

**ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
BUREAU REGIONAL DE L'AFRIQUE**

**QUARANTE ET UNIEME SESSION
DU COMITE REGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE
TENUE A BUJUMBURA, BURUNDI
DU 4 AU 10 SEPTEMBRE 1991**

RAPPORT FINAL

**BRAZZAVILLE
Octobre 1991**

SOMMAIRE

PARTIE I

	<u>Page</u>
DECISIONS DE PROCEDURE	1
1. Composition du Sous-Comité des Désignations	1
2. Election du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs	1
3. Composition du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs	1
4. Pouvoirs	2
5. Choix du sujet des Discussions techniques de 1992	2
6. Choix des sujets des Discussions techniques de 1993, 1994 et 1995 ..	2
7. Désignation du Président des Discussions techniques de 1992	2
8. Ordre du jour de la quarante-deuxième session du Comité régional	2
9. Ordres du jour de la quatre-vingt-neuvième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé : Incidences régionales	3
10. Méthodes de travail et durée de la Quarante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé	3
11. Dates et lieux des quarante-deuxième et quarante-troisième sessions du Comité régional	4
12. Désignation des représentants de la Région africaine au Comité de Gestion du Programme mondial de lutte contre le SIDA (GPA)	4
13. Désignation des représentants de la Région africaine au Comité consultatif de Gestion (MAC) du Programme d'Action pour les Médicaments	4
14. Désignation des représentants de la Région africaine au Conseil conjoint de Coordination (ICB) du Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales	5
15. Rotation des membres du Sous-Comité du Programme	5
RESOLUTIONS	7
AFR/RC41/R1 Progrès réalisés par le programme élargi de vaccination - Bilan et défis pour les années 90	7
AFR/RC41/R2 Eradication de la dracunculose dans la Région africaine ...	8

	<u>Page</u>
AFR/RC41/R3 Infections respiratoires aiguës (IRA)	10
AFR/RC41/R4 Accélération de la mise en oeuvre des programmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement dans la Région africaine	11
AFR/RC41/R5 Deuxième évaluation de la mise en oeuvre de la stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000 dans la Région africaine de l'OMS	12
AFR/RC41/R6 Soutien informationnel à la gestion du système de santé de district	14
AFR/RC41/R7 Epidémie de choléra dans la Région africaine	14
AFR/RC41/R8 Initiative africaine pour les Médicaments essentiels ...	16
AFR/RC41/R9 Subventions aux études de l'OMS	17
AFR/RC41/R10 Mise en oeuvre du programme de financement des soins de santé (HECAFIP)	18
AFR/RC41/R11 Allaitement au sein	20
AFR/RC41/R12 Activités de l'OMS dans la Région africaine : Rapport biennal du Directeur régional pour 1989-1990	21
AFR/RC41/R13 Rationalisation des ressources financières du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique	21
AFR/RC41/R14 L'Appel de Bujumbura : "Un appel pour l'Afrique", lancé au cours de la quarante et unième session du Comité régional, Bujumbura, 4-10 septembre 1991	22
AFR/RC41/R15 Motion de remerciements	24

PARTIE II

	<u>Paragraphes</u>
INTRODUCTION	1-4
ACTIVITES DE L'OMS DANS LA REGION AFRICAINE 1989-1990 - RAPPORT BIENNAL DU DIRECTEUR REGIONAL (documents AFR/RC41/3 et AFR/RC41/3 Add.1	5-34
ORGANISATION DES TRAVAUX DU COMITE REGIONAL	35-39
SEANCE SOLENNELLE D'OUVERTURE	40-68
RAPPORT D'ACTIVITES DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION : REALISATIONS ET DEFIS POUR LES ANNEES 1990 (document AFR/RC41/4)	69-86

