ne peut pas prévoir les questions politiques qui viendront en discussion ni le moment où elles seront discutées. Les questions politiques sont une donnée incontournable.
- ii) Puisque l'Assemblée mondiale de la Santé a lieu au mois de mai depuis plus de 40 ans, les Etats Membres de la Région, les institutions soeurs du système des Nations Unies, les organisations intergouvernementales, les organisations multilatérales et bilatérales, et les organisations non gouvernementales ont toujours prévu leurs activités en fonction des dates des réunions de l'Assemblée mondiale de la Santé. En conséquence, il est tout à fait indispensable de consulter ces différents organismes.
- iii) Les questions qui n'ont pas directement trait à l'Assemblée mondiale de la Santé telles que la question de la Palestine, ne viennent en discussion que de temps en temps et, lorsque ces questions viennent en discussion devant l'Assemblée mondiale de la Santé, les Etats Membres, spécialement ceux de la Région africaine, grâce à leur sagesse collective, se sont toujours arrangés pour les résoudre.
- iv) Tous les délégués qui ont pris la parole ont convenu que l'Assemblée mondiale de la Santé ne devrait pas accorder la prééminence aux questions qui n'ont pas directement trait à l'action sanitaire internationale, et ils ont décidé à l'unanimité de renvoyer ces questions à l'institution compétente des Nations Unies, aux organismes intergouvernementaux et aux secteurs appropriés du gouvernement. Les Ministres de la Santé n'ont pas compétence pour discuter des questions politiques de même que les Ministres

des Affaires étrangères n'ont pas compétence pour adopter des résolutions sur des questions liées à la santé sans avoir consulté au préalable le Ministre de la Santé.

- v) Certains délégués ont proposé d'emporter le document chez eux pour l'étudier plus en profondeur en vue de donner une réponse appropriée en temps utile.
- vi) La plupart des orateurs ont estimé que le changement de date proposé des sessions de l'Assemblée mondiale de la Santé, dans la mesure où elle coïnciderait avec la fin de l'année, pourrait gêner les importantes activités nationales auxquelles les hauts fonctionnaires sont tenus de prendre part.
- vii) Puisque les raisons du changement de date des sessions de l'Assemblée mondiale de la Santé n'ont pas été clairement données, l'objectif souhaité, notamment le changement de date des sessions, sera difficile à atteindre. Les représentants des Etats Membres ont proposé au Secrétariat de l'OMS d'étudier sérieusement les problèmes soulevés par les délégués des Etats Membres au cours de la présente session du Comité régional et de donner des raisons valables pour justifier le changement de date des sessions.
- viii) Le Directeur régional a remercié les orateurs et les délégués du Comité régional d'avoir exprimé leurs points de vue. Il leur a rappelé que les membres du Conseil exécutif ont le pouvoir constitutionnel de décider du changement des dates des sessions de l'Assemblée mondiale de la Santé. Il a informé le Comité régional que le Directeur général fera une synthèse de tous les rapports des Comités régionaux et la présentera au Conseil exécutif pour examen. Puisque quelques représentants désiraient connaître l'historique du problème, le Directeur régional a fait la genèse du problème. En conclusion, il a expliqué comment, de temps en temps, les problèmes qui influent sur l'Organisation sont soulevés d'abord à l'Assemblée mondiale de la Santé et au Conseil exécutif et sont ensuite renvoyés au Comité régional et vice-versa.

ix) Après avoir résumé avec soin les discussions, le Président a dit pour conclure que le consensus auquel étaient parvenus les délégués à la trente-neuvième session du Comité régional était qu'il n'était pas nécessaire de changer les dates de l'Assemblée mondiale car ces changements avaient un effet déstabilisateur sur les réunions nationales et internationales traditionnellement programmées. Le Comité, par conséquent, a prié le Directeur régional d'informer le Directeur général de son point de vue.

SUJET DES DISCUSSIONS TECHNIQUES DE LA QUARANTE-TROISIEME  
ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE : "LE ROLE DE LA RECHERCHE EN  
SANTE DANS LA STRATEGIE DE SPT/2000" (document AFR/RC39/13 Rév.1)

123. En présentant ce document à la trente-neuvième session du Comité régional, le Dr P. Chuke (Secrétariat) a informé les délégués, au nom du Directeur régional, que ce document avait été mis à jour et que la version révisée leur serait communiquée ultérieurement.

124. Le thème choisi pour les discussions techniques qui auront lieu lors de la Quarante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé en 1990 est "Le rôle de la recherche en santé dans la stratégie de SPT/2000". Normalement, avant les discussions techniques qui ont lieu pendant l'Assemblée de la Santé, le Secrétariat du Siège prépare un document de base en vue de discussions et de consultations au niveau mondial. Cette année, le document de base, qui est encore en préparation, traitera des politiques, des stratégies et de la gestion de la recherche ainsi que des problèmes scientifiques et techniques. Un schéma de ce document de base figure à l'Annexe 1 du document AFR/RC39/13 Rév.1.

125. Les délégués ont d'autre part été informés que, pour les discussions techniques qui auront lieu lors de l'Assemblée mondiale de la Santé en 1990, il est envisagé d'organiser quatre séances de travail, chacun des quatre sujets ci-après étant examinés par un groupe :

- i) Nutrition.
- ii) Recherche sur les systèmes de santé.
- iii) Renforcement du potentiel de recherche.
- iv) Progrès récents dans le domaine des sciences biomédicales et physiques et impact sur les soins de santé.



126. Ces sujets intéressent les programmes menés dans la Région africaine de l'OMS. Il a été rappelé en particulier aux délégués que les programmes prioritaires recensés par les Etats Membres eux-mêmes - santé maternelle et planification familiale (qualité de la population), eau, assainissement et habitat (gestion de l'environnement) et lutte contre les maladies y compris le SIDA (comportements liés à la santé) - nécessitent une recherche sur les systèmes de santé. En outre, ils sont étroitement liés à la nutrition. La nutrition sera le sujet examiné lors de la première séance de travail des discussions techniques de la Quarante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé, comme on l'a vu plus haut. Le débat aura donc une grande importance pour la Région africaine.

127. Afin de faciliter les préparatifs pour les délégués africains qui assisteront à l'Assemblée mondiale de la Santé en 1990, il a été joint au document le texte d'un discours sur la recherche en santé prononcé cette année par le Directeur régional à l'Institut de Recherche Noguchi à Accra (Ghana); ce texte qui dégage les grands principes de la recherche en santé dans la Région africaine fournira d'utiles lignes directives.

128. Enfin, il a été rappelé que le Comité régional avait lui-même choisi à titre indépendant "La recherche en santé publique" comme thème des discussions techniques qui auraient lieu lors du Comité régional de 1992. Les discussions auront pour axe "La recherche sur les systèmes de santé opérationnels" et mettront particulièrement l'accent sur la mise en oeuvre des programmes de santé prioritaires. On insistera sur la recherche axée vers des solutions concrètes et le recensement des problèmes qui se posent dans la prestation des soins. Cette recherche fera participer tous les niveaux du système de santé mais en particulier le district. Les discussions techniques qui auront lieu en 1990 lors de l'Assemblée mondiale de la Santé permettront aux pays de la Région africaine d'engager des expériences concrètes dont ils pourront ensuite partager lors des discussions techniques de 1992.

129. Le document AFR/RC39/13 Rév.1 a été accepté à l'unanimité sans autre commentaire.

## RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME (AFR/RC39/14)

130. Le rapport a été présenté par le Dr Bouffard A. Bella (Côte d'Ivoire), Président du Sous-Comité du Programme. Il a informé le Comité que le rapport de la réunion qui s'est tenue à Niamey le 4 septembre 1989 traitait de sept points qui figuraient à l'ordre du jour du Sous-Comité du Programme, à savoir :

- i) Troisième analyse annuelle de la situation : le rôle du niveau central en tant que soutien stratégique pour les SSP dans la Région africaine.
- ii) Rapport d'activité sur l'Initiative de Bamako.
- iii) Prix du Dr Comlan A. A. Quenum de Santé publique en Afrique.
- iv) Rapport des Réunions sous-régionales pour le Développement sanitaire.
- v) Rapport du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire.
- vi) Rapport sur l'utilisation optimale des ressources de l'OMS.
- vii) Fonds spécial de la Santé pour l'Afrique.

131. Il a ajouté que le Sous-Comité avait félicité le Secrétariat pour la qualité de la documentation soumise aux délégués et que le Sous-Comité s'était réuni le 8 septembre pour adopter son rapport. Le texte du rapport du Sous-Comité du Programme figure à l'Annexe 8.

Discussion

132. Les délégués n'ont fait de commentaires que sur l'Initiative de Bamako et sur le Fonds spécial de la Santé pour l'Afrique. Ils ont vivement approuvé l'Initiative de Bamako, et quelques-uns ont saisi cette occasion pour mettre à jour les informations contenues dans les brefs résumés sur la situation du pays (Sierra Leone) ou pour modifier ces résumés (Ghana, Tanzanie). Le délégué de la Tanzanie avait estimé que le mot "résistance" était peut-être trop fort. Le principe même de l'Initiative de Bamako se retrouvait dans la philosophie politique du pays et les communautés apportaient une contribution considérable au développement sanitaire sous forme de main-d'oeuvre.

133. Il est apparu qu'en tant que moyen pour financer et développer les SSP, l'Initiative de Bamako arrivait en temps opportun, notamment compte tenu des difficultés économiques que doivent affronter presque tous les pays de la Région africaine ainsi que de la baisse des revenus de l'Etat qui en résulte. Bonne note a été prise des succès enregistrés en Sierra Leone et au Bénin, deux pays qui auront réussi à couvrir tout leur territoire à la fin de l'année. On a aussi fait remarquer que lorsque l'aspect recouvrement de coûts de l'Initiative s'appliquait également aux autres niveaux des soins de santé - le district, la province et les centres hospitalo-universitaires - les communautés acceptaient mieux les activités et l'Initiative suscitait un plus grand enthousiasme.

134. Un délégué a rappelé au Comité régional que la vigilance était nécessaire pour éviter que l'Initiative de Bamako ne se transforme en un programme vertical. Il faut prendre l'Initiative de Bamako pour ce qu'elle est : un moyen de financement des SSP à tous les niveaux. Un autre délégué a estimé que le caractère décentralisé de l'Initiative de Bamako dans un système de soins de santé primaires décentralisé constituait la garantie nécessaire.

135. Les expériences faites dans divers pays avec les projets autosuffisants de recouvrement des coûts dans la communauté avant même l'adoption par le Comité régional en 1987 de la résolution sur l'Initiative de Bamako ont été évoquées par divers délégués. Ces expériences se limitaient à des communautés précises dans les pays, mais elles étaient essentiellement fondées sur le même principe que l'Initiative de Bamako, comme l'ont fait remarquer quelques délégués. Les contraintes rencontrées sont à peu près les mêmes. Le plus grand problème est celui de la gestion au niveau local. Parmi les problèmes de gestion, citons l'achat, l'entreposage et la distribution des médicaments, la pénurie de devises étrangères et la gestion financière. On a aussi mentionné les problèmes de comptabilité. Un délégué a déclaré que la comptabilité ne constituait généralement pas un problème dans la communauté car les gens se connaissent bien. C'est au niveau des institutions nationales que le problème se pose. Un délégué a estimé que le concept de propriété collective ou publique n'était pas bien compris au niveau local et qu'à ce niveau, l'administration financière des projets de recouvrement des coûts ne pouvait pas être décentralisée.

136. Il ne faut pas occulter le problème de la fluctuation des monnaies nationales et ses conséquences pour la quantité de médicaments qui peuvent être achetés par la suite pour remplacer ceux qui avaient été vendus. Parmi les autres problèmes, on peut citer le recensement par les communautés des nécessiteux qui n'ont pas les moyens d'acheter les médicaments.

137. Des visites dans les communautés dont les activités ont réussi ou échoué seraient très utiles pour mettre en place de nouveaux projets. En réalité, des visites d'échanges fondées sur la coopération technique entre pays en développement ont déjà eu lieu et continuent. A ce sujet, il faut mentionner le séminaire sur le financement communautaire et le recouvrement des coûts qui aura lieu du 25 au 30 septembre 1989 et sera financé par le Gouvernement de Sierra Leone et un groupe d'ONG. Le séminaire sera ouvert à toutes les parties intéressées.

138. Le Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique occidentale et centrale s'est félicité du rapport d'activité sur l'Initiative de Bamako (document AFR/RC39/8) qui contient des détails sur les progrès accomplis, les succès enregistrés, les contraintes et les perspectives d'avenir. A son avis, l'Initiative de Bamako constitue un processus dynamique, qu'il n'était pas vraiment nouveau puisque des projets similaires ont démarré dans beaucoup de nos communautés il y a bien des années. Il a souligné les trois niveaux de coopération OMS/UNICEF dans le cadre de l'Initiative de Bamako : pays - régions - Siège. Il ne doutait pas que l'on puisse trouver des crédits pour poursuivre les activités de l'Initiative de Bamako et a mentionné particulièrement le soutien actif des ONG sans lesquelles l'Initiative de Bamako ne pourrait pas réussir car celles-ci ont un rôle important à jouer dans la mobilisation des énergies à la base.

139. Enfin, le Directeur du Bureau régional de l'OMS/AFRO a résumé les discussions en analysant les interventions des délégués des Etats Membres. Il a souligné que la nécessité de l'Initiative de Bamako pour l'Afrique faisait l'unanimité absolue; c'était un message clair destiné à la communauté internationale et aux donateurs potentiels. L'Initiative de Bamako a donné une dimension d'équité aux SSP. Ce serait une erreur de la réduire à une simple technique commerciale de recouvrement des coûts. Faute de gérer leurs propres affaires, les communautés ne pourront atteindre l'autosuffisance.

140. L'Initiative de Bamako ne porte pas uniquement sur les médicaments. Les médicaments sont des produits que les gens sont toujours prêts à payer. Les difficultés économiques constituent un handicap à la mise en oeuvre des SSP.

141. Pour ce qui est du Fonds spécial de la Santé pour l'Afrique, quelques délégués ont demandé des explications supplémentaires, celles de savoir s'il ne se rapprochait pas de la composante "fonds de roulement" de l'Initiative de Bamako.

142. Le Directeur régional a expliqué que l'idée du Fonds spécial était encore en maturation et qu'il pourrait être créé par les pays à n'importe quel niveau. Un fois qu'il aura démarré, on pourra mettre en place toutes les structures nécessaires à sa croissance. En ce qui concerne la relation avec l'Initiative de Bamako, le Directeur régional a assuré les membres du Comité que le Fonds spécial interviendrait dans le domaine où les communautés ont le plus besoin d'aide, c'est-à-dire pour la gestion des problèmes liés au manque de devises, compte tenu des problèmes économiques auxquels doivent faire face la plupart des pays de la Région.

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

#### DESIGNATION DU DIRECTEUR REGIONAL

144. Réuni à huis clos le 7 septembre 1989, le Comité régional, conformément à l'Article 52 de la Constitution de l'OMS et à l'Article 52 de son Règlement intérieur, a désigné le Dr Gottlieb Lobe Monekosso comme Directeur régional pour l'Afrique.

145. Le Comité a prié le Directeur général de l'OMS de proposer au Conseil exécutif la nomination du Dr Monekosso pour une nouvelle période de cinq ans à compter du 1er février 1990.

#### EXAMEN DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE SIDA (document AFR/RC39/5)

##### Exposé introductif

146. Ce point de l'ordre du jour a été présenté par le Dr E. G. Beausoleil (Secrétariat). Celui-ci a fait savoir que par la résolution AFR/RC37/R5 adoptée au cours de sa trente-septième session, le Comité régional a approuvé la stratégie mondiale de prévention et de lutte contre le SIDA et a prié le Directeur régional de faire rapport régulièrement au Comité régional sur cette question.

147. Le document AFR/RC39/5 passe en revue la situation épidémiologique dans la Région et décrit l'état de mise en oeuvre de la résolution AFR/RC38/R9 qui a été adoptée par le Comité régional à sa trente-huitième session en 1988.

148. Les paragraphes 1 à 12 passent en revue la situation épidémiologique. Ils résument le nombre total cumulé de cas de SIDA notifiés à l'OMS à la date du 31 décembre 1988. Des chiffres plus récents sont disponibles ainsi qu'une illustration de la tendance enregistrée dans le nombre de cas de SIDA notifiés annuellement entre 1979 et février 1989. Il y avait aussi un résumé du nombre total cumulé de cas de SIDA notifiés à compter de février 1989.

149. On peut résumer comme suit la situation d'ensemble :

- i) Le nombre de cas de SIDA continue de s'accroître rapidement. Une des raisons réside dans l'accroissement du nombre de pays notifiant les cas de SIDA. Une autre raison trouve son origine dans un accroissement réel du nombre de cas : toutefois, les chiffres ne sont pas le reflet exact de la situation à cause d'une mauvaise reconnaissance d'un nombre considérable de cas, d'un système de notification qui connaît des insuffisances et à cause des retards enregistrés dans le système de notification, des faiblesses et des insuffisances des systèmes d'information sanitaire, de la surveillance et de l'observation de la maladie ainsi que du traitement de l'information.
- ii) Les zones les plus affectées sont l'Afrique centrale, l'Afrique australe et l'Afrique orientale.
- iii) Il est prévu que le nombre de cas continuera de s'accroître jusqu'à la fin des années 1990 à cause d'un groupe déjà existant de personnes qui sont infectées à VIH et qui ne seront pas touchées par les mesures actuelles d'intervention.

150. Les paragraphes 13 à 32 résument les modes de transmission et les tendances épidémiologiques du SIDA.

151. A ce jour, il n'y a que trois modes de transmission qui sont bien prouvées, à savoir :

- la transmission par voie sexuelle;
- l'exposition au sang, et
- la transmission de la mère infectée à son bébé.

152. Dans la Région africaine, la transmission est essentiellement hétéro-sexuelle et, pour cette raison, il y a un certain nombre de transmission de la mère à l'enfant. Il y a certainement aussi une transmission qui a lieu par l'intermédiaire de la transfusion sanguine ou par sang infecté. Il n'y a aucune information sur la transmission résultant de l'usage d'instruments perçant la peau et qui ne sont pas stérilisés, spécialement l'instrument utilisé par les guérisseurs traditionnels. On estime que ce risque est faible, mais cette pratique revêt une si grande importance pour la santé publique qu'il est important de prendre des mesures de lutte. Les illustrations du rapport montrent la distribution typique des cas par âge et par sexe. Le groupe d'âge de 5 à 14 ans est relativement peu affecté. Environ 66 % des cas de SIDA se trouvent dans le groupe d'âge de 15 à 49 ans et il y a un rapport approximatif homme/femme de 1 pour 1. Ces caractéristiques de la maladie qui sont décrites comme de type épidémiologique 1, spécifique à l'Afrique au sud du Sahara, sont vérifiées pour l'infection à VIH-1 qui constitue la principale cause de SIDA dans le monde entier.

153. Un nouveau virus connu comme VIH-2 a été découvert principalement en Afrique de l'Ouest et a fait l'objet d'une notification dans trois pays d'Afrique australe (Angola, Mozambique et Zimbabwe). Des études pour obtenir une meilleure compréhension de sa biologie, de son épidémiologie et de sa pathogénie, etc., sont en train d'être intensifiées avec le soutien de l'OMS. Dans l'état actuel des choses, on pense que ce virus est moins pathogène que VIH-1 et a une période de latence assez longue, qui peut aller jusqu'à 18 ans. Il est tout à fait nécessaire de confirmer cette opinion.

154. Les paragraphes 33 à 35 traitent brièvement de l'impact de l'infection à VIH et du SIDA en Afrique.

155. Il y a des difficultés pour faire des prévisions, spécialement des prévisions à long terme. Quelques estimations fondées sur les données de séro-prévalence disponibles en ce qui concerne VIH sont présentées dans cette section.

156. L'accroissement prévu du nombre de cas de SIDA, spécialement du SIDA pédiatrique, et de ses conséquences démographiques est brièvement décrit.

157. Les paragraphes 36 à 62 décrivent les activités régionales menées conformément à la résolution AFR/RC38/R9. Ces activités sont regroupées sous un certain nombre de catégories principales, comprenant :

- ateliers pour la formation des formateurs en vue de renforcer les capacités nationales dans un certain nombre de domaines;
- soutien financier à la participation des nationaux à des conférences internationales;
- désignation de centres collaborateurs de l'OMS en matière de SIDA;
- soutien aux Etats Membres pour organiser des réunions pour la mobilisation des ressources, pour la mise en oeuvre des programmes à moyen terme, pour la prévention et la lutte contre le SIDA;
- participation à l'examen des programmes nationaux.

Des informations supplémentaires et mises à jour sur les ateliers de formation et sur l'état du soutien apporté aux Etats Membres pour la formulation du plan à moyen terme, sur la mobilisation des ressources et sur l'examen du programme devront être préparées pour la fin du mois d'août 1989.



158. Les problèmes liés à la décentralisation du Programme mondial de lutte contre le SIDA du Siège et des programmes nationaux sont en train d'être étudiés.

159. Un important problème auquel on doit faire face lorsqu'on s'efforce de faire en sorte que la situation relative au SIDA et les progrès enregistrés dans la lutte contre le SIDA soient examinés de manière continue réside dans le fait que les Etats Membres ne notifient pas régulièrement les cas de SIDA au Directeur régional. Les Etats Membres sont donc priés de notifier régulièrement les cas de SIDA.

160. Les paragraphes 63 à 79 traitent des activités nationales regroupées dans les grandes catégories suivantes :

i) Formulation et mise en oeuvre de programmes nationaux de prévention et de lutte contre VIH/SIDA

A la date du 31 août 1989, la situation était la suivante :

- Visite initiale	44 pays
- Plan à court terme	44 pays
- Soutien immédiat	44 pays
- Plans à moyen terme (entièrement achevés)	41 pays
- Plans à court terme (en cours ou prévus)	3 pays
- Mobilisation des ressources	26 pays
- Examen du programme national	9 pays

ii) Développement des programmes de prévention et de lutte contre VIH/SIDA dans le cadre des SSP et des stratégies nationales de la santé pour tous

La plupart des programmes sont actuellement centralisés du fait de la nécessité de renforcer tout d'abord le niveau central. Il est évident, si on en juge par les programmes qui ont jusqu'à présent été examinés, qu'il faudra consentir encore beaucoup d'efforts pour renforcer les capacités nationales au niveau régional et du district pour leur permettre d'assurer les responsabilités nécessaires. Un atelier destiné aux directeurs de programmes nationaux prévu au début de 1990 traitera de cette importante question.

iii) Création et renforcement d'une coordination nécessaire pour un usage optimal des ressources nationales et extérieures

iv) Information du public et éducation pour la santé

Tous les pays sont très actifs dans ce domaine. Il est toutefois nécessaire de procéder à des études KABP et à améliorer la conception et le ciblage des messages ainsi que leur évaluation.

v) Surveillance épidémiologique de l'infection à VIH et du SIDA et notification à l'OMS

La tendance qui prévaut actuellement est de mettre en place un système de surveillance. Il y a toujours une sous-notification des cas et des retards dans le système de notification.

vi) Eviter des actes de discrimination contre les personnes infectées à VIH et contre les malades atteints du SIDA.

161. Les paragraphes 80 à 82 traitent de la Journée mondiale du SIDA.

162. Tous les Etats Membres ont organisé une grande variété d'activités pour célébrer la Journée mondiale du SIDA le 1er décembre 1988.

163. Cette journée a été partout couronnée de succès et on s'attend à ce que la Journée mondiale du SIDA en 1989 connaisse encore plus de succès, afin que le Bureau régional et les Bureaux des Représentants de l'OMS dans les pays jouent un rôle très actif.

164. Suite à la présentation du document, le Dr J. Mann, Directeur de GPA/HQ (Programme mondial de Lutte contre le SIDA) a été invité à s'adresser au Comité. Les points saillants de son intervention sont les suivants :

- i) la pandémie du VIH/SIDA reste un processus dynamique et instable;
- ii) il faut s'attendre à un accroissement spectaculaire du nombre des cas de SIDA dans les quelques années à venir;

- iii) il est très probable que la situation relative à l'infection à VIH/SIDA sera beaucoup plus grave dans les années 1990 que dans les années 1980;
- iv) sous la direction du Dr Monekosso, l'infection à VIH/SIDA a été reconnue comme une menace redoutable pour l'instauration de la santé pour tous;
- v) le défi que nous devons relever à présent c'est de mettre en place des programmes nationaux de lutte contre le SIDA qui soient viables et durables, intégrés dans les systèmes nationaux de santé et décentralisés au niveau du district;
- vi) il y a eu des progrès extraordinaires dans les programmes nationaux de lutte contre le SIDA en Afrique, bien que le défi qu'il faut relever dans les années à venir exige un effort, une orientation et un engagement constants.

#### Discussion

165. On a longuement débattu d'une proposition du délégué de la Zambie pour tenir une séance à huis clos afin de permettre un débat ouvert et franc sur la question et d'éviter toute possibilité de déformation de ces questions délicates.

166. Un certain nombre de délégués se sont opposés à cette proposition, défendue par quelques autres.

167. Finalement, à la suite d'une proposition du Directeur régional, le Comité est convenu de tenir une séance publique suivie d'une courte séance à huis clos.

168. Au total, 29 délégations sont intervenues dans le débat. De nombreux orateurs ont exposé les éléments essentiels de leurs programmes nationaux ainsi que leurs principales réalisations, difficultés et préoccupations.

169. A l'actif, on peut citer l'engagement politique, l'extrême sensibilisation du public et la mise en place de réseaux de centres d'analyse de sang pour éviter ou réduire la transmission de l'infection à VIH par transfusion de sang contaminé.

170. Les principales difficultés et préoccupations peuvent être réparties dans les grandes catégories suivantes :

- i) Prise en charge clinique, conseils et soutien social des sujets infectés par le VIH et des sidéens dont le nombre augmentera fatalement au cours des années 1990. On a également mentionné les coûts du traitement, qui sont actuellement prohibitifs, et la nécessité de prendre des mesures pour les réduire. A ce sujet, on a expliqué que le soutien communautaire sera la solution et l'on a cité les programmes de ce type menés en Ouganda et en Zambie.
- ii) Décentralisation des activités de lutte contre le SIDA aux niveaux de la province et du district. Le Secrétariat était en faveur de cette démarche et il a décrit le processus d'intégration des programmes nationaux de lutte contre le SIDA dans les services généraux de santé, les soins de santé primaires et les stratégies de la santé pour tous. Les rôles primordiaux de GPA/Siège et du Bureau régional dans le soutien fourni aux programmes nationaux ont été exposés. A cet égard, on a souligné la possibilité de se servir du SIDA comme point de départ pour le renforcement des systèmes de santé nationaux et des soins de santé primaires.
- iii) Plusieurs orateurs ont souligné la nécessité de promouvoir et d'accélérer la recherche, notamment la recherche fondamentale, dans la Région. On a également fait allusion aux activités de recherche qui sont menées à l'insu des comités nationaux anti-SIDA et sans leur approbation. A cet sujet, le Secrétariat a exposé le programme GPA/AFRO pour le renforcement des potentiels de recherche nationaux en insistant sur la nécessité de mécanismes efficaces pour analyser la pertinence et la coordination de toutes les propositions de recherche. Pour ce qui est de la technologie appropriée et de la mise au point d'épreuves de diagnostic et de dépistage rapides, simples et d'un coût abordable, on a rendu compte de l'évaluation en cours sur le terrain de kits de diagnostic rapides et simples dans cinq pays de la Région.
- iv) Le Comité a pris note de la nécessité d'une certaine pondération dans la répartition des ressources afin d'éviter de privilégier les problèmes posés par le SIDA au détriment de maladies endémiques telles que le paludisme et d'autres problèmes de santé.

- v) Plusieurs délégués ont insisté sur la nécessité de renforcer les moyens et la capacité du Bureau régional afin d'assurer un soutien plus actif aux programmes nationaux.
- vi) Un délégué a estimé nécessaire d'entreprendre des recherches qui déboucheront sur une meilleure compréhension des schémas de transmission du VIH dans la Région, et particulièrement d'étudier le rôle éventuel de la scarification traditionnelle et d'autres pratiques effractives.
- vii) Le Secrétariat a pris note des problèmes tenant au retard dans la mise à disposition des fonds et l'achat du matériel et des fournitures. Il a également pris note des doléances concernant l'état dans lequel le matériel arrive quelquefois et a décidé de prendre des mesures appropriées pour remédier à cette situation.
- viii) Plusieurs délégations ont estimé que le Tableau 3 du document ne leur semblait pas à jour. Il leur a été précisé que ce document avait dû être préparé en mars 1989 pour pouvoir être prêt pour le Comité régional. Les informations sont donc celles dont on disposait au 28 février 1989. A l'avenir, des informations à jour seront fournies aux délégations au début du Comité régional.

171. Le Secrétariat a pris note du problème suscité par certaines publications qui donnent des conceptions erronnées concernant l'épidémie de VIH et de SIDA, expliquant que des mesures étaient actuellement prises pour tenir les pays membres dûment informés.

172. En conclusion, le Directeur régional a remercié les délégués de leurs observations et suggestions.

173. Il a dit avoir pris note des désirs et souhaits du Comité sur les questions suivantes :

- i) la détermination des dirigeants sanitaires africains de relever le défi du SIDA, notamment pour soutenir les soins de santé primaires;

- ii) le renforcement des moyens et de la capacité du Bureau régional de fournir un soutien suffisant aux pays membres en matière de planification, d'exécution et d'évaluation;
- iii) la nécessité de promouvoir et d'accélérer les recherches afin de mettre au point des stratégies et des approches novatrices plus efficaces pour la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique;
- iv) l'acceptation de la lutte contre le SIDA, conçue non comme un monopole du secteur sanitaire mais comme un problème exigeant une collaboration plurisectorielle;
- v) la nécessité d'une décentralisation et d'une restructuration des programmes nationaux de lutte contre le SIDA;
- vi) la nécessité de mobiliser des ressources nationales à tous les niveaux dans un esprit d'auto-responsabilité.

174. Enfin, le Directeur régional a assuré le Comité qu'il prendrait rapidement des mesures pour faire en sorte que le Bureau régional joue un rôle actif et efficace en matière de soutien aux programmes nationaux.

#### CHOIX DU SUJET DES DISCUSSIONS TECHNIQUES EN 1990 (document AFR/RC39/20)

175. Le Comité a choisi pour les discussions techniques de sa quarantième session le thème suivant : Gestion des systèmes de santé (Décision de procédure No 4).

#### DESIGNATION DU PRESIDENT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES EN 1990 (document AFR/RC39/19)

176. Le Comité a désigné M. Martial Mboumba (Gabon) comme Président des discussions techniques qui auront lieu à la quarantième session du Comité régional (Décision de procédure No 5).

DATES ET LIEUX DES QUARANTIEME ET QUARANTE ET UNIEME SESSIONS  
DU COMITE REGIONAL (document AFR/RC39/21)

177. Le Dr A. Tekle (Secrétariat), au nom du Directeur régional, a présenté le document AFR/RC39/21 qui invitait le Comité régional à confirmer sa décision de tenir sa quarantième session à Brazzaville.

178. Conformément à la résolution AFR/RC35/R10, par laquelle il a été décidé de tenir une fois sur deux les sessions du Comité au Bureau régional à Brazzaville, le Comité a été invité à confirmer que sa quarante et unième session se tiendrait à Bujumbura, Burundi.

179. D'autres invitations ont été sollicitées pour la tenue du Comité régional mais les Etats Membres ont été priés de tenir compte des dépenses supplémentaires que représente la tenue des réunions du Comité régional loin du Bureau régional. Les Etats Membres ont été invités à respecter leurs engagements lorsqu'ils proposaient d'accueillir les sessions du Comité régional.

180. La délégation du Burundi a reconfirmé sa décision d'être l'hôte de la quarante et unième session du Comité régional. Le Comité régional a confirmé sa décision de tenir sa quarantième session à Brazzaville, du 5 au 12 septembre 1990.

181. Le Tchad a maintenu son invitation d'accueillir la quarante-troisième session du Comité régional, le Souaziland et le Botswana se sont également offerts d'accueillir les futures sessions dont les dates seront décidées conformément à la résolution AFR/RC35/R10.

COMPOSITION DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME POUR 1989-1990

182. Le Président a annoncé que les 12 membres suivants constitueront le Sous-Comité du Programme pour 1989-1990 : Kenya, Lesotho, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigéria, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal et Seychelles.

RESUME DES CONCLUSIONS

183. La trente-neuvième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique s'est tenue à Niamey (Niger) du 6 au 13 septembre 1989. Lors de la cérémonie d'ouverture, des déclarations ont été faites par M. G. Kotiga, Premier

Vice-Président de la trente-huitième session du Comité régional et Ministre de la Santé de la République du Tchad, par le Dr Hiroshi Nakajima, Directeur général de l'OMS, par le Dr G. L. Monekosso, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, par Son Excellence M. Moutari Moussa, Président du Conseil national de Développement et Membre du Bureau exécutif national de la République du Niger, et par le Dr Nafis Sadik, Directeur exécutif du Fonds des Nations Unies pour la Population.

184. Au nom du Comité régional, M. Kotiga a exprimé sa profonde gratitude au peuple et au Gouvernement de la République du Niger pour leur hospitalité.

185. Le Directeur général s'est particulièrement employé à appeler l'attention de la communauté des donateurs sur les besoins vitaux de la Région africaine en matière de développement sanitaire, insistant spécialement sur les pays victimes de catastrophes naturelles et de conflits armés.

186. Le Directeur régional a évoqué certains des résultats obtenus grâce à la stratégie triennale de développement sanitaire adoptée par le Comité régional en 1985.

187. Monsieur Moutari Moussa a lancé un appel tout particulier en faveur d'une plus grande justice sociale, du respect de la dignité humaine et de la paix - autant de facteurs qui contribueront à l'instauration de la santé pour tous.

188. Le Dr Nafis Sadik a appelé l'attention des Etats Membres sur l'importance de la maternité sans risque et a réaffirmé la volonté du FNUAP d'oeuvrer en faveur d'une amélioration de la situation sanitaire dans la Région africaine.

189. Sous la présidence du Lieutenant-Colonel Ousmane Gazéré, Ministre de la Santé du Niger, le Comité a examiné plus de dix points qui étaient inscrits à son ordre du jour et a analysé plusieurs documents importants, dont le rapport biennal du Directeur régional sur l'activité de l'OMS dans la Région africaine en 1987-1988. Les délégués des Etats Membres se sont dit entièrement satisfaits des résultats obtenus par le Directeur régional au cours de la période considérée. Ils ont insisté sur l'importance capitale du développement des ressources humaines et exprimé leurs remerciements pour les contributions des organismes donateurs bilatéraux et multilatéraux aux



programmes menés par le Bureau régional de l'Afrique. Le Comité s'est dit d'autre part préoccupé par certains facteurs de l'économie internationale, comme le fardeau de la dette, qui freinent le développement dans la Région africaine. Il a déploré la poursuite des conflits armés dans certains pays, tout comme le déversement dans la Région de médicaments frelatés, de déchets industriels toxiques et de produits alimentaires périmés ou contaminés.

190. Le Comité régional a adopté une stratégie régionale pour l'élimination du tétanos néonatal d'ici à 1995 et l'éradication de la poliomyélite dans la Région africaine d'ici la fin de ce siècle. Il a d'autre part entériné les propositions du Bureau régional visant à améliorer la situation nutritionnelle dans la Région et à mettre en oeuvre, dans les meilleures conditions possibles, la politique régionale de bourses d'études.

191. Le Comité régional a désigné le Dr Gottlieb Lobe Monekosso comme Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique et a demandé qu'il soit nommé par le Conseil exécutif pour une nouvelle période de cinq ans à compter du 1er février 1990.

192. Le Comité a adopté le rapport de son Sous-Comité du Programme et désigné un Président pour les discussions techniques qui auront lieu à sa quarantième session en 1990.

#### CLOTURE DE LA SESSION

193. Les travaux de la trente-neuvième session du Comité régional se sont terminés par une motion de remerciements au Gouvernement et à la population du Niger pour l'hospitalité dont ils ont fait preuve vis-à-vis des délégations lors de leur séjour à Niamey. Cette motion a été proposée par le Dr Mary Grant, chef de la délégation ghanéenne, au nom des tous les délégués. Dans une brève allocution, elle a demandé à la Région africaine de serrer les rangs afin de relever les défis de demain avec détermination et confiance. Se tournant vers le Directeur régional, elle l'a invité à poursuivre la voie qu'il s'est si bien tracée, en l'assurant de l'appui sans faille de la Région tout entière.

194. Pour conclure, le Directeur régional a remercié de nouveau les délégués de lui avoir témoigné une fois de plus leur confiance en le réalisant. Après avoir déclaré qu'il leur montrerait qu'il méritait leur confiance, il a

remercié le Président, le Lieutenant-Colonel Ousmane Gazéré, Médecin, Ministre de la Santé du Niger, pour le brio, la compétence et la rigueur dont il avait fait preuve en présidant les délibérations. Se référant à la motion proposée par le distingué chef de la délégation ghanéenne au nom de tous les délégués, le Directeur régional les a invités tous à se joindre à lui pour mettre en oeuvre toutes les résolutions adoptées par le Comité si l'on ne voulait pas que ces résolutions demeurent lettres mortes.

195. Dans son allocution de clôture, le Président de la trente-neuvième session du Comité régional, le Lieutenant-Colonel Ousmane Gazéré, a remercié les délégués d'avoir accepté de tenir leur réunion à Niamey. Il a déclaré que le Président Ali Saïbou et le Gouvernement et la population du Niger avaient été très honorés par cette acceptation et il avait saisi cette occasion pour montrer aux délégués comment on vivait et où on vivait au Niger. Il a remercié chaleureusement les délégués de l'esprit de coopération dont ils avaient fait preuve au cours des travaux du Comité, et il a remercié aussi les citoyens du Niger de leur dévouement et de la participation à l'organisation de la réunion, au Secrétariat du Bureau régional et au personnel des services linguistiques pour leurs efforts et leur appui sans réserve qui avaient contribué au succès de la trente-neuvième session du Comité régional.



## **ANNEXES**



## ORDRE DU JOUR

1. Ouverture de la trente-neuvième session (document AFR/RC39/1)
2. Adoption de l'ordre du jour provisoire (document AFR/RC39/2)
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 (document AFR/RC39/3)
  - 6.2 Examen du programme de lutte contre le SIDA (document AFR/RC39/5)
  - 6.3 Examen des stratégies d'évaluation de la poliomyélite et du tétanos néo-natal (document AFR/RC39/6)
  - 6.4 Examen du programme de nutrition et établissement des priorités (document AFR/RC39/7)
  - 6.5 Examen des politiques de bourses dans la Région africaine (document AFR/RC39/9)
7. Nomination du Directeur régional (Article 52 du Règlement intérieur)
8. Corrélations entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé
  - 8.1 Rapport du Directeur régional sur les modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif (document AFR/RC39/10)
  - 8.2 Incidences régionales des ordres du jour de la quatre-vingt-cinquième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé (documents AFR/RC39/11 et AFR/RC39/11 Corr.1)
  - 8.3(a) Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC39/12)
  - 8.3(b) Changement de date des sessions de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC39/12 Add.1)
  - 8.4 Discussions techniques à la Quarante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC39/13)
9. Rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC39/14)
  - 9.1 Rapport sur le Prix Comlan A. A. Quenum (document AFR/RC39/15)
  - 9.2 Rapport des Réunions sous-régionales pour le Développement sanitaire (document AFR/RC39/16)

- 9.3 Rapport du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS) (document AFR/RC39/17)
- 9.4 Utilisation optimale des ressources de l'OMS (document AFR/RC39/23)
- 9.5 Fonds spécial de la Santé pour l'Afrique (documents AFR/RC39/32, AFR/RC39/32 Add.1 et AFR/RC39/32 Add.2)
- 9.6 Troisième rapport annuel (analyse de la situation) des progrès réalisés dans le soutien stratégique aux SSP (niveau central) (document AFR/RC39/4 Rév.1)
- 9.7 Rapport d'activité de l'Initiative de Bamako (document AFR/RC39/8)
10. Discussions techniques (document AFR/RC39/TD/1)
  - 10.1 Présentation du rapport des discussions techniques : "Appui stratégique aux soins de santé primaires (niveau central)" (document AFR/RC39/18)
  - 10.2 Désignation du Président et du Président suppléant des discussions techniques pour 1990 (document AFR/RC39/19)
  - 10.3 Choix du sujet des discussions techniques pour 1990 (document AFR/RC39/20)
11. Dates et lieux des quarantième et quarante et unième sessions du Comité régional pour 1990 et 1991 (document AFR/RC39/21)
12. Adoption du rapport du Comité régional (document AFR/RC39/22)
13. Clôture de la trente-neuvième 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

Prof. Driss Mammeri  
Conseiller au Ministère de la Santé publique  
chargé des Relations avec l'OMS  
Chef de délégation

Prof. El Hadi Benzerroug  
Chef de Division - Institut national de Santé publique

M. Abdelkader Mesdoua  
Chargé d'Affaires a.i. près Ambassade d'Algérie au Niger

ANGOLA

Dr Flavio Fernandes  
Ministro da Saúde  
Chefe da delegação

Dr Adelino Jorge Manaças  
Chefe do Departamento Nacional de Distribuição de Medicamentos

Dr. E. Diavita  
Coordenador do Programa Nacional de Reabilitação Física

Dr Sergio Braz  
Delegado Municipal de Saúde  
de Calulo-Kwanza-Sul

Sra Ana Maria Carreira  
Jusrista Conselheira na Embaixada de Angola no Congo

Sra Maria do Carmo Canzamba da Cruz  
Parteira



BENIN  
BENIM

M. Ousmane Batoko  
Ministre de l'Information et des Communications,  
assurant l'intérim du Ministre de la Santé publique  
Chef de délégation

Dr A. Bocco Sinatoko  
Directeur des Etudes et de la Planification  
Ministère de la Santé publique

M. C. Timanty  
Chargé d'Affaires du Bénin au Niger

BOTSWANA  
BOTSUANA

Dr. Edward T. Maganu  
Director of Health Services/Deputy Permanent Secretary  
Leader of Delegation

Mr Bergsman Kagiso Sentle  
Ministry of Local Government and Lands

BURKINA FASO  
BURQUINA FASO

Dr Nanti M. Hien  
Secrétaire général - Ministère de la Santé et de l'Action sociale  
Chef de délégation

M. D. Keylem  
Chef du Service Etudes et Planification

Dr Youssouf Sangare  
Directeur provincial de la Santé et de l'Action sociale  
du Moun-houn à Dédougou