PROGRAMME D'ERADICATION DE LA DRACUNCULOSE (VER DE GUINEE) DANS LA REGION AFRICAINE DE L'OMS : PROGRES REALISES (document AFR/RC41/5)	87-93
INFECTIONS AIGUES DES VOIES RESPIRATOIRES : PROGRAMME DE LUTTE POUR LES ANNEES 90 ET RAPPORT DE SITUATION (document AFR/RC41/6)	94-105
RAPPORT SUR LES PROGRES REALISES DANS LE CADRE DE LA DECENNIE INTERNATIONALE DE L'EAU POTABLE ET DE L'ASSAINISSEMENT DANS LA REGION AFRICAINE DE L'OMS (document AFR/RC41/7)	106-121
DEUXIEME EVALUATION DE LA MISE EN OEUVRE DE LA STRATEGIE DE LA SANTE POUR TOUS D'ICI L'AN 2000 (document AFR/RC41/8)	122-138
SOUTIEN INFORMATIONNEL A LA GESTION DU SYSTEME DE SANTE DU DISTRICT (document AFR/RC41/10)	139-146
MODALITES DE MISE EN OEUVRE DES RESOLUTIONS D'INTERET REGIONAL ADOPTEES PAR L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE ET LE CONSEIL EXECUTIF (document AFR/RC41/11)	147-149
ORDRE DU JOUR DE LA QUATRE-VINGT-NEUVIEME SESSION DU CONSEIL EXECUTIF ET DE LA QUARANTE-CINQUIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE : INCIDENCES REGIONALES (document AFR/RC41/12)	150-152
METHODES DE TRAVAIL ET DUREE DE L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE : RAPPORT DU DIRECTEUR REGIONAL (documents AFR/RC41/13 et AFR/RC41/13 Corr.1)	153-156
DISCUSSIONS TECHNIQUES DE LA QUARANTE-CINQUIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE (document AFR/RC41/14)	157-161
PROGRAMME DE PREVENTION ET DE LUTTE CONTRE LE SIDA (document AFR/RC41/INF.DOC/5 Rév.1)	162-177
RAPPORT DE LA REUNION DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME (document AFR/RC41/15)	178-217
DATES ET LIEUX DES QUARANTE-DEUXIEME ET QUARANTE-TROISIEME SESSIONS DU COMITE REGIONAL POUR 1992 ET 1993 (documents AFR/RC41/22 et Add.1)	218
CHOIX DU SUJET DES DISCUSSIONS TECHNIQUES EN 1992 (document AFR/RC41/21)	219
DESIGNATION DU PRESIDENT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES EN 1992 (document AFR/RC41/20 Rév.2)	220
CHOIX DES SUJETS DES DISCUSSIONS TECHNIQUES EN 1993, 1994 et 1995 (document AFR/RC41/21 Add.1)	221
CLOTURE DE LA QUARANTE ET UNIEME SESSION	222-226

ANNEXES

	<u>Page</u>
1. Ordre du jour	61
2. Liste des participants	63
3. Allocution du Ministre de la Santé de l'Angola, Premier Vice-Président de la quarantième session du Comité régional	76
4. Allocution du Docteur Hiroshi Nakajima, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé	78
5. Allocution de Monsieur Wawa Ossay Leba, Représentant du Secrétaire général de l'Organisation de l'Unité africaine	83
6. Allocution du Dr G. L. Monekosso, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique	89
7. Allocution de Son Excellence le Major Pierre Buyoya, Président de la République du Burundi	96
8. Rapport du Sous-Comité du Programme	102
9. Rapport des Discussions techniques	122
10. Ordre du jour provisoire de la quarante-deuxième session du Comité régional de l'Afrique	125
11. Liste des documents	127

PARTIE I

DECISIONS DE PROCEDURE

1. Composition du Sous-Comité des Désignations

Le Sous-Comité des Désignations s'est réuni le jeudi 5 septembre 1991. Il était composé des représentants des douze Etats Membres suivants : Botswana, République centrafricaine, Tchad, Congo, Gambie, Kenya, Malawi, Mauritanie, Mozambique, Rwanda, Sierra Leone et République Unie de Tanzanie. Le Sous-Comité a élu le Dr L. S. Simao (Mozambique) à sa Présidence.