## BURUNDI

Dr N. Ngendabanyikwa  
Ministre de la Santé publique  
Chef de délégation

Dr E. Maregeya  
Directeur général de la Santé publique

CAMEROON  
CAMEROUN  
CAMAROES

Pr. J. Mbede  
Ministre de la Santé publique  
Chef de délégation

Dr E. Temgoua Saounde  
Conseiller technique au Ministère de la Santé publique

Dr R. Owona Essomba  
Directeur de la Médecine préventive et rurale

M. P. Delon Mougoutou  
Chef de Service adjoint des Emissions éducatives  
Radio-Télévision (CRTV)

CAPE VERDE  
CAP-VERT  
CABO VERDE

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

Dr A. P. da Costa Delgado  
Director-Geral da Saúde

Dr L. S. Nobre Leite  
Delegado da Saúde pública

CENTRAL AFRICAN REPUBLIC  
REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE  
REPUBLICA CENTRAFRICANA

Dr J. Limbassa  
Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales  
Chef de délégation

Dr F. Sobela  
Directeur général de la Santé publique

CHAD  
TCHAD  
CHADE

M. G. Kotiga  
Ministre de la Santé publique

Dr Matchook-Mahouri Yangalbe Paboung  
Directeur général du Ministère de la Santé publique

Dr Hassan Mahamat Hassan  
Directeur des Soins de Santé Primaires

COMOROS  
COMORES

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

M. Riziki Abdourrahmani  
Chargé de Mission au Ministère de la Santé

## CONGO

Dr Ossebi Douniam  
Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales

Dr A. Gando  
Directeur général de la Santé

## COTE D'IVOIRE

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

Dr bouffard A. Bella  
Directeur des Relations régionales et internationales

Dr A. Yangni-Angaté  
Professeur à la Faculté d'Abidjan

EQUATORIAL GUINEA  
GUINEE EQUATORIALE  
GUINE EQUATORIAL

Dr A. Masoko Bengono  
Ministro de Sanidad  
Jefe de Delegacion

Dr V. Sima Oyana  
Director General, Ministério de Sanidad

ETHIOPIA  
ETHIOPIE  
ETIOPIA

Mr Bona Hora  
Head, Health Services Department  
Leader of delegation

Mr Maddis Teklemedhin  
Senior Expert in Planning & Programming Department  
Ministry of Health

GABON  
GABAO

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

M. M. Mboumba  
Haut-Comissaire auprès de la Santé  
publique et de la Population

M. B. Nang-Ekomiye  
Conseiller du Ministre de la Santé publique et de la Population

Dr L. Adandé Menest  
Inspecteur général de la Santé publique

M. J. B. Ngounango  
Attaché de Cabinet du Ministre de la Santé  
publique et de la Population

THE GAMBIA  
GAMBIE  
GAMBIA

Hon. Mrs Louise A. Njie  
Minister of Health, Environment, Labour and Social Welfare  
Head of delegation

Mr E. Manneh  
 Permanent Secretary, Ministry of Health, Environment,  
 Labour and Social Welfare

Dr Hatib A. B. Njie  
 Director of Medical Services

Dr. G. Melville Omorlabie  
 Deputy Director Medical Services

GHANA  
 GANA

Dr (Mrs) Mary S. Grant  
 PNDC Deputy Secretary for Health  
 Leader of delegation

Dr J. A. Adamafio  
 Deputy Director of Medical Services

GUINEA  
 GUINEE  
 GUINE

M. Mohamed Sylla  
 Secrétaire général du Ministère de la Santé publique  
 et de la Population  
 Chef de délégation

Prof. Hadiatou Sylla  
 Conseiller au Ministère de la Santé

Dr Mamadou Cissé  
 Chargé des Soins de Santé Primaires

GUINEA-BISSAU  
 GUINEE-BISSAU  
 GUINE-BISSAU

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

Dr C. M. Mendes Costa  
 Director, Centro de Medicina Tropical de Bissau

Sr A. D. Da Silva  
 Directora de Cuidados Hospitalares

Dr I. M. Garcia de Almeida  
 Nutricionista

KENYA  
QUENIA

Dr J. Otete  
Senior Deputy Director of Medical Services  
Leader of delegation

Mrs Jean W. Nyamu  
National Primary Health Care Coordinator

LESOTHO  
LESOTO

Hon. Dr. Strong T. Makenete  
Minister of Health  
Leader of Delegation

Mrs Nthuntsi T. Borothe  
Principal Secretary for Health

Mrs Limakatso J. Mosese  
Planning Officer - Ministry of Health

## LIBERIA

Hon. (Mrs) Martha K. Belleh  
Minister of Health  
Leader of delegation

Dr Moses K. Galakpai  
Deputy Chief Medical Officer for Preventive Services

Mr Eric D. Johnson  
Assistant Minister for Planning, Research and Development

Mrs L. Mapleh  
Manager, Primary Health Care

## MADAGASCAR

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

M. J. Randrianarivelo  
Inspecteur au Ministère de la Santé

MALAWI  
MALAUI

Dr Peter C. Chimimba  
Controller of Clinical Services

## MALI

Dr Abdoulaye Diallo  
Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales  
Chef de délégation

Dr Zakaria M. Maiga  
Conseiller technique au Ministère de la Santé publique  
et des Affaires sociales

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

MAURITANIA  
MAURITANIE

Dr Mohamed Salem Zein  
Conseiller technique du Ministre de la Santé  
Chef de délégation

M. Sada Anne  
Directeur du Projet de Santé rurale

MAURITIUS  
MAURICE  
MAURICIA

Hon. J. Goburdhun  
Minister of Health  
Leader of delegation

Mr B. Goordyal  
Permanent Secretary, Ministry of Health

MOZAMBIQUE  
MOCAMBIQUE

Dr L. Simão  
Ministro da Saúde  
Chefe da delegação

Sr Lucas Chomera Jeremias  
Director Nacional Adjunto da Saúde

## NIGER

Médecin Lieutenant-Colonel Ousmane Gazéré  
Ministre de la Santé  
Chef de délégation

Dr (Mme) Aïssata Diop Guimba  
Directrice de la Santé maternelle et infantile

Mme Ramatou Housseini  
Directrice des Affaires sociales

Mme Hadizatou Gado  
Directrice des Etudes et de la Programmation/MSP

Dr Hamadou Ousseini  
Directeur du Programme national de Lutte contre le SIDA

Dr Moussa Jataou Idi  
Directeur national du PEV

M. C. Karki Mahamane  
Directeur de la Formation et de l'Education pour la Santé

Dr Issoufou Idde  
Directeur départemental de la Santé de Tahoua

Dr Abdou Issa  
Médecin-Directeur du Centre hospitalier départemental de Dosso

Dr Amadou Sako  
Directeur de l'Hopital national de Niamey

Mme Ouassa Djataou  
Directrice du Centre national de Santé familiale

Dr Saidou Hangadoumbo  
Médecin-Chef de la Circonscription médicale de Gaya

M. Koda Kadri  
Chef de Division Hôpitaux  
Direction des Etablissements de Soins



Dr Boubacar Soumana  
Médecin

Mme Ibrahim Hadizatou  
Sage-femme, SMI de Dosso

M. Moussa Idi  
Chargé de l'Information et Documentation pour la Santé

#### NIGERIA

Dr Shima K. Gyoh  
Director-General, FMOH (Deputy Minister)  
Leader of delegation

Mr Oswald A. Shodeinde  
Chief Community Development Officer, FMOH

Dr Olusegun A. Oshin  
Senior Registrar

Mr Kuki J. Nuhu  
Embassy of Nigeria, Niamey

#### RWANDA RUANDA

Dr P. Ngendahayo  
Ministre de la Santé  
Chef de déléation

Dr J. B. Kanyamupira  
Directeur général de la Santé

Dr C. Sezibera  
Médecin-Directeur de la Région sanitaire de Gikongoro

#### SAO TOME & PRINCIPE SAO TOME E PRINCIPE

Dr A. Vaz d'Almeida  
Ministro da Saúde, Trabalho e Segurança social  
Chefe da delegação

Dr A. Soares Marques Lima  
Director do Hospital Dr Ayres de Menezes

Dra J. Nobre Ramos  
Assesora do Ministro da Saúde

## SENEGAL

Mme T. King  
Ministre de la Santé publique  
Chef de délégation

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

Dr Fode Diouf  
Directeur de la Recherche, de la Planification et de la Formation

## SEYCHELLES

Hon. Ralph Adam  
Minister of Health  
Leader of delegation

Mrs Medgee A. Pragassen  
Director-General - Primary Health Care Division

SIERRA LEONE  
SERRA LEOA

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

Mrs Meliora B. Davies  
Deputy Secretary

Dr Ibrahim I. I. Tejan Jalloh  
Deputy Chief Medical Officer

SWAZILAND  
SOUAZILAND  
SUAZILANDIA

Mr Chris M. Mkhonza  
Permanent Secretary  
Leader of Delegation

Dr Steven V. Shongwe  
Medical Officer

## TOGO

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

Dr Komla Siamevi  
Directeur général de la Santé

M. Bakaoul Assonam N'djalawe  
Attaché de Cabinet au Ministère de la Santé publique

UNITED REPUBLIC OF TANTANIA  
REPUBLIQUE UNIE DE TANZANIE  
REPUBLICA UNIDA DA TANZANIA

Mrs Zahra M. Nuru  
Principal Secretary, Ministry of Health  
Leader of delegation

Mr Ali Haji Makame  
Principal Secretary, Ministry of Health - Zanzibar

Dr Uledi Mwita Kisumku  
Director of Preventive Health Services - Zanzibar

Dr Ali A. Mzige  
Senior Medical Officer - MCH/Family Planning

UGANDA  
OUGANDA

Dr Lt. Col. Ronald Batta  
Minister of State for Health  
Leader of delegation

Dr Joseph H. Kyabaggu  
Acting Director of Medical Services

## ZAIRE

Prof. Dibandala Ngandu-Kabeya  
Commissaire d'Etat à la Santé  
Chef de délégation

M. Kazumba Mabika-Ngandu  
Coordonnateur du Bureau d'Etudes du Cabinet du Commissaire d'Etat

Dr Ganga Munama Bazunga  
Conseiller médical au Département de la Santé publique

Dr Sambe Guale  
Directeur du Projet des Soins de Santé Primaires en Milieu rural

Dr Kalula Kalambay  
Représentant du Département de la Santé au SANRU

Dr Aundu Liambi  
Médecin-Directeur a.i. du BCC/SIDA

ZAMBIA  
ZAMBIE

Hon. (Mrs) A. Kabola Mwininyilamba Nyikossa  
Minister of Health  
Leader of delegation

Dr S. Lubasi Nyaywa  
Deputy Director of Medical Services (PHC)

Mrs R. Mundia Lichilana  
Senior Nursing Officer  
The General Hospital, Livingstone

ZIMBABWE  
ZIMBABUE

Dr Swithun T. Mombeshora  
Deputy Minister for Health  
Leader of delegation

Dr Goldfrey G. Sikipa  
Principal Medical Director

2. 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

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

Dr R. Mgijima  
 Secretary for Health  
 P.O. Box 31791  
Lusaka  
 Zambia

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

Mr R. Johnson  
 Chief Representative for West Africa  
 PAC of Azania  
 B.P. 1159  
Conakry  
 Guinée

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

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

Dr Mary Racelis  
 Regional Director, UNICEF Eastern and Southern African Region  
 P.O. Box 44145  
Nairobi  
 Kenya

M. S. Adotevi  
 Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre  
 B.P. 443  
Abidjan 04  
 Côte d'Ivoire

Mme Zerfinesh K. Bendow  
 Représentant UNICEF  
 B.P. 12481  
Niamey  
 Niger

M. Christian F. Voumard  
Conseiller régional pour les Soins de Santé primaires  
Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre  
B.P. 443  
Abidjan 04  
Côte d'Ivoire

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

United Nations Fund for Population (UNFPA)  
Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP)  
Fundos das Nações Unidas para População (FNUAP)

Dr Nafis Sadik  
Executive Director of UNFPA  
220 East 42nd Street  
New York, N.Y.10017  
USA

Mr Jan M. J. Fransen  
UNFPA Country Director (Congo/Gabon)  
UNFPA Liaison Officer, WHO/AFRO

World Bank  
Banque mondiale  
Banco Mundial

Dr Jean-Louis Lambory  
Senior Public Health Specialist, AFTPN  
1818 H. Str.NW  
Washington 20433  
USA

World Meteorological Organization (WHO)  
Organisation météorologique mondiale (OMM)  
Organização Meteorológica Mundial (OMM)

M. Mohamed Boulama  
Représentant Permanent du Niger auprès de l'OMM  
Météorologie nationale  
B.P. 218  
Niamey  
Niger

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

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

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

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)

Dr D. Kouka-Bemba  
 Secrétaire général de l'OCEAC  
 B.P. 228  
Yaoundé  
 Cameroun

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

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

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

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

Inter-African Committee on Traditional Practices (IAC)  
Comité inter-Africain pour les Pratiques traditionnelles

Mr B. Ros-Work  
President of the Inter-African Committee on Traditional Practices  
c/o ECA  
Addis Ababa  
Ethiopia

Mme Coulibaly Bintou Fofana  
Présidente du Comité malien pour les Pratiques traditionnelles  
Membre du Bureau exécutif national de l'Union nationale  
des Femmes du Mali  
B.P. 1740  
Bamako  
Mali

5. REPRESENTATIVES OF NONGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS  
REPRESENTANTS DES ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES  
REPRESENTANTES DAS ORGANIZACOES NAO-GOVERNAMENTAIS

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

Dr J. Andoh  
Pédiatre, CHU de Treichville  
14 B.P. 442  
Abidjan 14  
Côte d'Ivoire

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

M. C. Pintaud  
11, bis Rue César Franck  
75015 Paris  
France



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

Prof. K. Mukelabai  
 Dean, Faculty of Medicine  
 University of Zambia  
 P.O. Box 50110  
Lusaka  
 Zambia

6. OBSERVERS  
 OBSERVATEURS  
 OBSERVADORES

Africa Health Journal

Mr P. I. Chincock  
 Deputy Editor, "African Health"  
 57-59 Whitechapel Rd  
London E1 104  
 England

Ecole inter-Etats d'Ingénieurs de l'Equipement rural (EIER)

M. S. E. Lassou Gouara  
 Ministre de l'Agriculture du Tchad  
 Président en exercice du Conseil d'Administration de l'EIER/ETSHER

M. D. M'pé Daou  
 Chef du Département de Génie sanitaire à l'EIER  
 03 B.P. 7023  
Ouagadougou  
 Burkina Faso

M. Amadou Hama Maiga  
 Professeur à l'EIER  
 03 B.P. 7023  
Ouagadougou  
 Burkina Faso

M. Bega Ouedraogo  
 Enseignant (Chef de Travaux) - ETSHER  
 01 B.P. 594  
Ouagadougou  
 Burkina Faso

ALLOCUTION DE MONSIEUR G. KOTIGA,  
MINISTRE DE LA SANTE DU TCHAD,  
PREMIER VICE-PRESIDENT DE LA TRENTE-HUITIEME SESSION  
DU COMITE REGIONAL

Monsieur le Président du Conseil national de Développement,  
Mesdames et Messieurs les Membres du Conseil supérieur d'Orientation nationale,  
Monsieur le Directeur général,  
Monsieur le Directeur régional,  
Mesdames et Messieurs les Ministres,  
Messieurs les Membres du Corps diplomatique,  
Messieurs les représentants des institutions du système des Nations Unies,  
Honorables délégués,  
Mesdames et Messieurs,

Il me revient, en ma qualité de Premier Vice-Président de la trente-huitième session du Comité régional, la redoutable honneur de m'adresser à vous en cette séance solennelle d'ouverture.

Permettez-moi tout d'abord d'exprimer la joie profonde que je ressens de me retrouver dans la belle cité de Niamey si enracinée dans la tradition africaine et si ouverte à la modernité et au progrès.

Niamey, où chacun d'entre nous a pu prendre la mesure de l'hospitalité légendaire du peuple nigérien, de la richesse de sa culture et de la noblesse de ses traditions.

Monsieur le Président,

Votre présence à cette séance d'ouverture constitue pour la trente-neuvième session du Comité régional à la fois un encouragement et une garantie.

Un encouragement à faire en sorte que la présente session marque une étape importante dans l'action collective que nous menons pour relever les défis du développement sanitaire dans les conditions difficiles auxquelles sont confrontés les pays de la Région.

Un encouragement, disons-nous, mais aussi une garantie que nos travaux seront caractérisés par l'efficacité, l'échange amical des idées et des expériences, en un mot qu'ils seront empreints de l'esprit d'unité et de fraternité africaines que vous avez toujours prôné et dont votre pays, Monsieur le Président, a toujours donné l'exemple.

Franchir une étape nouvelle dans notre action collective dans un esprit d'unité et de fraternité, comment ne pas le souhaiter, face aux défis majeurs que les Etats de la Région se doivent de relever afin que nos peuples puissent, à l'aube du vingt et unième siècle, mener une vie socialement et économiquement productive.

Il n'y a qu'à observer les chiffres encore élevés, trop élevés hélas, de la mortalité maternelle et infantile, le faible niveau d'approvisionnement en eau potable, les conditions d'hygiène, souvent déplorables, de larges couches de nos populations, les maladies anciennes et les nouvelles épidémies qui s'aggravent ou s'étendent, pour prendre les mesures du chemin à parcourir, des efforts à déployer.

Face à de tels défis, nos Etats, notre Organisation et notre Bureau régional, en collaboration avec les partenaires du développement sanitaire, loin de céder à la passivité et au découragement, ont déployé des efforts soutenus et, dans certains cas, enregistré des progrès appréciables.

Ainsi, la plupart de nos Etats ont pu, dans le cadre de la mise en oeuvre du scénario en trois phases, procéder à un examen approfondi du système national de santé aux niveaux périphérique et intermédiaire et identifier les mesures pratiques en vue de son renforcement.

La vaccination des enfants et des femmes en âge de procréer, la lutte contre la mortalité maternelle, la redéfinition de la stratégie régionale de lutte contre le paludisme, la mise en oeuvre des programmes de lutte contre le SIDA, le lancement de l'Initiative de Bamako sont autant d'exemples des progrès accomplis, autant de raisons d'espérer et de persévérer.

Et, c'est ici le moment de vous dire, Monsieur le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, combien nous vous sommes reconnaissants de l'appui efficace et de la collaboration active que vous apportez à cette oeuvre si ardue mais si indispensable pour le bien-être des peuples de la Région.

Votre présence constitue la preuve tangible de votre attachement personnel à la promotion de la santé des peuples africains. Pour tout cela, permettez-nous de vous dire en toute simplicité : Merci d'être parmi nous, merci d'être avec nous.

A notre Directeur régional et à toute son équipe, nous renouvelons le témoignage de notre profonde satisfaction pour le travail colossal accompli, pour le dévouement et la disponibilité dont ils ont constamment fait preuve, pour l'appui qu'ils ne cessent d'apporter à nos pays. Nous exprimons l'espoir que, dans l'unité et la fraternité, puissent se poursuivre les actions entreprises, au bénéfice des peuples de notre continent.

Monsieur le Président,  
Monsieur le Directeur général,  
Monsieur le Directeur régional,  
Excellences, Mesdames et Messieurs,

L'objectif "Santé pour tous en l'an 2000" est inséparable des idéaux de paix, d'équité et de progrès en Afrique et dans le monde. Comment dès lors ne pas exprimer notre profonde satisfaction de voir la Namibie se rapprocher de la réalisation de ces idéaux, au moment où se tient cette trente-neuvième session du Comité régional ?

Nous voudrions exprimer le souhait ardent de les voir se réaliser dans notre continent et dans le monde entier.

Permettez-nous de vous renouveler, Monsieur le Président, nos sentiments de profonde gratitude pour l'honneur que vous nous faites et le précieux soutien que vous nous apportez en étant parmi nous ce jour.

Je vous remercie.

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

Monsieur le Président du Conseil national de Développement,  
Excellences,  
Honorables représentants,  
Mesdames et Messieurs,  
Collègues et amis

Je suis heureux de me retrouver parmi vous pour cette trente-neuvième session du Comité régional de l'Afrique.

L'année dernière, je parlais avec vous de notre OMS et de certains changements qu'il convenait d'apporter à son organisation afin de mieux faire face à l'évaluation des conditions sanitaires, sociales et économiques. Aujourd'hui, je voudrais prolonger ma réflexion jusqu'à l'an 2000, et même au-delà.

Nous sommes souvent tiraillés par des sentiments contradictoires sur les progrès accomplis par l'homme. Cédant tantôt à l'optimisme sans limite que nous inspirent l'avenir potentiel de l'humanité et la possibilité d'instaurer la santé pour tous, tantôt, tout au contraire, à un pessimisme profond face à la pauvreté, au déclin économique et à la destruction de notre environnement, qui sembleraient mettre nos aspirations hors de portée. Personnellement, je suis convaincu que la réalité se situe quelque part entre ces deux extrêmes.

Faisons preuve de pondération ! Nous savons que l'un des principes de base de la Constitution de l'OMS, développé dans la Déclaration d'Alma-Ata, est le droit fondamental de chaque être humain à mener une vie socialement et économiquement productive. En tant qu'organisation sanitaire, nous devons placer les réalités sanitaires au-dessus des réalités politiques et économiques, tout en reconnaissant le lien qui les unit.

L'image qu'offre le monde n'est pas si sombre que cela. Nous sommes aujourd'hui les témoins de changements importants dans la réalité politique internationale. C'est ainsi qu'un nouvel esprit d'ouverture se fait jour dans de nombreux pays. Il existe une volonté accrue de dialogue, un plus grand respect des systèmes et points de vue différents et de leur valeur. Il devient permis d'espérer que des conflits internes à des pays ou impliquant plusieurs pays et lourds de conséquences internationales vont maintenant trouver une solution. Des initiatives ont été prises pour réduire les armements, libérant par-là même des ressources considérables. Des efforts, dont il y a tout lieu de se féliciter, sont faits aussi pour réduire la dette de nombreux pays. L'évolution qui se dessine ainsi devrait servir la cause de la santé et du développement social et économique d'ici à l'an 2000 et au-delà.

En même temps, nous sommes pris entre des tendances contradictoires. De nombreux pays connaissent un développement industriel et économique sans précédent qui stimule les énergies et élève les aspirations économiques et politiques de la population. Mais trop souvent, cela se fait aux dépens de l'écosystème, hélas fragile, de notre petite planète. Je veux parler du développement incontrôlé qui ne respecte en rien l'environnement dont dépendent pourtant la santé, la sécurité et l'existence futures de l'humanité.

Nous avons espéré que le développement économique réduirait l'écart entre riches et pauvres, mais il l'a trop souvent accentué. Certes, nous avons fait des progrès dans certains domaines, mais il nous reste un long chemin à parcourir pour atteindre notre but, à savoir réaliser ensemble la justice sociale et un développement durable. L'OMS a pour mission de relever ce défi car sa Constitution elle-même reconnaît le danger pour nous tous d'un développement inégal de la promotion de la santé et de la lutte contre la maladie dans les différents pays.

Certains pensent peut-être qu'il suffirait, pour réduire ce problème, de prendre aux nantis une petite partie de leurs ressources et de la transférer aux démunis. Cela aurait pour résultat de rendre les riches un peu moins riches et les pauvres un peu moins pauvres. Mais quel effet cela aurait sur le développement humain ? Est-ce là la justice sociale que nous désirons ? Je ne le pense pas, et vous non plus, j'en suis sûr.

Notre idéal doit être plus ambitieux. Nous devons, je crois, chercher à développer au maximum le potentiel humain. Nous devons nous efforcer non seulement d'atteindre une croissance linéaire mais, plus important encore, d'obtenir l'effet multiplicateur qui débouchera sur une expansion géométrique. En tant qu'Organisation d'Etats Membres, trois moyens au moins s'offrent à nous :

- 1) Nous pouvons encourager la population à participer et à coopérer - à faire des choix et à prendre des décisions sur son propre développement et sur l'utilisation optimale de toute l'énergie et de toutes les ressources disponibles. C'est précisément cela l'approche des soins de santé primaires.
- 2) Nous pouvons procéder au transfert de technologie ce qui, loin d'entraîner des dépenses supplémentaires, économisera des ressources. Il faut donc que nos programmes techniques fassent une plus grande place aux recherches axées sur des applications concrètes et sur la mise à l'essai et le transfert de technologies et de modèles de services pratiques, durables et d'un coût abordable. De ces technologies, nous devons aider les pays de la Région à faire des technologies appropriées dont ils useront au mieux.
- 3) Nous pouvons mobiliser et rationaliser les ressources qui sont disponibles et réduire le gaspillage au maximum. Nous devons redoubler d'efforts pour qu'une part plus équitable des ressources aille à la santé et soit utilisée à bon escient, avec une attention toute spéciale à ceux qui en ont le plus besoin ou qui souffrent dans les situations d'urgence et ce dans tous les pays de la Région.

En tant qu'Organisation à vocation sanitaire, il ne nous appartient pas de nous perdre dans des débats idéologiques sur les mérites comparés d'une économie de marché ou d'une économie dirigée. Notre unité repose sur le fait que nous reconnaissons l'existence de systèmes politiques différents. Nous recherchons les solutions les plus efficaces par rapport au coût, conscients toujours qu'au centre de toutes ces considérations, il y a l'être humain. Dans tous les pays, la cause de la santé peut encore être mieux défendue. Les investissements en faveur de la santé ne devraient pas être considérés comme un fardeau pour le développement économique; ils sont un des moyens du développement, voire son but même.

De nombreux pays ont élaboré des plans pour le développement de leurs systèmes de santé aux niveaux national, du district ou de la collectivité, pour finalement voir leurs projets sombrer, ébranlés de l'intérieur comme de l'extérieur par les secousses économiques et politiques. Parmi les plus durement touchés figurent les professionnels de la santé et d'autres compétences humaines dont dépend le système de santé. Nous devons encourager nos médecins, la profession infirmière et d'autres encore à envisager sous un jour nouveau l'ensemble du système de santé dont ils sont un élément si important. Certains pays choisiront peut-être de réajuster leurs concepts politiques, leurs structures économiques ou leurs systèmes d'aide sociale, selon le cas. Ils pourront par exemple être appelés à trouver un juste équilibre entre des soins privés payants et des soins publics gratuits, dans un système de soins de santé caractérisé par une participation accrue, selon la situation du pays.

Si notre Organisation veut promouvoir la santé comme partie intégrante de la réalité économique et politique, nous devons pouvoir couvrir toute la gamme de questions sociales, économiques et environnementales qui influent sur le développement sanitaire, même si elles semblent déborder le cadre du "secteur de la santé" classique. C'est la raison pour laquelle j'ai fait effectuer une étude indépendante sur ce que l'OMS peut faire, ou devrait faire, compte tenu de l'interdépendance entre l'économie mondiale et le développement sanitaire. C'est aussi la raison pour laquelle je m'emploie à réunir une commission d'experts techniques de haut niveau sur la santé et l'environnement, dont le résultat des travaux façonnera notre activité future et contribuera à la Conférence des Nations Unies sur l'Environnement et le Développement qui aura lieu en 1992. Une bonne nutrition étant indispensable au bien-être de l'homme, nous envisageons de coparrainer, avec l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture et les autres parties intéressées, une conférence internationale sur la nutrition qui examinera la situation existante et tâchera de discerner les problèmes nouveaux et les solutions stratégiques possibles.



De notre gestion interne dépendra pour une large mesure notre influence à l'extérieur. L'année écoulée nous a, je crois, appris quelques leçons essentielles. Nous avons, une fois encore, constaté que le dialogue est un moyen privilégié de réaliser l'unité à tous les niveaux, y compris entre les Régions. Nous reconnaissons à quel point il importe que nos messages soient clairs et cohérents. Nous percevons la nécessité d'améliorer la circulation de l'information entre les Etats Membres et au sein du Secrétariat. Nous devons établir une coopération plus systématique entre nos programmes. Nous devons sans cesse améliorer la gestion et l'utilisation des ressources de l'OMS et assurer la mise en oeuvre en temps opportun de nos programmes pour faire face aux besoins des Etats Membres, impératif particulièrement important dans les situations d'urgence ou pour les besoins en réadaptation et en reconstruction, quelle que soit la réalité politique.

Les années 90 ont été désignées Décennie internationale de la prévention des catastrophes naturelles, et cinq stratégies principales ont été adoptées : améliorer les capacités nationales, mettre au point des stratégies, encourager les efforts scientifiques, diffuser l'information et, enfin, évaluer les résultats. En application de la résolution WHA42.16, j'ai décidé de renforcer la réponse de l'Organisation aux situations d'urgence en créant un nouveau programme d'opérations de secours d'urgence à Genève. Ce programme est prêt à répondre, en temps opportun, et avec la souplesse et l'efficacité voulues, aux demandes qui traduiront les besoins du moment des pays et des Bureaux régionaux.

Le rôle de l'OMS ne consiste pas simplement à soulager la pauvreté et la maladie dans leurs manifestations ponctuelles; il est d'assurer un développement sanitaire durable, à long terme. Pour cela, nous devons rester attentifs aux tendances nouvelles et à ce qu'elles signifient pour l'avenir sanitaire de la population dans le monde entier. Nous devons nous préparer dès maintenant à faire face à des phénomènes tels que l'urbanisation rapide, le vieillissement de la population, les nouveaux schémas de comportement humain, les maladies liées à l'abondance et les modifications de l'environnement naturel, sans pour autant relâcher notre effort sur les problèmes fondamentaux que sont l'approvisionnement en eau, la nutrition, la prévention des maladies transmissibles et le développement de l'infrastructure sanitaire et des personnels de santé dans les pays en développement.

Les mesures que j'ai prises pour réorganiser les structures et les programmes au Siège sont destinées à améliorer l'efficacité du soutien fourni aux Régions et aux pays. C'est ainsi, par exemple, que la responsabilité mondiale de la santé des personnes âgées a été transférée à Genève afin de faciliter le soutien technique aux efforts que vous déployez vous-mêmes dans les Régions, face aux défis nouveaux qui se posent à vous.

De nouvelles initiatives interrégionales sont en préparation comme, par exemple, la conférence sur "la santé dans les grandes villes : le défi de la justice sociale" qui doit avoir lieu d'ici à la fin de l'année, et qui rassemblera des participants de quelque 20 pays, lesquels examineront les conséquences d'une urbanisation rapide. Dans la plupart des régions, nous avons centré notre attention sur les populations rurales mais les problèmes, en fait, sont tout aussi nombreux dans les taudis urbains.

En application de plusieurs résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé, et en consultation avec les Bureaux régionaux et les pays intéressés, nos programmes de coopération internationale et de renforcement des services de santé contribuent à l'analyse des problèmes économiques, proposent des approches nouvelles pour réaliser des ajustements économiques, pour améliorer l'allocation des ressources et rationaliser le financement des soins de santé. La mobilisation de ressources supplémentaires pour les programmes à tous les niveaux de l'Organisation s'intensifie. Alors que persiste l'incertitude économique et financière, nous devons adapter au mieux la planification de nos programmes en fonction des ressources potentielles et tâcher d'obtenir tout l'appui extérieur possible.

Je souhaiterais voir s'instaurer des relations de soutien mutuel entre tous les niveaux de notre Organisation, entre les Régions et entre les programmes. L'expérience montre qu'aucune maladie, aucun état morbide, ne saurait être dissocié de tout un ensemble de facteurs sanitaires et sociaux. Toutes les connaissances, les techniques, les activités et les ressources générées par un bureau ou par un programme de l'OMS, à quelque niveau que ce soit, peuvent entrer en synergie, se renforcer mutuellement, ce que j'ai appelé précédemment "effet multiplicateur", où la somme totale est supérieure à la valeur additionnée de ses termes.

La réorganisation dont j'ai parlé au niveau mondial doit s'accompagner d'une redéfinition et d'une évaluation continue des processus gestionnaires de l'OMS et de l'exécution opérationnelle des programmes dans les Régions pour nous permettre de mieux soutenir nos Etats Membres. A ce propos, je tiens à remercier les Etats Membres de cette Région, vous-même, Docteur Monekosso, en tant que Directeur régional, et tous vos collaborateurs pour les progrès qui sont faits.

L'activité de ce Comité régional témoigne de la valeur de la décentralisation, structure propre à l'OMS, prévue par notre Constitution, qui nous permet de traiter du développement sanitaire, social et économique de la façon la plus adaptée aux réalités, aux besoins et aux priorités de chaque Région. En même temps, chaque Etat Membre peut obtenir un appui à tous les niveaux de notre Organisation, et jouer un rôle dans la définition des politiques sanitaires aux niveaux régional et mondial.

Je sais que l'excellent travail accompli par l'OMS et sa réputation technique n'ont plus besoin d'être vantés, mais nous devons aussi tenir compte de la réalité politique et nous devons par conséquent consacrer une part de notre énergie et de nos ressources à nous assurer que l'image de marque de l'OMS non seulement réponde à nos idéaux et à nos objectifs mais encore qu'elle sache convaincre que l'Organisation mérite d'être soutenue. Dans l'adversité, l'unité est notre meilleure défense et notre plus grande force.

A chacun d'entre vous je lance un appel pour que notre Organisation, et l'Assemblée mondiale de la Santé, soient préservées des questions politiques sans lien direct avec l'action sanitaire internationale. C'est dans cet esprit que je vous demanderai de bien vouloir vous prononcer sur la proposition visant à modifier la date des sessions futures de l'Assemblée mondiale de la Santé et, par conséquent, du Conseil exécutif et des Comités régionaux. Tous nos problèmes, je le sais, n'en seront pas résolus pour autant, mais cela contribuera à les atténuer, et d'autres avantages en résulteront. Vous manifesterez ainsi la solidarité qui existe au sein de notre structure décentralisée.

---

Alors que s'ouvre la dernière décennie du vingtième siècle, je vous demande à tous de redoubler d'efforts pour bâtir un monde dont nos descendants seront satisfaits et fiers d'hériter au vingt et unième siècle. A nous, dans les années qui viennent, d'alimenter la flamme du flambeau que nous leur transmettrons. Je suis certain que vos délibérations pendant cette session du Comité régional seront couronnées de succès. Merci à tous.

ALLOCUTION DU DR G. L. MONEKOSSO,  
DIRECTEUR REGIONAL DE L'ORGANISATION MONDIALE  
DE LA SANTE POUR L'AFRIQUE

Monsieur le Président du Conseil national de Développement,  
Monsieur le Premier Ministre,  
Monsieur le Président en exercice de la trente-huitième session du Comité régional de l'Afrique,  
Mesdames, Messieurs les membres du Conseil supérieur d'Orientation nationale,  
Mesdames, Messieurs les membres du Gouvernement,  
Monsieur le Directeur général de l'OMS,  
Excellences Messieurs les Ambassadeurs et représentants des organisations internationales,  
Honorables délégués,  
Mesdames et Messieurs,

Permettez-moi tout d'abord de vous dire combien je suis heureux que cette réunion se tienne à Niamey, cette magnifique capitale dans laquelle les mobiles citoyens du Niger continuent leur combat pour un avenir meilleur.

Monsieur le Président, nous vous prions de transmettre nos sentiments de profond respect et nos remerciements à Son Excellence le Général Ali Saïbou, responsable suprême de votre société de développement. Nous rendons hommage au courage dont votre peuple fait preuve.

Monsieur le Président, l'exemple que montrent les populations du Niger nous convainc que la victoire appartient à ceux qui sont tenaces. C'est cette force agissante qui a permis à vos populations de construire le Niger, qui se développe rapidement devant nous.

Monsieur le Président, nous remercions très vivement d'avoir accepté d'accueillir cette session du Comité régional et nous sommes très sensibles à l'hospitalité de votre Gouvernement et de votre peuple.

Dr Hiroshi Nakajima, permettez-moi de vous souhaiter la bienvenue à notre Comité régional. Vous êtes l'incarnation du combat pour le développement sanitaire et nous vous saluons. Nous saluons aussi en vous un camarade et un ami.

Nous nous réjouissons aussi de la présence parmi nous des membres du corps diplomatique et des représentants des organisations intergouvernementales et non gouvernementales qui contribuent massivement au développement sanitaire. Nous souhaitons aussi la bienvenue à tous les collègues de toutes les institutions soeurs du système des Nations Unies. Leur présence ici constitue pour nous un encouragement.

Excellences,

Mesdames et Messieurs,

Bon nombre de pays ont hérité à l'indépendance, il y a plus d'un quart de siècle, de services de santé qui se limitaient à des fonctionnaires coloniaux (blancs et noirs) vivant principalement dans les capitales.

Les années 60 et 70 ont connu une extension des services de santé (modeste sur le plan géographique et technologique) vers les zones rurales. Des progrès significatifs ont été accomplis dans la lutte contre les maladies (tropicales endémo-épidémiques) avec des prestations de soins de santé de base, la formation de personnel sanitaire et la recherche en santé.

Ces gains réalisés dans le domaine de la santé, facilités par deux décennies de croissance économique - stable et même florissante - ont permis aux gouvernements africains de parler d'une voix forte lorsqu'a été adoptée la Déclaration historique d'Alma-Ata (1978). Mais deux phénomènes inattendus n'ont pas pu être prévus et ne l'ont pas été : premièrement, une profonde récession économique dans le monde entier, qui a laissé un bon nombre d'économies nationales dans le désarroi et, ensuite, la pandémie qui constitue un défi sans précédent pour l'humanité - le syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA). Peu de gouvernements africains ont pu conserver dans les années 80 le rythme initial de développement sanitaire qu'on a connu auparavant.

Les populations font maintenant face à des situations de survie. Le personnel de santé vit au cauchemar dans quelques pays. Un bon nombre d'hôpitaux, de centres de santé et leurs équipements ont besoin d'être réparés et ne le sont pas. Beaucoup de services de santé ont été sérieusement réduits.

Les épidémies sont "revenues" et, dans certains pays, la sécheresse, la famine et les invasions de criquets prélèvent aussi leur tribut sur la santé.

Au milieu des années 80, il était clair que quelque chose devait être fait pour enrayer ce déclin. Aussi, les Ministres de la Santé de la Région africaine de l'OMS ont-ils décidé en 1985 d'agir afin de renforcer leurs systèmes nationaux de santé en utilisant l'approche soins de santé primaires. Il a été convenu que les activités de santé communautaires qui constituent le fondement du développement économique et social exigent un soutien opérationnel, technique et stratégique approprié au niveau local (district), au niveau intermédiaire (province/région) et au niveau central, respectivement. C'est le scénario de développement sanitaire en trois phases.

Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels organisés par les populations et pour les populations avec le soutien des gouvernements. C'est un partenariat entre les populations et leur gouvernement.

Instaurer la santé pour tous grâce aux soins de santé primaires signifie en pratique l'organisation par les bénéficiaires eux-mêmes d'activités de santé communautaires dont les cibles sont les individus, les familles et les collectivités (la santé pour tous et par tous).

Au niveau national, les activités seront organisées dans les postes et centres de santé et en d'autres points de l'infrastructure communautaire (écoles, puits, marchés, crèches, etc.). Elles seront supervisées et gérées au niveau du district et bénéficieront d'un appui approprié des niveaux supérieurs de la hiérarchie nationale.

Cette entreprise exige un effort majeur de mobilisation communautaire en faveur de la santé, ce qui veut dire qu'il faut activer les communautés rurales et urbaines dans le cadre d'un apprentissage de masse afin qu'en dernière analyse, dans chaque pays, toutes les communes et tous les quartiers de chaque district et de chaque province (ou région) soient "activés" d'ici l'an 2000.

Le but final est une population en bonne santé dans un environnement sain - ce processus sera accéléré et maintenu grâce à un appui opérationnel au niveau du district, un appui technique au niveau intermédiaire et un appui stratégique au niveau central. Telle est la base du scénario actuel de développement.

Les principales structures au niveau du district sont les comités de développement, les comités de santé du district et l'équipe de santé du district. Ce sont eux qui préparent les rapports sur les activités de santé communautaires.

Les principales structures au niveau intermédiaire (régional) sont les comités de développement régionaux ou provinciaux, les comités de santé provinciaux et les bureaux de santé provinciaux. Ces derniers collaborent avec les autres secteurs clés liés à la santé (éducation, agriculture, travaux publics). Le bureau de santé provincial attribuera les ressources sanitaires du district, supervisera les programmes sanitaires du district et surveillera la gestion sanitaire au niveau du district; de même, il établira les rapports de gestion pour tous les districts de la province.

Les principales structures au niveau central sont le Ministère de la Santé, un conseil ou comité national de coordination sanitaire ainsi qu'une unité ou équipe spéciale nationale pour le développement sanitaire. Le Ministère de la Santé collaborera avec les universités et les organisations non gouvernementales (ONG) ainsi qu'avec d'autres secteurs pour coordonner les ressources sanitaires multisectorielles, traduire les politiques de santé en programmes concrets et surveiller les progrès réalisés en vue de la santé pour tous. Ces services de développement sanitaire ou ces équipes spéciales établiront pour toutes les provinces (régions) du pays des rapports sur les progrès réalisés en santé.



Le scénario de développement sanitaire pour l'Afrique offre un cadre pour la mise en oeuvre rapide, souple et efficace de l'approche soins de santé primaires adaptée aux réalités de l'Afrique pour instaurer la santé pour tous.

Les pays membres de la Région ont conjointement fait un bilan de leurs systèmes de santé au niveau du district et au niveau intermédiaire en 1986-1987 et 1987-1988, respectivement, et le bilan au niveau central devrait être achevé dans le courant de 1989. En collaboration avec l'OMS et d'autres institutions (bilatérales, multilatérales et ONG), les pays ont pris des mesures pour remédier aux carences constatées. Le processus ayant commencé à la base de la pyramide des soins de santé, on pense que, d'ici le début des années 1990, tous les pays auront pris le départ de la course vers la SPT/2000.

L'accélération de la vaccination des enfants est un exemple de l'application de cette stratégie. En 1985, 15 % au maximum des enfants de moins d'un an étaient totalement protégés. En 1986, les pays avaient proclamé l'"Année africaine de la Vaccination".

Les efforts déployés aux niveaux local, national et international ont permis de faire un grand bond en avant pour dépasser en trois ans le taux de 50 % dans presque tous les pays. Dans certains pays, les salles où étaient soignés les petits rougeoleux ont été fermées. Toutefois, le test décisif sera le maintien de cet effort majeur.

Pour les prochaines années, il est proposé, avec l'accord du Comité régional, d'aller de l'avant et d'utiliser ce cadre de développement sanitaire pour renforcer davantage tous les niveaux du système de santé, consolider les programmes de santé prioritaires, surveiller les activités ou interventions et évaluer leur impact sur la santé communautaire.

Conformément à la Déclaration d'Addis Abéba, "La santé, base du développement", les activités de développement sanitaire seront menées dans le cadre d'une étroite collaboration avec les activités de développement économique et social organisées dans les mêmes districts - les unités administratives de base.