Troisième séance, 5 septembre 1991

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

Après avoir 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 à l'unanimité les personnes suivantes :

<u>Président</u>	:	Dr Norbert Ngendabanyikwa Ministre de la Santé du Burundi
<u>1er Vice-Président</u>	:	Dr N. Iyambo Ministre de la Santé de Namibie
<u>2ème Vice-Président</u>	:	Dr L. Nobre Leite Ministre de la Santé du Cap-Vert
<u>Rapporteurs</u>	:	Dr G. A. Williams (Nigéria) Dr V. Devo (Togo) Dr J. Bonfim (Sao Tomé et Principe)

Rapporteurs pour les Discussions techniques

Dr S. Subramanien (Maurice)
Dr (Mme) O. G. Dossou (Bénin)
Dr Maria Antonio (Angola)

Quatrième séance, 5 septembre 1991

3. Composition du Sous-Comité de Vérification de Pouvoirs

Le Comité régional, conformément à l'Article 16 du Règlement intérieur a nommé un Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs composé des représentants des douze Etats Membres suivants : Burkina Faso, République centrafricaine, Comores, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Nigéria, Sénégal, Ouganda, Zaïre et Zimbabwe. Le Sous-Comité a élu à sa présidence le Professeur L. K. Manlan (Côte d'Ivoire).

Troisième séance, 5 septembre 1991

4. Pouvoirs

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

Le Sous-Comité n'a pas pu examiner les pouvoirs du Tchad, de l'Ethiopie, du Lesotho, de Madagascar, de la Mauritanie, de Maurice, du Niger et du Zaïre.

Septième séance, 6 septembre 1991

5. Choix du sujet des Discussions techniques de 1992

Le Comité régional a confirmé que les Discussions techniques qui auront lieu à sa quarante-deuxième session porteront sur le thème : "La recherche sur la santé publique".

Neuvième séance, 9 septembre 1991

6. Choix des sujets des Discussions techniques de 1993, 1994 et 1995

Le Comité régional décide que les discussions techniques de la prochaine période de trois ans porteront sur les thèmes suivants :

- i) 1993 - Développement des infrastructures de la santé
- ii) 1994 - Choix et développement des technologies de santé
- iii) 1995 - Financement des soins de santé.

Neuvième séance, 9 septembre 1991

7. Désignation du Président des Discussions techniques de 1992

Le Comité a désigné le Professeur F. K. Nkrumah (Ghana) comme Président des Discussions techniques à la quarante-deuxième session du Comité régional, et le Professeur N. Coulibaly (Côte d'Ivoire) comme Président suppléant.

Onzième séance, 9 septembre 1991

8. Ordre du jour de la quarante-deuxième session du Comité régional

Le Comité régional a approuvé l'ordre du jour provisoire de la quarante-deuxième session du Comité régional, proposé par le Directeur régional dans l'Annexe 4 du document AFR/RC41/12.

Onzième séance, 9 septembre 1991

9. Ordres du jour de la quatre-vingt-neuvième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé : Incidences régionales

Le Comité régional a pris note des ordres du jour provisoire de la quatre-vingt-neuvième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, et de leur corrélation avec l'ordre du jour provisoire de la quarante-deuxième session du Comité régional.

Onzième séance, 9 septembre 1991

10. Méthodes de travail et durée de la Quarante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé

Président de l'Assemblée mondiale de la Santé

10.1 Pendant la quarante-deuxième session du Comité régional, la Région africaine désignera le Président de l'Assemblée mondiale de la Santé en 1994. Le candidat sera choisi parmi les membres de la Sous-Région III.

Vice-Président de l'Assemblée mondiale de la Santé

10.2 Le Président de la quarante et unième session du Comité régional sera proposé pour l'un des postes de Vice-Président de la Quarante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 1992. Si, pour une raison quelconque, le Président en exercice du Comité régional ne serait pas en mesure d'assumer cette fonction, l'un des Vice-Présidents du Comité l'exercera à sa place, selon l'ordre indiqué par le tirage au sort (Premier et Deuxième Vice-Présidents). Dans le cas où le Président en exercice du Comité et ses deux Vice-Présidents se trouveraient dans l'impossibilité de remplir les fonctions de Vice-Présidents de l'Assemblée mondiale de la Santé, les chefs de délégations des pays d'origine du Président en exercice du Comité régional et des Premier et Deuxième Vice-Présidents du Comité régional assureront dans cet ordre les fonctions de Vice-Président.

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

10.3 Les Etats Membres de la Région africaine dont le mandat expire à la fin de la Quarante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé sont le Niger et le Nigéria. Les nouveaux membres du Conseil exécutif seront désignés par le Swaziland et le Togo.

Clôture de la Quarante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé

10.4 Le représentant de la République populaire d'Angola prendra la parole au nom de la Région africaine à la clôture de la Quarante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, conformément à la Décision 6 (11) de la trente-troisième session du Comité régional de l'Afrique.

Réunion informelle du Comité régional

- 10.5 Le Directeur régional convoquera cette réunion le lundi 4 mai 1992 à 10 heures au Palais des Nations, à Genève, pour confirmer les décisions prises par le Comité régional à sa quarante et unième session.

Douzième séance, 9 septembre 1991

11. Dates et lieux des quarante-deuxième et quarante-troisième sessions du Comité régional

Le Comité régional décide de tenir sa quarante-deuxième session à Brazzaville (Congo), son siège régional, en septembre 1992, conformément à la résolution AFR/RC35/R10. Le Comité décide également de tenir sa quarante-troisième session à Brazzaville en 1993 à moins qu'un pays n'invite le Comité régional et supporte les frais supplémentaires qu'entraîne l'organisation de la session du Comité régional hors du siège régional.

Treizième séance, 10 septembre 1991

12. Désignation des représentants de la Région africaine au Comité de Gestion du Programme mondial de lutte contre le SIDA (GPA)

Le mandat du Zimbabwe expirant à la fin de 1991, le Botswana remplacera le Zimbabwe pour un mandat de trois ans à compter du 1er janvier 1992. Le Botswana rejoindra donc le Congo pour représenter la Région au Comité de Gestion du Programme mondial de lutte contre le SIDA.

Treizième séance, 10 septembre 1991

13. Désignation des représentants de la Région africaine au Comité consultatif de Gestion (MAC) du Programme d'Action pour les Médicaments

Le Comité régional, à sa quarantième session, avait désigné l'Ouganda et le Zaïre pour représenter la Région africaine au Comité consultatif (MAC) du Programme d'Action pour les Médicaments essentiels. Le mandat de l'Ouganda expirera le 31 décembre 1991, et celui du Zaïre, le 31 décembre 1992. En janvier 1992, la Zambie remplacera l'Ouganda, suivant l'ordre alphabétique, pour un mandat de trois ans (1992-1994). En janvier 1993, le Zimbabwe remplacera le Zaïre, pour un mandat de trois ans également.

Le Comité a remercié l'Ouganda, dont le mandat expire le 31 décembre 1991, d'avoir efficacement représenté la Région.

Treizième séance, 10 septembre 1991

14. Désignation des représentants de la Région africaine au Conseil conjoint de Coordination (ICB) du Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales

Le mandat du Rwanda venant à expiration, le Sénégal a été désigné comme nouveau membre et rejoindra Sao Tomé et Príncipe pour représenter la Région africaine au Conseil conjoint de Coordination (ICB) du Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales.

Le mandat du Sénégal commencera en janvier 1992.

Treizième séance, 10 septembre 1991

15. Rotation des membres du Sous-Comité du Programme

La rotation des membres du Sous-Comité du Programme établie par la Décision 8 de la trente-quatrième session étant achevée, le Comité régional décide d'élaborer le nouveau tableau de rotation ci-après.