Pour ce qui est des systèmes de santé, l'accent pourra être mis sur la rénovation des infrastructures physiques et des équipements, en collaboration avec la Banque africaine de Développement et d'autres institutions, ainsi que des "logiciels" correspondants, à savoir :

- renforcement de la gestion des systèmes de santé;
- sélection par le personnel sanitaire des technologies de soins de santé;
- mise en oeuvre de la recherche opérationnelle en santé.

Tels sont les thèmes qui ont été proposés pour différentes discussions techniques successives. Des dispositions pratiques seront prises pour renforcer tous les niveaux du système de santé, en commençant par exemple par l'examen des problèmes de gestion à tous les niveaux. Dans tous les cas, on s'intéressera aux interventions demandées par les Etats Membres ou par leur Sous-Région.

Pour ce qui est de la sélection des technologies, le Comité régional a décidé de porter son attention sur trois domaines principaux :

- la protection de la santé maternelle et infantile, y compris la planification familiale;
- l'approvisionnement en eau potable, l'assainissement du milieu et l'habitat;
- la prévention et la lutte contre les maladies, y compris le SIDA.

Toutefois, les Etats Membres pourraient coopérer avec l'OMS dans d'autres domaines auxquels ils devront porter une attention particulière.

Pour chaque pays et pour chaque programme, on s'attellera à résoudre des problèmes spécifiques dans les trois domaines précités conjointement avec d'autres pays de la Sous-Région mais en gardant toujours à l'esprit la sélection des techniques abordables, quelles soient traditionnelles ou modernes, locales ou importées.

En ce qui concerne la recherche opérationnelle en santé, elle sera axée sur les problèmes à résoudre, problèmes qui découlent :

- des rapports d'activité au niveau des collectivités;
- des rapports de gestion au niveau de district/local;
- des rapports sur les progrès enregistrés par les régions/provinces.

Les sujets choisis pour la recherche opérationnelle en santé seraient définis à partir de ces rapports.

La recherche opérationnelle débutant sur le terrain se poursuivra par des recherches cliniques en milieu hospitalier et les recherches biomédicales en laboratoire.

On a restructuré et renforcé le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique pour lui permettre d'entreprendre la tâche gigantesque qui consiste à accompagner les Etats Membres sur la voie de la santé pour tous. Des progrès ont été réalisés ces dernières années. Cependant, la Région connaît toujours des problèmes de santé majeurs, spécialement le paludisme et le SIDA. La morbidité et la mortalité infantiles et maternelles restent à des niveaux inacceptables en dépit des progrès enregistrés récemment; les maladies diarrhéiques persistent en dépit d'un programme très bien organisé. Certaines maladies tropicales donnent quelques signes de régression; par exemple, la lèpre et l'onchocercose en Afrique occidentale sont en voie d'être éliminées. Nous avons pris des dispositions pour que la dracunculose soit éradiquée d'ici 1995, tout comme le tétanos du nouveau-né; le certificat de décès de la poliomyélite devrait être prêt à être signé par le Directeur général, au plus tard en l'an 2000. Nous nous fixons aussi pour but l'élimination du goitre endémique.

La question que nous devons nous poser est la suivante : en cette période de mauvaise conjoncture économique, avec des prix des produits de base en baisse, des problèmes apparemment insolubles liés à la dette et un découragement du personnel de santé - ne sommes-nous pas en train de rêver ? Si tel est le cas, ces rêves sont-ils irréalistes ?

Victimes du cercle vicieux de l'ignorance, de la pauvreté et de la maladie, dans un contexte de crise économique, les populations de la Région africaine n'ont d'autre recours qu'une révolution sanitaire majeure, une révolution pacifique qui produirait des hommes, des femmes et des enfants en bonne santé capables de gérer efficacement les énormes ressources de l'Afrique, de façon que les peuples africains occupent la place qui leur revient dans le concert des nations.

Mais qui paiera le prix ? C'est tout naturellement les peuples d'Afrique : chaque individu, chaque famille et chaque communauté dans les villages, les districts, les provinces et les pays. "Nous sommes riches en ressources et pauvres en argent".

C'est le fondement même de l'"Initiative de Bamako" et d'autres approches de financement des soins de santé, que le Bureau régional de l'OMS, en collaboration avec l'UNICEF et d'autres institutions, a soumis au Conseil des Ministres de l'OUA et au Sommet des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'OUA. Beaucoup de villages, communautés et districts dans un grand nombre de pays d'Afrique ont fait preuve de leurs capacités et ont exprimé le désir d'atteindre l'autosuffisance. Dans la Région, 25 % des communautés gèrent des fonds de santé et de développement. Ce dont nous avons besoin, c'est d'un partenariat structuré avec les gouvernements au niveau du district ainsi que d'apports modulés de la communauté internationale. C'est dans cet esprit que la Déclaration de l'OUA de 1987, la recommandation de la Conférence des Parlementaires africains de 1988, ainsi que la résolution adoptée au cours de la trente-huitième session du Comité régional ont clairement soutenu la création d'un Fonds spécial de la Santé pour l'Afrique. Ce fonds à assise communautaire de "peuple à peuple" sera alimenté par des apports de plus en plus importants des pays et des contributions en monnaies convertibles de la communauté internationale.

Il est vrai que la révolution liée au développement sanitaire de l'Afrique coûtera cher et exigera une extension importante du personnel et des services qui contribuent à l'activité de santé; il est tout aussi vrai que cette révolution exigera une meilleure gestion dans un cadre de développement sanitaire qui établira le lien entre la direction politique au plus haut niveau et les populations là où elles vivent et travaillent.

Le développement sanitaire devra être entrepris parallèlement au développement économique - les deux se renforçant mutuellement. Les plans de développement économique ne tiennent généralement pas compte de l'état sanitaire de l'appareil de production, c'est-à-dire de la main-d'oeuvre. En Afrique, de nombreuses personnes apparemment bien portantes sont en réalité porteuses de maladies, sont inaptes au travail du fait de leur état de santé et vivent dans un environnement malsain. La productivité économique pâtit donc du mauvais état de santé des populations dans bon nombre de communautés. Du fait que cette situation retarde le décollage économique et du fait que la pauvreté s'accompagne presque toujours d'une mauvaise santé, les initiatives prises dans les domaines sanitaires et économiques doivent être coordonnées. Ceci peut se faire dans un même cadre administratif et sous une même direction dans des unités d'administration locale décentralisées - autrement dit des districts.

C'est le défi que doivent relever les populations, les gouvernements et les agences de coopération. C'est également le défi que tente de relever le scénario de développement sanitaire africain.

Excellences, Mesdames et Messieurs,

Permettez-moi une fois de plus d'affirmer avec force ma foi dans l'objectif réalisable de la "santé pour tous d'ici à l'an 2000".

Je suis profondément convaincu que les peuples africains ont les potentialités nécessaires pour surmonter les obstacles actuels et relever tous les défis qui leur sont lancés afin de répondre présents au grand rendez-vous de l'an 2000.

Enfin, je crois que vous qui avez la mission historique de promouvoir le développement sanitaire du continent, êtes bien armés pour assurer la victoire de la révolution pacifique dans laquelle les populations du continent placent tant d'espoirs.

En conclusion, je voudrais vous assurer de ma disponibilité à travailler main dans la main avec vous tous, individuellement et collectivement, pour le succès de notre noble et collective mission.

Monsieur le Président du Conseil national de Développement, Mesdames et Messieurs, je vous remercie de votre très aimable attention.

ALLOCUTION DE SON EXCELLENCE MONSIEUR MOUTARI MOUSSA,  
MEMBRE DU BUREAU EXECUTIF NATIONAL,  
PRESIDENT DU CONSEIL NATIONAL DE DEVELOPPEMENT  
DE LA REPUBLIQUE DU NIGER

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

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

Mesdames et Messieurs les membres du Conseil supérieur d'Orientation nationale,

Messieurs les Ministres de la Santé des pays de la Région,

Excellences, Messieurs les Ambassadeurs et Chefs de missions diplomatiques,

Honorables délégués,

Mesdames, Messieurs,

Permettez-moi tout d'abord, au nom du Président du Conseil supérieur d'Orientation nationale, Chef de l'Etat, le Général Ali Saïbou, de vous souhaiter la chaleureuse bienvenue à Niamey.

Le peuple nigérien, par ma voix, est heureux et honoré de vous accueillir très fraternellement à Niamey à l'occasion de la trente-neuvième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique. Le peuple nigérien et moi-même vous souhaitons un très agréable séjour au Niger, terre de fraternité et d'hospitalité africaines.

Je tiens avant tout à remercier tout particulièrement le Docteur Hiroshi Nakajima, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé qui, en venant à Niamey, réhausse par sa présence cette importante réunion. Je lui adresse tout mon soutien et celui du Gouvernement nigérien dans l'exaltante et lourde mission qui lui est confiée, celle de produire des hommes sains, capables de mener une vie socialement et économiquement productive. En effet, la mission première de l'Organisation mondiale de la Santé est d'amener tous les peuples du globe à un niveau de santé le plus élevé possible, c'est-à-dire, un état de complet bien-être physique, mental et social.

Pour atteindre cet objectif, d'importantes initiatives et réalisations ont été accomplies ces quatre dernières années dans notre Région; J'en cite quelques-unes :

- i) la restructuration du Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique avec la création de trois Bureaux sous-régionaux de Développement sanitaire, rapprochant ainsi les équipes interpays et apportant leur appui technique rapide aux Etats Membres;
- ii) l'adoption en 1985 de la résolution sur le scénario de développement sanitaire en trois phases à la trente-cinquième session du Comité régional à Lusaka, en Zambie; cette décision devait permettre aux Etats Membres de l'Organisation d'appuyer les soins de santé primaires aux différents niveaux du système national de santé, notamment au niveau périphérique, et elle est maintenant mise en oeuvre dans tous nos pays en vue d'accélérer l'instauration de la santé pour tous en l'an 2000 pour tous les Africains;
- iii) l'institution de l'Année africaine de la Vaccination qui a permis d'élargir sensiblement la couverture vaccinale des enfants contre les maladies cibles du programme élargi de vaccination;
- iv) la première Conférence internationale sur la maternité sans risques tenue à Nairobi, au Kenya, et la seconde qui s'est déroulée à Niamey en janvier 1989, permettant ainsi un fructueux échange entre vingt-deux Ministres de la Santé, des cadres techniques supérieurs et des bailleurs de fonds.

L'ensemble de ces activités constituent un effort positif louable accompli par le Docteur Monekosso, Directeur régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique, et son équipe afin d'améliorer la santé des populations de la Région.

Cependant, force est de reconnaître que la situation sanitaire, tant dans mon pays que dans le reste du continent, demeure préoccupante. En effet, malgré les efforts consentis par nos gouvernements, les maladies endémo-épidémiques continuent à percevoir de lourds tributs sur nos populations.

Quant à la situation sanitaire, elle se résume ainsi :

- i) Le paludisme demeure un problème majeur de santé publique; quelque 76 millions de cas sont enregistrés chaque année et l'on déplore un million de décès parmi la population jeune de moins de 15 ans.
- ii) Les maladies diarrhéiques occupent le deuxième rang dans la pathologie observée dans nos pays; elles sont généralement dues au manque d'hygiène, à l'insuffisance d'eau saine et au manque d'éducation pour la santé chez la plupart de nos concitoyens.
- iii) Le SIDA, depuis son apparition, constitue une menace grave pour la population du globe et plus particulièrement celle de notre continent. Actuellement, 132 976 cas ont été notifiés dans le monde dans 143 pays membres de l'Organisation mondiale de la Santé. En Afrique, à la date du 26 février 1989, 21 169 cas avaient été enregistrés dans 45 pays de la Région. La situation du SIDA est un des points de l'ordre du jour du Comité, aussi ne m'étendrai-je pas sur l'énumération des problèmes. Toutefois, je me contenterai d'insister sur la nécessité de la coopération technique entre pays en développement et la coopération internationale ainsi que la coordination de nos efforts pour mieux consolider nos acquis dans la lutte contre la maladie, et plus particulièrement contre le SIDA, pour lequel il n'existe encore ni vaccin, ni médicament efficace.

La santé pour tous les Africains en l'an 2000 résultera en particulier d'une meilleure justice sociale, de la sauvegarde de la dignité humaine et de la paix dans la Région et dans le monde. L'observation de ces facteurs est déterminante car notre continent est durement éprouvé par les aléas climatiques, la récession économique, l'analphabétisme et une forte poussée démographique.



Monsieur le Président,  
Messieurs les Ministres,  
Mesdames et Messieurs,

Le Niger, dans le cadre de son Mouvement national pour la Société de Développement, basé sur la consultation, la concertation et la participation à tous les niveaux sociaux, jouera pleinement son rôle au sein de la communauté africaine et internationale.

Dans cette optique, mon pays est fermement décidé à oeuvrer en vue de l'instauration de la santé pour tous en l'an 2000, dans le cadre du combat engagé contre le sous-développement, l'injustice, l'ignorance et la maladie.

C'est ainsi que la Charte nationale, cadre de référence idéologique et source fondamentale de notre politique, adoptée le 14 juin 1987, a d'ores et déjà défini les stratégies et les méthodes visant en priorité la satisfaction des besoins fondamentaux de l'homme nigérien.

Nous avons fixé des grandes orientations et des perspectives d'avenir dans le plan de développement socio-économique et sanitaire. Ainsi, le secteur santé y est prioritaire et bénéficie d'un volume important d'investissements.

Notre plan de développement sanitaire 1987-1991 vise à poursuivre les soins de santé primaires basés sur le niveau périphérique avec notamment :

- le renforcement des infrastructures sanitaires d'appui technique;
- l'amélioration des équipements;
- l'amélioration de la gestion des services;
- le renforcement du personnel;
- la participation de la population aux coûts de santé;
- la formation du personnel;
- la fourniture de médicaments essentiels, produits localement ou non;
- l'amélioration de l'accessibilité aux médicaments par le développement du circuit de distribution.

Certes, toutes ces activités nécessitent la mobilisation de moyens humains, matériels et financiers importants sans lesquels les objectifs visés ne seront pas atteints.

Monsieur le Président,  
Messieurs les Ministres,  
Mesdames et Messieurs,

Je suis convaincu que cette session qui regroupe les décideurs que vous êtes, fera des recommandations et adoptera des résolutions pertinentes en faveur de l'accélération de l'instauration de la santé pour tous. Je souhaite plein succès à vos travaux et déclare ouverte la trente-neuvième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique.

Je vous remercie.

ALLOCUTION DU DR NAFIS SADIK,  
DIRECTEUR EXECUTIF DU FONDS DES NATIONS UNIES  
POUR LA POPULATION

Santé, population et développement

Mesdames et Messieurs,

C'est un très grand honneur pour moi de m'adresser à cette importante session du Comité régional où tant de Ministres de la Santé d'Afrique se trouvent réunis et je voudrais remercier très sincèrement le Dr Monekosso, Directeur régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Région africaine, de m'y avoir invitée.

Au nom du FNUAP et en mon nom personnel, je vous félicite Monsieur le Directeur régional de votre brillante réélection.

La présence de tant de Ministres de la Santé et de hauts fonctionnaires de la Région fait de cette manifestation une tribune importante qui fait écho à l'attention de plus en plus grande que les gouvernements portent à l'intégration de préoccupations démographiques dans leurs programmes de santé.

Je suis heureuse de l'occasion qui m'est offerte de traiter du thème : Population, santé et développement. Ces dernières années, bon nombre de gouvernements se sont rendu compte que ces trois éléments étaient intimement liés. On en est venu à admettre très largement que, pour améliorer les vies de millions de femmes, d'hommes et d'enfants dans le monde, le concept d'espacement des naissances, envisagé en tant qu'élément essentiel des soins de santé maternelle et infantile, a un rôle déterminant à jouer. Les individus et les professionnels de la santé se rendent de plus en plus compte qu'on ne peut mieux contribuer à améliorer la santé qu'en faisant de la prévention, c'est-à-dire en assurant un environnement sain, la fourniture d'eau saine, un régime alimentaire copieux et équilibré et une protection contre la maladie. Or, la décision très importante que la femme prend de retarder et d'espacer les naissances ainsi que de cesser de procréer lorsque cela devient trop risqué pour sa santé et celle de ses enfants, occupe une place prépondérante parmi ces mesures.

## Santé

Lors de la conférence à laquelle j'ai assisté ici même en février, il a été question de maternité sans risque. Le concept de la maternité sans risque est un progrès décisif dans notre approche des soins de santé et, comme il illustre parfaitement la corrélation qui existe entre les facteurs démographiques et sanitaires, je voudrais m'attarder quelque peu à vous l'exposer en détail.

Le premier principe de la maternité sans risque consiste à prévenir les risques évitables. Les décès maternels peuvent être presque totalement évités si les mères sont, avant tout, bien nourries, si elles se situent dans la tranche d'âge où les risques sont faibles, et si elles pratiquent la planification familiale et notamment l'espacement des naissances. La principale cause clinique de mortalité maternelle qui n'est associée ni à la malnutrition, ni à l'anémie - l'éclampsie - peut être évitée grâce à de bons soins prénatals et à un traitement précoce. Même la septicémie post-partum et les infections de l'utérus sont mieux surmontées chez la femme bien nourrie.

Il convient de souligner le rôle capital que jouent le bon échelonnement et le bon espacement des naissances du point de vue de la santé de la mère et de l'enfant. On contribuera puissamment à réduire la morbidité et la mortalité maternelles ainsi qu'à améliorer la santé de l'enfant si l'on fait en sorte que l'activité procréatrice ne débute pas trop tôt, que chaque naissance soit bien espacée et que la femme n'ait plus d'enfants après 35 ans.

La maternité sans risque est aussi une notion dynamique. La mère, sa famille et la communauté constituent ensemble la première ligne de défense. De là découle le deuxième principe de la maternité sans risque, à savoir que les mères doivent agir pour protéger leur santé, en veillant à s'alimenter correctement, à pratiquer la planification familiale et à recevoir des soins prénatals appropriés. Mais, bien souvent, les femmes ne sont pas libres d'agir.

Dans de nombreuses sociétés, les mères (y compris celles qui sont enceintes) passent traditionnellement en dernier lorsque la nourriture est répartie. En outre, certains bons aliments et bonnes habitudes alimentaires traditionnels se sont perdus et il arrive que, sous la pression des parents et des amis, les mères n'aient pas leur mot à dire dans le choix des aliments.

Pour l'espacement des naissances, la femme n'a souvent pas le choix non plus. Elle peut vouloir retarder sa première grossesse, ou commencer à planifier après le premier enfant, mais de fortes pressions s'exercent souvent dans l'autre sens. Les maris, les parents, la famille veulent tous que le ménage ait un enfant le plus tôt possible. Ils veulent aussi que ce soit un garçon et, de préférence, qu'il y en ait plusieurs. S'ils refusent d'accepter que la mère a le droit de planifier sa famille, comment celle-ci pourra-t-elle faire valoir ce droit ?

Si elle se décide quand même pour la planification familiale, elle se heurte à de nouveaux obstacles. Il se peut qu'elle n'ait accès à aucune espèce de service de planification familiale, surtout si elle est pauvre et si elle habite à la campagne. Il se peut aussi que la méthode qui lui conviendrait le mieux ne soit pas disponible. Si le dispensaire est trop éloigné ou si les consultations y sont peu fréquentes, elle n'aura personne à qui s'adresser si elle a besoin d'être aidée et rassurée. Mais, surtout, elle risque la désapprobation et une perte capitale de prestige auprès des siens. Tous ces facteurs paralysent les femmes et concourent à mettre leur santé en danger.

Une femme peut savoir que la procréation est néfaste pour sa santé et qu'il existe d'autres solutions. Elle peut aussi savoir que si sa santé se détériore, ses enfants seront les premiers à en pâtir. En fait, lorsqu'une mère meurt, l'enfant qu'elle laisse derrière elle ne tarde habituellement pas à mourir à son tour. Mais, la femme peut-elle persuader son mari et ses amis ? Elle-même et ses enfants ne profiteront des bienfaits de la planification familiale que si les femmes, les parents, les maris et tous ceux qui façonnent l'opinion acceptent qu'elle y ait droit.

Il nous faut aussi admettre que l'avortement joue un rôle important et négatif dans la santé des femmes. On estime que l'avortement est responsable de 25 à 50 % des décès maternels. L'avortement n'est pas une méthode de planification familiale. Toutefois, l'un des meilleurs moyens d'éviter l'avortement consiste à offrir des services de planification familiale adéquats.

Comme la planification familiale, une protection prénatale suffisante dépend de l'existence de vastes réseaux de services. Il faut donc que les autorités locales et nationales prennent des mesures pour structurer les investissements au profit des dispensaires, des agents paramédicaux et des sages-femmes.

Dans la région prioritaire de l'Afrique subsaharienne, comme dans d'autres régions, l'objectif primordial du FNUAP est d'aider les pays à permettre un meilleur accès aux informations sur l'espacement des naissances et la planification familiale ainsi qu'à améliorer la qualité des services de santé afin de réduire la mortalité infantile, la morbidité maternelle et les niveaux de fécondité. Depuis 1986, le FNUAP a plus que doublé son aide à l'Afrique pour la formation et la mise en place de personnels de toutes catégories, spécialisés en santé maternelle et infantile et en planification familiale. En outre, nous sommes attachés à améliorer les systèmes statistiques et à pousser les recherches nécessaires pour rendre ces services plus efficaces. Dans toutes ces entreprises, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique nous a fourni une aide et une collaboration décisives.