Le Comité régional remercie le Niger, le Nigéria, le Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, le Sénégal et les Seychelles, dont le mandat est arrivé à expiration, pour leur excellente contribution aux travaux du Sous-Comité.

Conformément à la résolution AFR/RC25/R10 et à la Décision 15 de la quarante et unième session du Comité régional, l'Algérie, l'Angola, la République Unie de Tanzanie, la Zambie et le Zimbabwe remplaceront en 1992-1993 les membres du Sous-Comité du Programme dont le mandat a expiré.

Treizième séance, 10 septembre 1991

16. Désignation du représentant de la Région pour siéger au Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine : Composition du Comité consultatif des Principes directeurs et de la Coordination

Le Comité régional a désigné le Togo pour remplacer la Gambie au Comité consultatif des Principes directeurs et de la Coordination du Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine (HRP).

Treizième séance, 10 septembre 1991

COMITE REGIONAL - QUARANTE ET UNIEME SESSION
ROTATION DES MEMBRES DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME

Année de sélection Pays	1989	1990	1991	1992	1993	1994
	Mandat					
Algérie			1992/93			
Angola*			1992/93			
Bénin			1992/93			
Botswana				1993/94		
Burkina Faso				1993/94		
Burundi				1993/94		
Cameroun**		1991/92				
Cap-Vert				1993/94		
République centrafricaine				1993/94		
Tchad				1993/94		
Comores					1994/95	
Congo					1994/95	
Guinée équatoriale					1994/95	
Ethiopie					1994/95	
Gabon					1994/95	
Gambie					1994/95	
Ghana						1995/96
Guinée						1995/96
Guinée-Bissau						1995/96
Côte d'Ivoire						1995/96
Kenya						1995/96
Lesotho						1995/96
Libéria						(1996/97)
Madagascar						(1996/97)
Malawi						(1996/97)
Mali						(1996/97)
Mauritanie						(1996/97)
Maurice						(1996/97)
Mozambique						(1996/97)
Namibie						
Niger	1990/91					
Nigéria	1990/91					
Rwanda	1990/91					
Sao Tomé et Príncipe	1990/91					
Sénégal	1990/91					
Seychelles	1990/91					
Sierra Leone		1991/92				
Souaziland		1991/92				
Togo		1991/92				
Ouganda		1991/92				
République Unie de Tanzanie			1992/93			
Zaïre		1991/92				
Zambie			1992/93			
Zimbabwe			1992/93			

* L'Angola a participé aux sessions de 1978-1979 et son mandat a pris fin à la session de 1985. Son prochain mandat débutera en 1992.

** En 1979, lorsque la première liste a été établie, le Cameroun y figurait sous la dénomination "Unired Republic of Cameroon", juste avant la "United Republic of Tanzania". Lorsque la seconde liste a été dressée en 1984, le Cameroun y apparaissait sous l'appellation "Cameroon" juste avant le Cap-Vert et, de ce fait, a perdu son tour. D'où son élection en 1990.

RESOLUTIONS

AFR/RC41/R1 Progrès réalisés par le programme élargi de vaccination -
Bilan et défis pour les années 90

Le Comité régional,

Considérant les résolutions AFR/RC35/R19 sur l'évaluation du PEV dans la Région à la mi-décennie, WHA41.28 sur l'éradication de la poliomyélite d'ici l'an 2000, AFR/RC38/R2 sur l'élimination du tétanos néonatal dans la Région d'ici 1995 et AFR/RC39/R3 sur les stratégies régionales en vue de l'élimination du tétanos néonatal et de l'éradication de la poliomyélite;

Reconnaissant l'engagement pris par le Sommet mondial de l'Enfance, d'accorder une grande priorité aux droits de l'enfant, à la protection de sa survie et à son développement;

Réalisant que les Etats Membres ont accepté le Scénario de Développement sanitaire comme cadre organisationnel en vue d'accélérer l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000;

Gardant présent à l'esprit le fait que certaines maladies cibles du PEV sont toujours courantes dans la Région;

Notant que les systèmes de santé et les agents de santé ont fait la démonstration de leur aptitude à mettre en oeuvre le PEV;

Ayant examiné le rapport du Directeur régional relatif au bilan et aux stratégies pour les années 1990 (document AFR/RC41/4),

1. REMERCIE le Directeur régional de son rapport concis qui expose clairement les résultats accomplis à ce jour et les défis qui subsistent pour le reste de la décennie;
2. RECOMMANDE FORTEMENT aux agents de santé périphériques, aux superviseurs du programme et aux directeurs des PEV nationaux de poursuivre leurs efforts consacrés à la vaccination infantile;
3. REMERCIE A NOUVEAU de leur soutien constant, les partenaires du PEV collaborant au développement du programme dans la Région, en particulier l'UNICEF, la "Canadian Public Health Association" (CPHA), le Rotary International, les projets "Combatting Childhood Communicable Diseases" (CCCD) et "Resources for Child Health" (REACH), le "UK Save the Children Fund" (SCF), l'Association pour la Médecine préventive (APMP/France), la Banque mondiale, le PNUD, JICA, etc.;
4. INVITE les Etats Membres à :
 - i) examiner les résultats, district par district, de leurs propres programmes élargis de vaccination nationaux, afin de définir les activités sur lesquelles il faut mettre l'accent au cours des années 90 pour atteindre les objectifs qu'ils se sont fixés;

- ii) accélérer la mise en oeuvre des plans d'opérations en vue d'initiatives spécifiques à certaines maladies comme l'élimination du tétanos néonatal, l'éradication de la poliomyélite et la lutte contre la rougeole dans le cadre organisationnel qui englobe l'ensemble de la population du pays, en insistant sur les activités au niveau opérationnel;
 - iii) définir dans quelle mesure il est possible de maintenir les acquis du programme et d'avancer sur cette base dans les années 90 par la fourniture des ressources humaines, financières et matérielles nécessaires;
5. APPELLE les organisations internationales, gouvernementales et non gouvernementales de même que les organismes bénévoles privés à collaborer au maintien des acquis et à leur développement ultérieur;
6. PRIE le Directeur régional de :
- i) soutenir les efforts des Etats Membres dans la mise en oeuvre de leurs plans d'opérations relatifs à l'élimination du tétanos néonatal, à l'éradication de la poliomyélite et à la lutte contre la rougeole;
 - ii) poursuivre, en collaboration avec l'UNICEF et les autres organismes des Nations Unies, les organisations gouvernementales et non gouvernementales, la coordination, la mobilisation et l'utilisation des ressources en vue du développement des programmes élargis de vaccination régionaux et nationaux;
 - iii) renforcer le soutien technique à tous les niveaux de l'organisation, afin d'accroître la contribution du Bureau régional aux programmes nationaux, et en particulier dans les initiatives relatives à certaines maladies;
7. PRIE le Directeur régional de soumettre au quarante-troisième Comité régional un rapport sur les progrès réalisés dans le cadre du programme élargi de vaccination.

Treizième séance, 10 septembre 1991

AFR/RC41/R2 Eradication de la dracunculose dans la Région africaine

Le Comité régional,

Notant que certaines des recommandations contenues dans la résolution WHA39.21 adoptée en 1986 par l'Assemblée mondiale de la Santé ainsi que dans la résolution AFR/RC38/R13 adoptée en 1988 par le Comité régional n'ont pas encore été totalement mises en oeuvre par un certain nombre d'Etats Membres;

Notant qu'à la suite de recherches actives de cas menées à l'échelle nationale dans plusieurs pays depuis 1988, la répartition de la dracunculose dans les communautés touchées a été déterminée;

Considérant qu'une mobilisation urgente des communautés, de leurs responsables et des ressources nécessaires pour organiser des interventions et renforcer la surveillance requiert une attention prioritaire;