Le Fonds poursuit également son aide à tous les pays d'Afrique afin d'accompagner les efforts qu'ils consentent pour développer les services et intégrer l'action de planification familiale et d'espacement des naissances aux services de santé maternelle et infantile en en faisant un élément important des soins de santé primaires. Au Lesotho et au Zimbabwe, par exemple, l'aide du FNUAP a contribué à accroître les taux d'acceptation des contraceptifs qui ont respectivement atteint 17 et 29 %. Ici, à Niamey, les autorités et le peuple du Niger peuvent s'enorgueillir d'avoir installé un magnifique centre de SMI/planification familiale qui est à la fois un symbole et un exemple pour d'autres pays. Je voudrais d'ailleurs vous dire combien je suis heureuse de l'occasion qui m'a été offerte de fouler à nouveau le sol de votre merveilleux pays, comme je l'avais fait il y a quelques mois à peine.

Lorsque le programme soutenu par le FNUAP a débuté en 1985, les dispensaires SMI de Zanzibar n'assuraient aucun service de planification familiale. Aujourd'hui, 28 % des centres de SMI offrent ce genre de service. La Mauritanie se propose d'offrir des services de planification familiale dans une bonne quarantaine de centres et d'améliorer l'accès à la planification familiale au niveau de la collectivité grâce à la formation donnée à des

accoucheuses traditionnelles. Consciente de la nécessité d'atteindre aussi bien les hommes que les femmes si l'on veut accroître la demande de service de planification familiale, la Mauritanie a lancé une "école des maris" afin de sensibiliser les hommes aux avantages d'un espacement des naissances en tant que moyen de promouvoir la protection de la famille.

A Maurice, le taux de fécondité, qui était de près de 40 pour 1000 habitants avant que ne débute le programme de planification familiale en 1960, est tombé à moins de 25 pour 1000.

Malgré ces victoires et malgré le rôle décisif du programme, les activités de planification familiale en tant que partie intégrante de la SMI n'ont que peu progressé dans la Région, essentiellement en raison de certaines valeurs et attitudes traditionnelles profondément ancrées mais aussi du fait des politiques et des priorités fixées par les gouvernements. Cependant, il y a d'autres obstacles, notamment le manque d'efficacité des programmes d'information, d'éducation et de communication en planification familiale, l'insuffisance des prestations de services, les lacunes des systèmes de santé publique, le manque de données fiables sur les besoins, les insuffisances des programmes de soins de santé maternelle et infantile et, enfin, l'absence des directives politiques claires. Mais il se pose aussi dans la Région d'autres problèmes sur lesquels il faut se pencher de plus près, par exemple la stérilité, les maladies sexuellement transmissibles, y compris le SIDA, les mariages précoces et les grossesses chez les adolescentes.

Pour aider à surmonter ces problèmes, le FNUAP renforce son appui afin de développer les moyens institutionnels et les ressources humaines ainsi que les activités de formation, d'éducation et de communication.

### Population

Tout débat sérieux sur le développement, et donc sur la santé, exige une analyse des tendances démographiques actuelles. Au début de cette année, le monde comptait plus de 5,2 milliards d'habitants dont plus de trois-quarts (77 %) vivent dans des pays en développement.

On atteindra 6,2 milliards en l'an 2000 et, si les tendances actuelles se maintiennent, la population cessera de croître d'ici un siècle, lorsqu'elle aura atteint les 10 milliards; mais pour cela, il faudra multiplier les services de soins, les services de planification familiale ainsi que les possibilités d'éducation et d'emploi et les offrir à davantage de femmes à travers le monde.

Au cours des dix prochaines années, l'écart de croissance démographique entre régions développées et régions en développement ne fera que se creuser; le déséquilibre sera encore plus marqué si l'on considère la situation au niveau régional. Dans la Région africaine, la population, qui était de 610 millions en 1985, va passer à près de 872 millions d'ici l'an 2000. La moitié des Africains ont moins de 14 ans et 70 % d'entre eux moins de 25 ans. Dans bon nombre de pays d'Afrique, le taux de croissance démographique est de 3 % par an au moins, ce qui suffira à multiplier la population par deux en 20 ans au plus. Pris ensemble, ces chiffres signifient que la population du continent pourrait s'accroître de 35 % d'ici l'an 2000. Mais les villes africaines, elles, croissent encore plus vite et certaines pourraient doubler de taille d'ici la fin du siècle.

Une étude approfondie faite récemment par le FNUAP sur la base des 20 années d'expérience acquise dans le domaine de la population montre clairement que certains éléments essentiels doivent être réunis pour qu'un programme en matière de population donne des résultats : premièrement, un appui politique sans faille; deuxièmement, l'existence d'un plan et d'un programme national en matière de population qui prévoit notamment un cadre d'action pour tous les secteurs de l'économie nationale; troisièmement, une évaluation approfondie du contexte socio-culturel dans lequel doit s'insérer le programme; quatrièmement, le soutien d'autres secteurs du développement et la complémentarité avec leurs objectifs; et, cinquièmement, une approche fondée sur la participation de façon à associer hommes et femmes, communautés, organisations non gouvernementales et structures étatiques à la mise en oeuvre du programme national en matière de population.

Nous avons constaté que, lorsque les résultats laissaient à désirer, c'était toujours parce qu'il manquait au programme un ou plusieurs de ces facteurs décisifs.

### Développement

Que l'on envisage les questions de population dans une perspective de santé ou dans une perspective démographique, il est évident qu'il faut aujourd'hui plus que jamais s'attaquer à ces questions. Pour que les efforts soient couronnés de succès, il faut inclure les problèmes de population dans la planification générale du développement et dans tous les programmes sectoriels, avant tous les programmes de santé.



Pour l'avenir, la plupart des évaluations mondiales montrent que plusieurs menaces vont continuer de peser sur l'humanité : la persistance de maladies qui perpétuent pauvreté et retard économique dans de nombreux pays en développement, la dégradation de la situation sociale et, enfin, les dommages irréversibles causés à l'environnement par le gaspillage inconsidéré des ressources naturelles. Maladie et croissance démographique rapide ne peuvent qu'exacerber ces menaces pour l'avenir.

Face à ces sombres projections, nul ne conteste que la coopération en faveur du développement doit viser une série d'objectifs communs, notamment dans le domaine de la population, la réduction du taux de croissance démographique pour garantir de meilleures perspectives de développement socio-économique, la réduction des taux actuels de mortalité infanto-juvénile et maternelle, l'amélioration du statut des femmes et le renforcement de leur participation, et, enfin, le ralentissement de la croissance des villes grâce à une meilleure répartition des populations.

Le rôle des femmes et leur participation aux programmes menés dans le domaine de la population, de la santé et du développement sont en tant que tels des objectifs très importants. En fait, ils sont doublement importants parce que les femmes exercent une influence sur tous les aspects de la vie familiale et du développement communautaire. En tant que mères, productrices, pourvoyeuses de nourriture, de combustible et d'eau, commerçantes et ouvrières et en tant que dirigeantes politiques et communautaires, les femmes sont au coeur même du processus de changement. Dans le secteur de la santé et de la population, elles jouent un rôle de premier plan en tant que prestataires de soins. Or, le plus souvent, les femmes ne participent que très peu aux décisions et à la gestion. Il faut que cela change si nous voulons que le développement ne reste pas un vain mot.

Le développement durable, qui est source d'équilibre, doit commencer par s'appuyer sur des politiques équilibrées. Cela signifie que les politiques sociales, incluant notamment des programmes en matière de population et de santé, sont toutes aussi importantes que les politiques économiques pour le succès de la stratégie globale de développement. Il s'ensuit qu'elles méritent la même priorité. Or, cela n'est pas toujours accepté sans problème par les décideurs : il est souvent difficile de chiffrer les incidences d'une politique sociale et, quoi qu'il arrive, elles ne se feront sentir que dans le long terme.

A tous les niveaux du processus de décision pour le développement, il ne faut jamais oublier que les écoles et les dispensaires de soins et de planification familiale sont tous aussi importants que les routes et les ponts. Pour cela, il est impératif non seulement de dispenser une éducation en matière de population, mais aussi de mener des programmes beaucoup plus vastes d'information du public dirigés vers ceux qui, dans la société, prennent les décisions. L'investissement dans le domaine social n'est pas un luxe; à l'heure actuelle, c'est une nécessité.

Malgré la conjoncture actuelle difficile, il nous faut pouvoir mettre de côté les ressources nécessaires à une réduction substantielle des taux de mortalité maternelle, du nombre des interruptions de grossesse non désirée et des taux de morbidité. Il nous faut pouvoir obtenir des améliorations sensibles en matière d'espacement des naissances et d'utilisation des moyens contraceptifs, en particulier dans des pays et zones tels que l'Afrique occidentale où les chiffres dans ce domaine sont aujourd'hui très faibles.

Pour sa part, le FNUAP s'engage à poursuivre la tâche afin de parvenir à ses deux objectifs primordiaux : équilibre entre populations et ressources et amélioration de la situation sanitaire et du statut des femmes dans les années à venir. Pour cela, nous ferons de la coordination avec l'OMS un pivot de notre stratégie. Je voudrais vous inviter à poursuivre la collaboration, pour assurer un jour santé, bien-être, longue vie et sécurité aux mères et aux enfants et développement durable à vos pays.

## RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME

## INTRODUCTION

1. Le Sous-Comité du Programme du Comité régional de l'Afrique de l'Organisation mondiale de la Santé s'est réuni à Niamey le 4 septembre 1989. Le Dr Bouffard A. Bella (Côte d'Ivoire) a été élu Président. Le Dr Celestino Mendes Costa (Guinée-Bissau), Vice-Président, et le Dr Strong T. Makenete (Lesotho), Rapporteur. Le programme de travail figure à l'Appendice 1 et la liste des participants à l'Appendice 2.
  2. Le Dr G. L. Monekosso, Directeur régional, a ouvert la réunion en souhaitant une chaleureuse bienvenue aux participants. Il a formulé le souhait que les travaux du Sous-Comité soient couronnés de succès.
- TROISIEME RAPPORT ANNUEL SUR L'ANALYSE DE LA SITUATION : LE ROLE DU NIVEAU CENTRAL EN TANT QUE SOUTIEN STRATEGIQUE POUR LES SSP ET LA SANTE POUR TOUS DANS LA REGION AFRICAINE (Document AFR/RC39/4 Rév.1)
3. En introduisant ce point de l'ordre du jour, le Dr E. Eben Moussi (Secrétariat) a fait remarquer que le premier rapport d'analyse de situation a été présenté à la trente-septième session du Comité régional de l'OMS (septembre 1987) à Bamako et avait trait aux districts opérationnels.
  4. Le second rapport d'analyse de situation a été présenté à la trente-huitième session du Comité régional de l'OMS (septembre 1988) à Brazzaville et avait posé un diagnostic de situation au niveau intermédiaire dans les pays, conformément au scénario de développement sanitaire en trois phases de l'Afrique.
  5. Le troisième rapport est soumis aux honorables délégués des Etats Membres à la trente-neuvième session du Comité régional de l'OMS (septembre 1989) à Niamey, et porte sur l'analyse de situation du support stratégique (niveau central) des pays dans le cadre des efforts déployés dans la Région africaine pour les SSP et vers la SPT/2000.
  6. Le rapport relatif aux six indicateurs majeurs recueillis au niveau des pays traite des structures et fonctions au niveau central, de la restructuration et du renforcement du Ministère de la Santé publique, de la collaboration avec les autres départements ministériels, de la collaboration avec les universités et les organisations non gouvernementales, des mécanismes institutionnels de coordination, du réseau national de développement sanitaire et de la coopération internationale.

Discussion

7. Le Sous-Comité du Programme s'est préoccupé du nombre relativement insuffisant de réponses enregistrées, pour le questionnaire qui avait été adressé aux Etats Membres de la Région.

8. Le Secrétariat a eu à préciser que si seulement 24 réponses avaient été colligées à la date du 31 août 1989, tout portait à croire que plusieurs pays avaient perçu le questionnaire comme étant davantage un instrument préparatoire à leurs réflexions pour les prochaines discussions techniques plutôt qu'une somme d'informations à recueillir et qui devait faire l'objet d'un rapport écrit à soumettre à l'appréciation du Sous-Comité du Programme puis à la sanction du Comité régional.

9. Par ailleurs, certains membres du Sous-Comité ont fait des observations à caractère essentiellement rédactionnel, mais susceptibles d'affecter sur le fond la compréhension qu'il faudrait avoir de certains points du rapport. Ainsi, il a été convenu qu'au paragraphe 6, il fallait comprendre que la coordination des services de santé est assurée (généralement mais pas toujours) au niveau intermédiaire par des directions régionales ou provinciales, et toujours au niveau périphérique par des équipes de santé de district ayant à leur tête un fonctionnaire médical.

10. Dans le paragraphe 13, le membre de phrase "Aucun pays n'a pas un conseil supérieur de santé en tant que tel" était une traduction peu heureuse du texte original (en anglais) du rapport. Il implique que dans la très large majorité des cas, les pays n'ont pas un conseil national supérieur de santé qui soit réellement fonctionnel.

11. Il reste que certains membres du Sous-Comité du Programme se sont demandés si la raison invoquée dans le rapport, au paragraphe 4, pour expliquer cette non fonctionnalité, à savoir l'absence de directives claires assignées à ces conseils, n'avait pas un caractère par trop restrictif ou abusif au plan de l'interprétation de la réalité. Il est suggéré d'y voir davantage le fait que les différents membres qui composent lesdits conseils n'ont pas toujours la même perception de l'intérêt et des pouvoirs qu'ont ces structures.

12. A une question posée par un membre du Sous-Comité, et relative au fait que peu d'universités prenaient part aux programmes de santé au niveau opérationnel, le Secrétariat a cité l'exemple concret d'un pays de la Région (le Nigéria) où une telle expérience est en cours depuis environ deux ans, et suivie avec intérêt par le Bureau régional.

13. Le Sous-Comité du Programme, au cours de l'examen attentif du rapport soumis, propose d'affiner la compréhension commune et complète qu'il faudrait avoir du chapitre 1 du document, chapitre qui traite des structures et fonctions au niveau central. A cet effet, on s'est mis d'accord sur la formulation suivante : dans la Région africaine, la politique sanitaire, faisant partie intégrante de l'orientation politique générale des pays, est déterminée par un parti politique ou toute autre structure similaire en tant lieu, puis approuvée le cas échéant par le Parlement. Dès lors, les stratégies et plans sont définis par le Ministère de la Santé publique, et approuvés par le Conseil des Ministres. D'autre part, et ce dans le cadre de la mise en oeuvre, il n'est pas rare que les Chefs d'Etat dirigent des campagnes de santé, mettant ainsi en exergue la priorité accordée à la santé.

14. Enfin, en ce qui concerne les commentaires généraux, un membre du Sous-Comité a suggéré que le document, sous sa forme définitive, soit précédé d'un préambule soulignant la difficulté de faire une synthèse d'informations recueillies dans une Région où parfois des spécificités sous-régionales ou des situations variables selon les pays amènent forcément à une saisie non exhaustive de l'ensemble des paramètres qui sous-tendent les préoccupations et les interrogations suscitées par le diagnostic de la situation relative au rôle du niveau central en tant que support pour les SSP et pour les stratégies SPT dans la Région africaine.

15. Quant, à terme, on ambitionne d'être opérationnel et crédible au regard des attentes de tous les partenaires au développement (sanitaire), on convient qu'il faut à coup sûr rechercher les voies et moyens d'améliorer nos canaux de communication, afin d'appréhender dans toute leur globalité mais aussi leur diversité la nature et les grandes lignes des structures organisationnelles et fonctionnelles existant dans les pays.

## RAPPORT D'ACTIVITE DE L'INITIATIVE DE BAMAKO (document AFR/RC39/8)

16. Dans l'introduction relative à ce point de l'ordre du jour, le Dr P. Chuke (Secretariat) a informé les membres du Sous-Comité du Programme que ce document constitue le premier rapport d'activités présenté au Sous-Comité sur l'Initiative de Bamako.

17. Il a déclaré que l'Initiative de Bamako fait suite à la résolution AFR/RC37/R6 adoptée par le Comité régional à Bamako, au Mali, en 1987, dont le principal objectif vise à susciter un effort communautaire soutenu basé sur l'autosuffisance pour l'expansion des soins de santé primaires en mettant un accent particulier sur les mères et les enfants. Ce projet conjoint des Etats Membres, en collaboration avec l'UNICEF et la Région africaine de l'OMS, a reçu l'approbation du Conseil exécutif de l'UNICEF dans une résolution adoptée en avril 1988. Ensuite, ce concept a été approuvé par la réunion des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'Organisation de l'Unité africaine et par l'Assemblée mondiale de la Santé.

18. Les efforts conjoints de la Région africaine de l'OMS et de l'UNICEF ont conduit à l'élaboration de directives et d'une lettre conjointe signée par le Directeur exécutif de l'UNICEF et le Directeur régional de l'OMS/AFRO. Cette lettre a été distribuée à tous les Représentants de l'OMS et de l'UNICEF en Afrique. Elle décrit les actions et le suivi nécessaires pour améliorer la collaboration afin de soutenir les pays. Une brochure conjointe a été éditée en mars 1989 et, trois mois plus tard, le premier numéro du bulletin de l'Initiative de Bamako a été publié.

19. Un mécanisme conjoint OMS/UNICEF de coordination a aussi été mis en place tant pour la formulation des politiques que pour les questions techniques. Au sein de ces deux institutions des Nations Unies, la réorganisation du Secrétariat a eu pour conséquence la création d'un service chargé du suivi de l'Initiative de Bamako. Un mécanisme de coordination présidé par le Directeur régional lui-même a aussi été mis en place à AFRO. Le Vice-Président est un des Directeurs de Programme et, en plus du service chargé de suivre l'Initiative de Bamako, il y a une représentation pour chacun des trois groupes techniques ainsi que pour les services de soutien, y compris les finances.

20. La réaction à l'Initiative de Bamako a été favorable dans presque tous les pays de la Région. Dans bon nombre de ces pays, les organismes de coordination et l'équipe spéciale tripartite Gouvernement/OMS/UNICEF ont été créés et sont opérationnels. Il faut à nouveau souligner que la formulation et l'élaboration des projets commencent par une requête formulée par le pays. Dans une large mesure, le succès dépendra d'une sélection soigneuse des communautés participantes et, pour faciliter ce processus, un ensemble de principes directeurs ont été élaborés, publiés et distribués.

21. Le Dr Chuke a souligné que les projets relatifs à l'Initiative de Bamako sont déjà en train d'être mis en oeuvre dans quatre pays. Neuf autres sont en train de mettre la dernière main aux préparatifs nécessaires au lancement de l'Initiative. De brefs résumés de la plupart de ces opérations figurent dans le document qui fait l'objet de la discussion.

22. A mesure que l'expérience opérationnelle s'accroît, on prend conscience de quelques contraintes et problèmes importants. Parmi ceux-ci, citons :

- a) le recensement des groupes vulnérables et le fait de s'assurer qu'ils sont couverts sur le plan;
- b) l'usage rationnel des médicaments et le fait d'éviter une prescription insuffisante ou une prescription trop importante;
- c) les problèmes de recouvrement des coûts, l'utilisation rapide des fonds, le problème de la disponibilité de devises étrangères en quantité suffisante, le problème des effets néfastes de l'inflation et ses conséquences sur la réduction progressive du pouvoir d'achat des monnaies locales;
- d) l'adéquation des services de référence;
- e) les problèmes opérationnels, y compris l'achat et la distribution des médicaments essentiels, les équipements de stockage, la tenue des livres de compte, la comptabilité, les systèmes de soumission des rapports, la supervision et l'évaluation. On prend de plus en plus conscience de l'importante capitale de la formation.

23. On est en train de rechercher des solutions aux niveaux national et international. Au dernier niveau, on essaye de résoudre les problèmes par l'échange de visites aux autres communautés où l'on rencontre des problèmes similaires et aussi par des ateliers et des séminaires interpays et interrégionaux. Enfin, une équipe spéciale de l'Initiative de Bamako pour la recherche opérationnelle, pour appuyer la Région, a été créée par le Siège de l'OMS à Genève.

Discussion

24. On a estimé que l'Initiative de Bamako revêtait un caractère révolutionnaire. Mais on a aussi estimé qu'il fallait faire preuve de prudence dans la mise en oeuvre de cette entreprise. Une préparation adéquate, accompagnée d'une planification détaillée sur les divers aspects, y compris la gestion, la formation ainsi que la sélection des communautés participantes, constituent des préalables, si on veut réussir. A cet effet, on a annoncé la publication d'une brochure intitulée "Idées directrices pour la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako" pour anticiper ces problèmes; celle-ci a été distribuée aux Etats Membres.

25. On a aussi exprimé les craintes que l'Initiative de Bamako puisse devenir un programme vertical et, ceci spécialement du point de vue de certains donateurs enthousiastes; et qu'elle fasse concurrence aux soins de santé primaires. Cependant, les membres du Sous-Comité ont reconnu que lorsqu'elle était considérée comme un moyen de gestion communautaire des ressources supplémentaires pour soutenir les soins de santé primaires, et vu sa nature très décentralisée, qui implique de prendre des décisions et d'entreprendre des actions au niveau local, qu'il lui était difficile de développer une nature verticale.

26. Le Sous-Comité a en outre reconnu que dans ce contexte, la vaste et riche expérience qu'on a déjà acquise dans le financement communautaire des soins de santé primaires serait d'utilité pour l'Initiative de Bamako et qu'il fallait en tirer parti. Il faudra prendre ce point en considération lorsqu'on sélectionnera les participants à la conférence de tous les Etats Membres sur l'Initiative de Bamako prévue pour l'année 1990.

27. Les réorganisations administratives qui s'opèrent au Bureau régional de l'OMS et à l'UNICEF, tous deux dotés d'une unité responsable de la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako, peuvent être considérées comme une façon d'accorder une attention efficace, rapide et précise, aux besoins exprimés au niveau de la communauté. C'est par cet aspect pratique que l'on s'attendait à cet impact de l'Initiative de Bamako. Le Bureau régional offre son soutien par le canal d'un comité national tripartite composé des équipes spéciales de coordination Gouvernement/OMS/UNICEF. Il existe également des échanges fréquents, pour chaque projet pays, entre le Bureau régional (AFRO), l'UNICEF et l'Equipe spéciale du Siège de l'OMS chargée de la recherche opérationnelle sur l'Initiative de Bamako.



28. Le résumé de l'expérience de certains pays a fourni des informations utiles et cependant insuffisantes qui devraient être complétées par tous les Etats Membres au cours de la séance plénière de la trente-neuvième session du Comité régional qui portera sur ce point.

29. La discussion sur les contraintes identifiées jusqu'à ce jour, au niveau national, dans le cadre de la mise en application de l'Initiative de Bamako, a souligné le fait que les solutions obtenues dans une localité n'étaient pas aisément applicables à une autre sans un certain degré de modification étant donné la diversité des environnements socio-culturels de la Région. Cependant, une vue d'ensemble a pu être obtenue. L'échange d'expériences au cours des séminaires/ateliers a tendance à appuyer les efforts de chaque Etat Membre.

30. Il existe toujours au sein des groupes vulnérables des sous-groupes qui pourraient ne pas être en mesure de contribuer financièrement à l'Initiative, et qui ne devraient pas être dénommés les pauvres mais plutôt les indigents. Il est réconfortant de noter qu'une attention particulière a été apporté pour répondre à leurs aspirations.

31. En fin de compte, le Sous-Comité a reconnu qu'il était prématuré de parler de l'impact de l'Initiative de Bamako. Cependant, son utilité a été largement accueillie dans la Région en tant qu'instrument de prise de conscience de la capacité potentielle de la communauté de constituer un financement autosuffisant et entretenu des soins de santé primaires.

PRIX DU DOCTEUR COMLAN A. A. QUENUM DE SANTE PUBLIQUE EN AFRIQUE  
(Document AFK/RC39/15)

#### Exposé introductif

32. Ce point a été présenté par le Dr A. Tekle (Secretariat) qui a déclaré qu'au cours de sa trente-sixième session qui s'est tenue à Brazzaville (Congo) en septembre 1986, le Comité régional a adopté à l'unanimité la résolution AFR/RC36/R8 qui recommandait à l'Assemblée mondiale de la Santé la création du Prix du Docteur Comlan A. A. Quenum de Santé publique en Afrique.

33. Le Conseil exécutif, au cours de sa soixante-dix-neuvième session tenue à Genève en janvier 1987, a décidé de confier au Comité régional la création du Prix y compris la rédaction des statuts appropriés et l'organisation des arrangements pour la sélection des lauréats.

34. En 1987, le Directeur régional a présenté au Comité régional les statuts et les directives régissant l'attribution du Prix du Docteur Comlan A. A. Quenum de Santé publique en Afrique. Le Comité régional a approuvé les directives et les statuts proposés.

35. En 1988, le Directeur régional a proposé que la sélection du lauréat et l'attribution du Prix du Dr Comlan A. A. Quenum de Santé publique en Afrique aient lieu en mai 1989. Cette proposition a été approuvée par le Comité régional.

36. Conformément à cette résolution, le Directeur régional a invité les membres du Comité d'Attribution du Prix du Docteur Comlan A. A. Quenum à Brazzaville pour délibérer sur la sélection des candidats soumis par les pays. Le Comité du prix s'est réuni pour la première fois le 9 février 1989. Sa tâche consistait à étudier et à sélectionner les candidats au Prix en examinant les quatre dossiers des candidats dont les noms ainsi que les autres informations nécessaires ont été fournis par leurs gouvernements respectifs en suivant la présentation suggérée par le Bureau régional.

37. L'Article 5 des statuts du Prix du Dr Comlan A. A. Quenum de Santé publique en Afrique indique la composition des membres du Comité du prix, à savoir : le Président et le Vice-Président du Sous-Comité du Programme du Comité régional; deux représentants du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire et le Directeur régional ou son représentant servant de Secrétaire du Comité.

38. Le Prix du Dr Comlan A. A. Quenum de Santé publique en Afrique et la médaille correspondante ont été décernés au Professeur Diop Mar (Sénégal) le 10 mai 1989 par le Professeur Minz Hang (Chine), Ministre de la Santé, Président de la Quarante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé.

#### Discussion

39. Les membres du Sous-Comité ont estimé que le document était pour l'essentiel un rapport d'information sur les mesures prises pour assurer la sélection appropriée du lauréat.

40. Une proposition de modification a été faite concernant le texte anglais du rapport.

41. Le Secrétariat a précisé que, comme par le passé, les formules de candidature pour la prochaine attribution - en 1991 - seront envoyées aux Etats Membres en temps utile.

RAPPORT SUR LES TROISIEMES REUNIONS SOUS-REGIONALES POUR LE DEVELOPPEMENT SANITAIRE (document AFR/RC39/16)

42. Dans son exposé introductif, le Dr E. Eben Mousi (Secrétariat) a indiqué que le rapport relatif à cette question comportait huit parties.

43. La première partie situe les réunions sous-régionales dans le cadre de la mise en oeuvre du scénario de développement sanitaire de l'Afrique, en rappelle les objectifs spécifiques et souligne l'importance des discussions au double plan de ressources budgétaires et extrabudgétaires (qu'il faut recenser et mobiliser) et de la coopération (d'assistance et de solidarité entre partenaires désireux d'un partage d'expériences).

44. La deuxième partie rend compte des séances d'ouverture toujours présidées par un délégué (élu) des pays membres et qui ont donné, à chaque fois, au Directeur régional de l'OMS l'occasion de situer d'emblée les sens et la portée des réunions.

45. La troisième partie examine pour chaque Sous-Région la composition du bureau (élu) de la réunion, l'ordre du jour (approuvé) et la méthode (adoptée) de travail.

46. La quatrième partie fait état des discussions relatives à la planification détaillée de l'esquisse du budget programme 1990-1991 de coopération entre l'OMS et chaque pays de la Sous-Région.

47. Les discussions ont donné l'occasion d'examiner de façon critique la mise en oeuvre de l'AFROPOC 1988 dans le cadre du biennium 1988-1989. Ces discussions auront aussi permis une revue par chaque pays de ses priorités de programmes dans le sens d'une concentration sur quelques programmes jugés obligatoires et/ou prioritaires.

48. La cinquième partie résume les activités SPT/2000 dans les Sous-Régions, et prenant en considération les travaux du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire qui s'était réuni quelques semaines plus tôt à Brazzaville, propose des critères pour rendre opérationnelles les équipes de SSP au niveau du district en même temps qu'elle renforce la nécessité d'une formation en gestion sanitaire à ce niveau.

49. La sixième partie fait large écho des préoccupations plus spécifiques à chaque Sous-Région, à la lumière des données recueillies et des expériences rapportées dans les domaines ci-après :

- i) lutte contre l'onchocercose (Sous-Région I) et en particulier essais thérapeutiques de l'Ivermectine, et dévolution du projet ONCHO;
- ii) protection de la santé de la mère et de l'enfant, en particulier par la réduction de la mortalité maternelle dans les pays (Sous-Région II) déjà préoccupés par des problèmes aigus de démographie;
- iii) aspects sanitaires des situations d'urgence mettant en cause les réfugiés et les victimes de guerre (Sous-Région III); inventaire des principaux problèmes de santé; expérience douloureuse (rapportée) de l'Angola et du Mozambique; efforts (appréciés) des pays de la ligne de front; contribution (espérée) de l'OMS.

50. Parallèlement ont été soulignées :

- i) l'approche d'une action globale intégrée et décentralisée au niveau district des programmes nationaux de lutte contre le SIDA;
- ii) les contraintes et obstacles à l'Initiative de Bamako, notamment au plan des implications socio-politiques et gestionnaires d'un programme dépassant pourtant le simple cadre d'une disponibilité en médicaments essentiels parce qu'ouvrant la voie au problème fondamental de financement communautaire de la santé, programme qu'il conviendrait de soutenir avec rigueur.

51. La septième partie rappelle brièvement un des rôles des équipes interpaye de développement sanitaire, à savoir la promotion des activités CTPD dans le domaine de la santé et des secteurs connexes. Faisant l'inventaire des initiatives prises à ce titre, et reconnaissant les potentialités dont dispose la Région africaine, les participants ont recommandé l'actualisation, la publication et la diffusion d'un annuaire portant sur les offres et besoins en matière de CTPD.

52. La huitième et dernière partie tirant les conclusions des Troisièmes Réunion sous-régionales de Développement sanitaire, observe que les conditions de succès des progrès futurs résident dans :

- i) la prise de conscience constante des Etats Membres;
- ii) l'esprit de concertation/collaboration/coordination qui doit continuer à prévaloir;
- iii) la nécessité d'une coopération d'assistance et de solidarité entre les pays et l'OMS, et d'une manière générale, entre tous les acteurs et partenaires du développement.

#### Discussion

53. Le Secrétariat a pris acte de la nécessité d'être plus explicite au point 16 du rapport, quant à l'analyse de la situation sanitaire dans les districts opérationnels où les faiblesses inventoriées tiennent pour la plupart à une mauvaise gestion sanitaire, à des ressources inadéquates et à des efforts insuffisants pour mettre en place des mécanismes permettant de produire des revenus.

54. Un membre du Sous-Comité a souhaité que soient adjoints au document final les critères proposés d'opérationnalité des districts, afin de mieux rendre compte et d'appréhender l'effort de réflexion qui avait été fait à cette occasion. Le Secrétariat, prenant acte de ce souhait, a toutefois précisé que les critères suggérés au niveau de chacune des Sous-Régions et qui avaient fait l'objet d'un consensus général ont été retenus comme base de synthèse par le Bureau régional pour élaborer une première liste (à affiner) de six critères ayant récemment permis à certains pays de la Région de se faire une première idée, non seulement du pourcentage global de districts opérationnels mais aussi du niveau d'opérationnalité de chacun d'entre eux.

55. L'instance de certains délégués sur l'importance de la communication et de la gestion du soutien informationnel entre les pays a donné l'occasion au Secrétariat du Sous-Comité du Programme d'indiquer que ce problème n'avait pas échappé à l'attention du Conseil exécutif de l'OMS et du Bureau régional pour l'Afrique. C'est ce qui justifie que des fonds alloués à l'agrandissement du Bureau aient été préférentiellement affectés à la réalisation d'une bibliothèque informatisée ultra-moderne au Siège à Brazzaville, et dont le Directeur régional s'efforce d'obtenir qu'elle soit mise en connexion avec les structures de documentation existant dans chacun des pays de la Région.

56. Enfin, le Sous-Comité du Programme a porté une attention soutenue à la promotion des activités CTPD dans la Région, et aux mécanismes qui permettraient de les développer. Cette préoccupation a donné l'occasion au Secrétariat de rappeler que, dans une Sous-Région (en l'occurrence la Sous-Région I), des réunions à caractère CTPD animées par l'équipe interpays de développement sanitaire avaient eu lieu par exemple entre 1986 et 1988 sur des sujets aussi variés et intéressants que le choléra, les fièvres hémorragiques, la lèpre ou la coopération intersectorielle.

57. Un membre du Sous-Comité s'étant attardé sur le besoin d'une synthèse plus saillante de l'approche permettant de renforcer la CTPD dans la Région, le Secrétariat a saisi cette occasion pour faire l'historique de la démarche qui, depuis 1985, avait conduit le Comité régional à demander au Directeur régional de passer d'un simple calendrier de visites organisées entre pays pour des échanges d'expériences à l'institutionnalisation de réunions sous-régionales et de discussions techniques subséquentes. C'est ainsi que celles-ci ont porté respectivement sur les trois niveaux d'intervention dans les pays (périphérique, intermédiaire, central) et les programmes d'appui (management, formation, recherche) qui doivent les sous-tendre et leur confèrent un impact global en tant que suivi d'activités privilégiées de CTPD.

RAPPORT SUR LA NEUVIEME SESSION DU COMITE CONSULTATIF AFRICAIN POUR LE DEVELOPPEMENT SANITAIRE (CCADS) (Document AFR/RC39/17)

#### Exposé introductif

58. Le Secrétariat a invité le Comité régional à examiner le rapport du Directeur régional portant sur les travaux de la neuvième session du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire, session qui a eu lieu du 6 au 10 février 1989 à Brazzaville.

59. Il a été rappelé aux délégués que le CCADS, créé il y a 10 ans, a une composition pluridisciplinaire et multisectorielle qui lui permet de jouer pleinement son rôle d'organe-conseil grâce à l'expérience éprouvée, l'enthousiasme et la compétence des experts scientifiques et responsables nationaux qui le composent.

60. Le rapport se subdivise en plusieurs parties :

61. La première partie rapporte la composition du Bureau (élu) du Conseil placé sous la présidence du Professeur Moïse Oliveira qui saisira l'occasion de l'ouverture des travaux pour mettre l'accent sur les différentes étapes qui ont jalonné la prise de conscience progressive de l'Afrique quant aux relations d'interférence et d'interdépendance Santé/Développement.

62. Le Président du CCADS souligne alors le rôle essentiel du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique comme moteur et catalyseur des aspirations régionales, la finalité demeurant la promotion de la santé au niveau du district.

63. L'ordre du jour (adopté), le programme de travail (annoté) et l'organisation du travail et la liste des participants (en annexe) constituent la deuxième partie du rapport.

64. La troisième partie rapporte l'examen des progrès accomplis dans la Région africaine sur la voie de la SPT/2000 : Analyse de la situation sanitaire dans les districts, qui dresse un bilan sur l'opérationalité des districts en terme de SSP :

- i) analyse des 12 indicateurs mondiaux qui donne les tendances de la situation sanitaire générale de l'Afrique;
- ii) analyse des 27 indicateurs régionaux de santé qui tente de cerner l'impact de nos actions dans le cadre de la surveillance des progrès réalisés.

65. Des recommandations précises se dégageront ainsi des réflexions du Comité : elles sont rapportées aux paragraphes 8 et 9 du rapport.

66. La quatrième partie porte sur l'accélération de l'instauration de la santé pour tous les Africains.

67. L'évaluation de la situation sanitaire des districts aura servi de base aux discussions du Comité sur les voies et moyens de renforcer les mécanismes de gestion, lesquels comprennent entre autres la surveillance des progrès vers la SPT/2000.

68. En considération des trois domaines techniques prioritaires retenus par la Région (lutte et contrôle de la maladie, protection de la santé de la mère et de l'enfant, approvisionnement en eau potable et salubrité de l'environnement), quelles activités gestionnaires planifier, avec quelle allocation de tâches et quelle focalisation des tâches au sein du district ?

69. Les membres du CCADS ont proposé des directives générales sur la séquence des activités programmatiques qui sous-tendent cette préoccupation, et relevé les activités et interventions à mener aux niveaux du Bureau régional, interpays et pays, en ayant en vue qu'une telle démarche orientera fondamentalement l'exploration, la motivation et l'utilisation des ressources nécessaires au succès d'une telle entreprise.

70. Dès lors, ont été examinés tous les aspects de l'appui que l'OMS peut apporter aux pays en support des districts, en particulier :

- i) au niveau périphérique (par le biais de ses bureaux implantés dans les pays);
- ii) au niveau intermédiaire (par l'action complémentaire et synergique des équipes interpays de développement sanitaire);
- iii) au niveau central (par le rôle que les unités techniques du Bureau régional peuvent apporter en appui stratégique).

71. Le CCADS a proposé plusieurs actions :

- i) au niveau pays : l'importance à accorder au processus gestionnaire sanitaire dans les districts, en prenant exemple sur l'Initiative de Bamako, en suggérant quelques critères de base pour la sélection des districts devant en bénéficier, et en proposant la tenue d'une réunion technique tripartite Pays/UNICEF/OMS;



- ii) au niveau interpays : l'enchaînement des activités à déployer par les équipes sous-régionales dans le cadre du renforcement de l'appui technique au niveau intermédiaire;
- iii) au niveau du Bureau régional de l'OMS : le suivi de la coordination de la stratégie de la SPT/2000 telle qu'elle devrait être assurée par le niveau central des pays, et l'assistance qui devrait être fournie aux pays de la Région afin qu'ils soient tous acquis à l'idée, au principe et à la pratique d'une véritable décentralisation des pouvoirs et/ou actions et/ou ressources.

72. Le rapport conclut dans sa cinquième et dernière partie sur des recommandations faites au Directeur régional :

- i) quant à la définition de critères d'opérationnalité en SSP des districts, et la nécessité d'affiner la confection d'instruments appropriés à la mesure des progrès accomplis au niveau du district;
- ii) quant à l'appui à apporter aux pays dans la gestion sanitaire du district, tout particulièrement pour les activités attachées aux priorités régionales retenues;
- iii) quant au soutien aux programmes nationaux tel qu'il peut être assuré par l'appui opérationnel, technique et stratégique que les différentes structures de l'OMS ont la charge d'entreprendre dans le cadre du scénario de développement sanitaire de l'Afrique.

### Discussion

73. Le Secrétariat a pris acte d'une proposition de clarification rédactionnelle faite par un membre du Sous-Comité du Programme, au sujet du point 26 du rapport. Une décentralisation/déconcentration/délégation des pouvoirs, actions et/ou ressources n'est susceptible de présenter un intérêt que si elle bénéficie directement et en premier lieu aux communautés villageoises. Par conséquent, le scénario de développement sanitaire en trois phases fait du district, donc du niveau périphérique, le rôle privilégié des attentions que nous devons porter à nos programmes de développement sanitaire.

74. En fait, un autre membre du Sous-Comité s'est ému de ce que certains concepts, tels que la décentralisation, ne donnent pas davantage lieu dans notre Région à un débat plus approfondi, sachant qu'il ne faut jamais perdre de vue qu'un domaine social comme la santé revêt toujours une certaine connotation politique dès que l'on aborde l'aspect opérationnel des interventions et actions à mener. Et, dès lors, l'évaluation de l'impact de celles-ci sur les parties présentes (autorités politiques, populations bénéficiaires) devient très importante, en ce sens qu'elle pose un véritable problème de marketing social ("impact assessment").

75. Enfin, un intéressant débat a animé le Sous-Comité du Programme lorsqu'un délégué de pays s'est interrogé sur l'enchaînement des réunions du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire et des Réunions sous-régionales pour le Développement sanitaire, les secondes suivant généralement les premières.

76. Pour justifier cette pratique, le Secrétariat a fait valoir la nécessité de distinguer des rencontres relevant de mécanismes et de mandats différents :

- i) le CCADS est en effet une structure de consultation dont le champ d'intérêt couvre les problèmes de politique générale ou la mise en oeuvre de certains programmes précis et pour lesquels le Directeur régional souhaite recueillir des avis d'experts avant de solliciter les gouvernements des pays;
- ii) les réunions sous-régionales pour le développement sanitaire qui en sont volontiers le complément, bien que distinctes et pas toujours liées, relèvent d'un mécanisme délibérant institutionnel qui permet de recueillir des recommandations des Etats Membres, sur une base sous-régionale, pour la mise en oeuvre des programmes certes, mais aussi et surtout pour la programmation/budgétisation et pour l'échange d'expériences dans le cadre d'activités de CTPD.

77. Le Sous-Comité du Programme porte toutes ces recommandations, qu'elles émanent de l'un ou de l'autre de ces mécanismes (consultatif ou institutionnel), à la connaissance du Comité régional qui, dès lors, décide des directives d'action à donner au Directeur régional.

RAPPORT SUR L'UTILISATION OPTIMALE DES RESSOURCES DE L'OMS  
(Document AFR/RC39/23)

Exposé introductif

78. En présentant ce document, le Dr A. Tekle (Secrétariat) a déclaré que dans la résolution AFR/RC36/R3 adoptée par le Comité régional en 1986 qui concerne la politique régionale en matière de budget programme, le Comité a noté en 1986 que cette politique était un moyen efficace d'améliorer le partenariat entre les Etats Membres et l'OMS. Il a invité les Etats Membres à assumer leurs responsabilités dans la préparation et dans la mise en oeuvre du budget programme régional et a prié le Directeur régional de préparer un projet de budget programme conjointement avec tous les Etats Membres en tenant compte de cette politique.

79. En 1987, le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC37/R12 dans laquelle il priait instamment les Etats Membres d'utiliser la politique régionale en matière de budget programme pour la préparation des budgets programmes des pays et pour l'application rationnelle de toutes les ressources nationales et extérieures en faveur du développement sanitaire national. Le Comité a prié le Directeur régional de leur faire rapport régulièrement sur les mesures prises dans le cadre de cette résolution.

80. Le document AFR/RC39/23 intitulé : "Utilisation optimale des ressources de l'OMS" a donc été préparé afin d'être examiné par le Sous-Comité du Programme.

81. En se fondant sur un questionnaire, le Directeur régional a demandé aux Etats Membres d'exprimer leur point de vue sur les quatre grandes questions suivantes : i) Personnel; ii) Bourses d'études; iii) Equipements et fourniture; iv) Procédures gestionnaires adoptées dans le cadre de la politique régionale en matière de budget programme convenue par les Etats Membres de la Région.

82. Le Comité était invité à formuler des directives sur ces quatre problèmes.

Discussion

83. Trois délégués ont pris la parole au titre de ce point de l'ordre du jour. En ce qui concerne les bourses, un orateur a donné des exemples d'utilisation optimale des ressources dans son pays et dans la Sous-Région.

84. Il a été proposé d'améliorer la souplesse et le rôle gestionnaire de l'OMS lorsqu'il s'agit de sélectionner les consultants ou les membres du personnel recrutés pour les programmes régionaux. Il faudrait éviter d'engager des experts dont le mandat exige une révision.

85. On a aussi fait observer que l'OMS ne devrait pas adopter une ligne trop restrictive quant aux dispositions relatives aux fournitures et au matériel essentiel à un appui logistique tels que l'information, les matériels d'enseignement et de formation, ainsi que les matériels pour la réparation et l'entretien.

86. On a aussi signalé la nécessité de simplifier les règlements administratifs, financiers et comptables nationaux tout comme ceux de l'OMS afin de faciliter la coopération financière directe.

87. En réponse aux préoccupations exprimées par les membres du Sous-Comité du Programme, il a été précisé que le programme des bourses, qui faisait l'objet d'un point distinct de l'ordre du jour de la trente-neuvième session du Comité régional, était essentiellement du ressort des Etats Membres, qui décident des personnes devant bénéficier de bourses et de la durée de celles-ci. Le rôle d'AFRO consiste essentiellement à fournir un soutien et à donner des conseils. La politique d'AFRO est d'utiliser les ressources en Afrique même. Les experts et les consultants ont des mandats précis et, quand leur candidature est présentée à un pays, est joint leur curriculum-vitae. Aucun expert n'est envoyé dans un Etat Membre avant que le gouvernement n'ait donné son approbation et son autorisation. Il n'y a pas de restriction quant au matériel et à l'équipement requis pour la mise en oeuvre des aspects opérationnels des SSP. Si, d'un autre côté, le montant demandé dépasse les possibilités financières de l'OMS, l'Organisation prend contact avec des donateurs pour obtenir un soutien. La coopération financière directe confère aux Etats Membres toute la responsabilité de la gestion des ressources de l'OMS. Quelques Etats Membres n'ont pas encore mis en place de mécanismes comptables pour s'assurer que le soutien de l'OMS sera utilisé dans le but prévu.

FONDS SPECIAL DE LA SANTE POUR L'AFRIQUE (documents AFR/RC39/32, AFR/RC39/32 Add.1 et 2)

Exposé introductif

88. Le Directeur régional, le Professeur G. L. Monekosso, a présenté le point 8 de l'ordre du jour à partir des documents de référence AFR/RC39/32, AFR/RC39/32 Add.1 et AFR/RC39/32 Add.2.

89. Il a indiqué que ces documents étaient soumis à titre d'information au Comité régional. Les commentaires et remarques des délégués permettront d'enrichir et d'approfondir l'idée du Fonds spécial de la Santé pour l'Afrique (FSSA).

90. Le Directeur régional a passé en revue les trois chapitres du document AFR/RC39/32 "Vers un Fonds spécial de la Santé pour l'Afrique", qu'il a qualifié de document essentiel pour une bonne compréhension du FSSA.

91. Il a ensuite rappelé les éléments de la base institutionnelle du Fonds, notamment : la Déclaration AHG/Décl.1 (XXIII) des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'OUA de juillet 1987; la recommandation de la Conférence interparlementaire sur la santé de juillet 1988; la résolution AFR/RC38/R14 de la trente-huitième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

92. Il a noté que, d'ores et déjà, plusieurs communautés africaines gèrent des fonds d'assistance mutuelle ou de solidarité à des fins diverses, y compris la santé.

93. Le Directeur régional a expliqué que l'objectif fondamental du Fonds était d'appuyer et de généraliser des initiatives par un apport de fonds extérieurs en devises convertibles à ces communautés pour le financement des soins de santé primaires et leur autoprise en charge.

94. Le Directeur régional a ensuite décrit les trois composantes - communautaire, nationale et extérieure du FSSA, qui sont intimement liées entre elles. A titre indicatif, il a énuméré les sources éventuelles des revenus et des dépenses de chaque niveau du Fonds.

95. Le Directeur régional a également évoqué le cadre organisationnel et la structure de gestion du FSSA : Comité d'honneur - Conseil d'administration - Secrétariat exécutif.

96. Il a précisé que le capital de départ du Fonds, fixé à un montant minimum de trois millions de dollars des Etats-Unis, proviendrait des contributions versées par les hommes politiques, les élites et les hommes d'affaires africains. Les contributions extérieures du continent constitueront seulement un apport complémentaire aux engagements financiers initiés par les Africains.

97. Ce capital de départ sera placé, et seuls les intérêts produits serviront au fonctionnement du Fonds, afin de garantir la pérennité de cette institution.

#### Discussion

98. Dans leurs interventions, les délégués ont tenu à remercier le Directeur régional pour la clarté de son exposé sur le Fonds. Ils ont émis des remarques pertinentes et, dans certains cas, ont demandé des informations supplémentaires concernant certains points, notamment : les risques de bureaucratisation; le danger d'un déséquilibre éventuel entre les dépenses à caractère opérationnel et les dépenses de fonctionnement; la nécessité de prendre en compte des aspects spécifiques de chaque pays et de chaque Région; l'exigence d'une gestion rigoureuse et transparente du FSSA à tous les niveaux.

99. En réponse aux questions et remarques des délégués, le Directeur régional a souligné que le problème de fond résidait dans la garantie d'une gestion rigoureuse par un effort spécial en faveur de la formation à la gestion, tant au niveau sanitaire que global, et par le recours à des individus auxquels on peut faire confiance.

100. Il a estimé que la participation des fonds communautaires aux fonds provinciaux et nationaux se justifiait par la nécessité de manifester leur solidarité aux communautés moins avancées dans ce domaine.

101. Il a réaffirmé le caractère autonome du FSSA, qui ne pouvait en aucun cas être conçu comme une structure gouvernementale ou intergouvernementale. Il a indiqué les relations de complémentarité entre le Fonds et les autres actions de financement communautaire comme l'Initiative de Bamako.

102. Concernant le choix du pays de Siège et les contributions au capital de départ du FSSA, le Directeur régional a annoncé que des consultations auraient lieu entre les différents pays.

103. L'appui technique de l'OMS au niveau aussi bien du Bureau régional de l'Afrique que du Siège de Genève, sera indispensable pour aider au démarrage et au développement des activités du FSSA.

104. Pour répondre à un délégué, le Directeur régional a illustré à l'aide d'un exemple le mécanisme de fonctionnement du FSSA, depuis la demande présentée par une communauté donnée jusqu'à l'allocation des fonds pour le financement d'activités sanitaires.

105. Pour conclure, le Directeur régional a fait le lien entre la création du Fonds et la mise en oeuvre du scénario de développement sanitaire en trois phases.

106. Dans le contexte actuel de crise économique et financière que connaissent les pays de la Région, le FSSA constitue un moyen de financement des activités des soins de santé primaires, tels qu'ils sont prévus dans le cadre du scénario.

#### CONCLUSION

107. Le Sous-Comité du Programme qui s'est réuni à Niamey les 4 et 5 septembre 1989, avant la trente-neuvième session du Comité régional de l'OMS de l'Afrique, s'est attaché à l'examen de sept grands thèmes ayant trait au renforcement et à l'accélération du développement sanitaire en Afrique. Le Sous-Comité s'est félicité du travail accompli par le Directeur régional et son personnel et a formulé un certain nombre de recommandations qui seront examinées par le Comité régional.

108. Le Sous-Comité s'est réuni à nouveau le 8 septembre 1989 pour examiner et adopter le présent rapport.

## APPENDICE 1

## PROGRAMME DE TRAVAIL

1. Ouverture de la réunion
2. Troisième rapport annuel (analyse de la situation) des progrès réalisés dans le soutien stratégique aux SSP (niveau central) (document AFR/RC39/4 Rév. 1)
3. Rapport d'activité de l'Initiative de Bamako (document AFR/RC39/8)
4. Rapport sur le Prix Dr Comlan A. A. Quenum (document AFR/RC39/15)
5. Rapport des Réunions sous-régionales pour le Développement sanitaire (document AFR/RC39/16)
6. Rapport du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS) (document AFR/RC39/17)
7. Rapport sur l'utilisation optimale des ressources de l'OMS (document AFR/RC39/23)
8. Fonds spécial de la Santé pour l'Afrique (documents AFR/RC39/32, AFR/RC39/32 Add.1, AFR/RC39/32 Add.2)
9. Examen du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC39/14)
10. Clôture de la réunion.



## APPENDICE 2

## LISTE DES PARTICIPANTS

## COMORES

M. Riziki Abdourrahmani  
Chargé de Mission au Ministère de la Santé  
Moroni

## CONGO

Dr A. Gando  
Directeur général de la Santé publique  
Brazzaville

## COTE D'IVOIRE

Dr Bouffard A. Bella  
Directeur des Relations régionales et internationales  
Ministère de la Santé et de la Population  
Abidjan

## GHANA

Dr J. A. Adamafio  
Deputy Director of Medical Services  
Ministry of Health  
Accra

## GUINEE

Dr Mohamed Sylla  
Secrétaire général du Ministère de la Santé  
et des Affaires sociales  
Conakry

## GUINEE-BISSAU

Dr C. M. Mendes Costa  
Director, Centro de Medicina Tropical de Bissau  
Bissau

Appendice 2

## KENYA

Dr J. Otete  
Senior Deputy Director of Medical Services  
Ministry of Health  
Nairobi

## LESOTHO

Dr Strong T. Makenete  
Minister of Health  
Maseru

## MALI

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

## MAURITANIE

M. Sada Anne  
Directeur du Projet de Santé rurale  
Nouakchott

## MAURICE

Mr B. Goordyal  
Permanent Secretary  
Ministry of Health  
Port-Louis

## MOZAMBIQUE

Sr Lucas Chomera Jeremias  
Director Nacional Adjunto de Saúde  
Maputo

## SECRETARIAT

Dr G. L. Menokosso  
Directeur régional

Dr A. Tekle (DCP)  
Directeur, Coordination, Promotion et Information

Dr P. Chuke (PM2)  
Chef de Programme, Protection et Promotion de la Santé en général

Appendice 2

Dr D. Barakamfitye (PM3)

Chef de Programme, Prévention et Lutte contre la Maladie

Dr E. Eben-Moussi (PHD)

Développement de Santé publique

Dr C. Tiny (ICH)

Coopération inter pays pour SPT

M. W. D. Chelemu (EDV)

Médicaments et Vaccins essentiels

Dr K. V. Bailey (NUT)

Nutrition

Dr L. Barry (FHP)

Programme de Santé de la Famille

Dr M. Njume-Ebong (PDS)

Service de Publications et de Documents

M. S. Chumfong (HEP)

Service de l'Information, Relations publiques et Protocole

M. A. Tounkara (ASO)

Administrateur des Services administratifs

## RAPPORT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES

Soutien stratégique pour les soins de santé primaires :  
rôle du niveau stratégique dans l'accélération de la santé  
pour tous les Africains (document AFR/RC39/TD/1)

## INTRODUCTION

1. Les discussions techniques de la trente-neuvième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique ont eu lieu à Niamey (Niger), le 9 septembre 1989. Ces discussions techniques ont été présentées par le Dr Amonoo-Lartson du Ghana.

2. Les personnes suivantes ont été élues Président et Rapporteur des trois groupes de travail créés pour assurer les discussions :

PrésidentRapporteurs

Groupe I : Dr M. Cisse (Guinée)

Dr S. Braz (Angola)

Groupe II : M. S. K. Gyoh (Nigéria)

Dr S. L. Nyaywa (Zambie)

Groupe III : Mme T. King (Sénégal)

Mr A. Sada (Mauritanie)

3. Dans ses ramarques introductives, le Président a souligné la nécessité pour les délégués de faire des propositions pratiques et réalistes pour adoption par le Comité et mise en oeuvre par les Etats Membres afin de renforcer le niveau central (stratégique) du gouvernement pour soutenir les soins de santé primaires.

## DISCUSSIONS

Structure et fonctions au niveau central

4. Presque tous les pays de la Région ont des structures techniques et administratives qu'on peut considérer comme étant adéquates pour le soutien au développement sanitaire en général et aux soins de santé primaires en particulier. Toutefois, il est nécessaire de rendre les structures existantes plus efficaces et plus fonctionnelles grâce à la redéfinition des politiques et à l'adoption de stratégies dans beaucoup de pays afin de réaliser les objectifs suivants :

- i) donner une formation plus appropriée aux personnels de santé, spécialement en ce qui concerne les SSP;
- ii) accorder des avantages financiers adéquats à tous les personnels de santé et des secteurs apparentés à la santé, spécialement au niveau du district;
- iii) assurer une décentralisation effective des fonctions liées à ces tâches et améliorer la gestion des ressources aux niveaux les moins élevés du système de prestation de soins de santé, spécialement au niveau du district; cette décentralisation devrait renforcer le niveau central en libérant le personnel de ce niveau des tâches qui pourraient et devraient être accomplies à d'autres niveaux;
- iv) renforcer les capacités gestionnaires à tous les niveaux, spécialement au niveau du district;
- v) maintenir l'élan qui existe actuellement et qui concerne la restructuration des Ministères de la Santé des pays membres et le renforcer;
- vi) afin de renforcer la coordination avec les Ministères de la Santé, les services de coordination des SSP devront être mis en place et des réunions de coordination bien préparées devront avoir lieu régulièrement;
- vii) autant que possible, les tâches dévolues au niveau central devront être clairement définies et il conviendra de doter ce niveau d'une équipe lui permettant de fonctionner.

#### Collaboration avec les secteurs non gouvernementaux

5. Dans presque chaque pays, le principe de la collaboration intersectorielle pour le développement sanitaire grâce à l'approche des SSP est accepté au moins en théorie. Ce qu'il est nécessaire de faire, c'est de mettre en pratique cette politique. Puisque la coopération intersectorielle fonctionne le plus efficacement au niveau opérationnel (district), il est proposé que l'action soit concentrée à ce niveau grâce à l'allocation des ressources humaines, matérielles et financières. On s'assure ainsi qu'il y aura délégation de l'autorité appropriée.

6. Pour assurer la coopération intersectorielle, il est proposé que le secteur santé soit coordonné au niveau le plus élevé possible du gouvernement, c'est-à-dire au niveau du Bureau du Chef de l'Etat ou du Chef du Gouvernement. A cette fin, les procédures institutionnelles pour la coordination entre les réseaux devront être examinées dans le cadre des conseils sanitaires nationaux, si ceux-ci peuvent être renforcés pour les rendre plus fonctionnels.

#### Collaboration avec les universités et les ONG

7. Les universités doivent adapter leurs programmes d'études à la formation des personnels médicaux et autres en se fondant sur la Déclaration d'Edimbourg et sur le Plan d'Action d'Abuja.

8. Vu l'importance de la recherche sur les systèmes de santé pour développer les SSP dans la Région, il est recommandé que les universités, les écoles de médecine et les établissements similaires collaborent avec les équipes sanitaires travaillant à tous les niveaux du système de prestation de soins de santé en mettant un accent spécial sur le district.

9. C'est une idée généralement acceptée que les ONG jouent un rôle important dans le développement des services sanitaires; c'est spécialement vrai pour des ONG de la Région. Il est recommandé que la liaison entre les Ministères de la Santé et les ONG soit renforcée grâce à la mise en place de mécanismes appropriés.

#### Coopération internationale

10. Vu l'importance de l'assistance internationale pour le développement sanitaire, il est proposé que l'aide extérieure soit examinée dans le cadre des plans nationaux de développement sanitaire. Il faudra aussi mettre en place des mécanismes pour une coopération efficace.

11. Il est recommandé que l'OMS joue un rôle plus important pour promouvoir la canalisation du soutien extérieur pour le développement sanitaire dans la Région africaine.

12. Tout en reconnaissant l'importance de la CTPD (Coopération technique entre pays en développement), il est recommandé que le mécanisme de coopération dans le cadre de la CTPD soit renforcé au niveau de la Région et de la Sous-Région.

ORDRE DU JOUR PROVISOIRE DE LA QUARANTIEME SESSION  
DU COMITE REGIONAL DE L'AFRIQUE

1. Ouverture de la quarantième 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. Désignations du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
6. Activités de l'OMS dans la Région africaine
  - 6.1 Rapport succinct du Directeur régional
  - 6.2 Santé maternelle et infantile : survie de l'enfant et maternité sans risque (rapport d'activité)
  - 6.3 Examen du programme de lutte contre le SIDA
  - 6.4 Utilisation optimale des ressources : examen de la politique du budget programme régional
  - 6.5 Examen du programme de lutte contre la tuberculose
  - 6.6 Préparation aux urgences en Afrique
  - 6.7 Examen du programme de médecine traditionnelle
7. Corrélations entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé
  - 7.1 Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et par le Conseil exécutif : Rapport du Directeur régional
  - 7.2 Ordre du jour de la quatre-vingt-septième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Quatrième 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-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé
8. Examen du rapport du Sous-Comité du Programme
  - 8.1 Projet de budget programme 1992-1993
  - 8.2 Rapport des Réunions sous-régionales pour le Développement sanitaire
  - 8.3 Rapport du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS)

---

9. Discussions techniques

9.1 Présentation du rapport des discussions techniques : "Gestion des systèmes de santé"

9.2 Désignation du Président et du Président suppléant des discussions techniques pour 1991

9.3 Choix du sujet des discussions techniques pour 1991

10. Dates et lieux des quarante et unième et quarante-deuxième sessions du Comité régional pour 1991 et 1992

11. Adoption du rapport du Comité

12. Clôture de la quarantième session.



## LISTE DES DOCUMENTS

- AFR/RC39/1 - Ouverture de la trente-neuvième session
- AFR/RC39/2 Rév.3 - Ordre du jour provisoire
- AFR/RC39/3 - Activités de l'OMS dans la Région africaine : Rapport biennal du Directeur régional
- AFR/RC39/4 Rév.1 - Troisième rapport annuel (analyse de la situation) des progrès réalisés dans le soutien stratégique aux SSP (niveau central)
- AFR/RC39/5 - Examen du programme de lutte contre le SIDA
- AFR/RC39/6 - Examen des stratégies d'évaluation de la poliomyélite et du tétanos néo-natal
- AFR/RC39/7 - Examen du programme de nutrition et établissement des priorités
- AFR/RC39/8 - Rapport d'activité de l'Initiative de Bamako
- AFR/RC39/9 - Examen des politiques de bourses dans la Région africaine
- AFR/RC39/10 - 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/RC39/11 et  
AFR/RC39/11 Corr.1 - Incidences régionales des ordres du jour de la quatre-vingt-cinquième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé
- AFR/RC39/12 - Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé
- AFR/RC39/12 Add.1 - Changement de date des sessions de l'Assemblée mondiale de la Santé
- AFR/RC39/13 Rév.1 - Discussions techniques à la Quarante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé
- AFR/RC39/14 - Rapport du Sous-Comité du Programme
- AFR/RC39/15 - Rapport sur le Prix Dr Comlan A. A. Quenum de Santé publique en Afrique
- AFR/RC39/16 - Rapport des Réunions sous-régionales pour le Développement sanitaire
- AFR/RC39/17 - Rapport du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS)

- 
- AFR/RC39/18 - Présentation du rapport des discussions techniques : "Appui stratégique aux soins de santé primaires (niveau central)"
- AFR/RC39/19 - Désignation du Président et du Président suppléant des discussions techniques pour 1990
- AFR/RC39/20 - Choix du sujet des discussions techniques pour 1990
- AFR/RC39/21 - Dates et lieux des quarantième et quarante et unième sessions du Comité régional pour 1990 et 1991
- AFR/RC39/22 - Rapport du Comité régional
- AFR/RC39/23 - Utilisation optimale des ressources de l'OMS
- AFR/RC39/24 - Distribution par pays des fonctions exercées durant les précédents Comités régionaux
- AFR/RC39/25 Rév.1 - Liste des participants
- AFR/RC39/26 - Programme de travail du Sous-Comité du Programme
- AFR/RC39/27 - Note de mise au courant du Président du Sous-Comité du Programme
- AFR/RC39/28 - Programme de travail de la seconde réunion du Sous-Comité du Programme
- AFR/RC39/29 - Participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique
- AFR/RC39/30 - Mandat du Sous-Comité du Programme
- AFR/RC39/31 - Calendrier de remplacement des membres du Sous-Comité du Programme
- AFR/RC39/32 - Vers un Fonds spécial de la Santé pour l'Afrique
- AFR/RC39/32 Add.1 - Cadre organisationnel du Fonds spécial de la Santé pour l'Afrique
- AFR/RC39/32 Add.2 - Projet de Statuts du Fonds spécial de la Santé pour l'Afrique
- AFR/RC39/TD/1 - Discussions techniques : "Appui stratégique aux soins de santé primaires (niveau central)"
- AFR/RC39/TD/2 - Guide pour les discussions techniques
- AFR/RC39/Conf.Doc/1 - Allocution de Monsieur G. Kotiga, Ministre de la Santé du Tchad, Premier Vice-Président de la trente-huitième session du Comité régional
- AFR/RC39/Conf.Doc/2 - Allocution du Dr Hiroshi Nakajima, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé

- AFR/RC39/Conf.Doc/3 - Allocution du Dr G. L. Monekosso, Directeur régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique
- AFR/RC39/Conf.Doc/4 - Allocution de Son Excellence Monsieur Moutari Moussa, Membre du Bureau exécutif national, Président du Conseil national de Développement de la République du Niger
- AFR/RC39/Conf.Doc/5 - Allocution du Dr Nafis Sadik, Directeur exécutif du Fonds des Nations Unies pour la Population.