Estimant que la stratégie régionale d'éradication de la dracunculose demeure toujours efficace;

Ayant présentes à l'esprit la résolution WHA39.21 de l'Assemblée mondiale de la Santé et la résolution AFR/RC38/R13 adoptée en 1988 par le Comité régional;

Ayant étudié le rapport du Directeur régional relatif aux progrès réalisés en vue de l'éradication de la dracunculose dans la Région africaine de l'OMS,

1. APPROUVE le rapport du Directeur régional;
2. SOUSCRIT à la poursuite d'une stratégie combinée, portant sur un approvisionnement en eau saine, une surveillance active, l'éducation pour la santé et la lutte antivectorielle en vue de l'éradication de la dracunculose;
3. PRIE INSTAMMENT tous les Etats Membres touchés :
 - i) d'organiser aussi rapidement que possible des recherches actives de cas, de mettre au point des plans d'action nationaux en vue de l'éradication de la dracunculose;
 - ii) d'accorder une haute priorité aux zones endémiques en leur assurant un approvisionnement en eau saine et d'intensifier la surveillance nationale de la dracunculose et d'en rendre compte régulièrement à l'OMS;
4. INVITE les agences de développement bilatérales et internationales, les organisations bénévoles privées, les fondations à :
 - i) soutenir les pays pour qu'ils introduisent dans le cadre des soins de santé primaires une composante éradication de la dracunculose dans les programmes d'approvisionnement en eau et dans les programmes d'agriculture et d'éducation pour la santé dans les zones endémiques;
 - ii) procurer à cet effet les fonds requis;
5. PRIE le Directeur régional :
 - i) de renforcer le rôle technique déterminant que joue l'OMS dans l'éradication de la dracunculose;
 - ii) d'intensifier la coordination avec les autres organisations internationales et organismes bilatéraux, afin de mobiliser les ressources nécessaires en vue de soutenir les activités d'éradication de la dracunculose dans les pays touchés;
 - iii) d'intensifier la surveillance régionale de la maladie et d'encourager la coopération et la coordination entre pays endémiques voisins (par des mécanismes CTPD) dans leurs efforts de contrôle;
 - iv) de soumettre au Comité régional, lors de sa quarante-troisième session, un rapport sur l'exécution de ces activités dans les pays touchés.

AFR/RC41/R3 Infections respiratoires aiguës (IRA)

Le Comité régional,

Considérant la résolution WHA44.7 de l'Assemblée mondiale de la Santé appelant les Etats Membres à établir des programmes nationaux de lutte contre les IRA qui soient intégrés aux soins de santé primaires;

Considérant que les Etats Membres ont approuvé le Scénario de Développement sanitaire comme cadre organisationnel en vue d'accélérer l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000;

Conscient que les infections respiratoires aiguës constituent un problème majeur de santé publique dans les pays de la Région;

Préoccupé par l'importance de la mortalité infantile imputable aux IRA que le rapport du Directeur régional a mise en évidence;

Ayant examiné le rapport du Directeur régional,

1. REMERCIE le Directeur régional de son rapport concis et complet;
2. APPELLE les Etats Membres à élaborer des programmes nationaux complets de lutte contre les IRA en vue de réduire de façon prioritaire la mortalité chez le nourrisson et le jeune enfant et comportant comme mesures importantes :
 - i) la formation des personnels de santé aux aspects techniques et opérationnels du programme en mettant l'accent sur la prise en charge standard des cas;
 - ii) l'intégration des activités de lutte contre les IRA dans les SSP;
 - iii) la mobilisation des ressources locales et extérieures pour le programme;
3. APPELLE les organisations internationales, gouvernementales et non gouvernementales, de même que les organisations et fondations privées, à soutenir les activités de lutte contre les IRA dans la Région africaine;
4. DEMANDE au Directeur régional :
 - i) d'accorder le soutien technique nécessaire aux Etats Membres pour la formulation de leurs programmes nationaux de lutte contre les IRA et leur intégration dans les SSP;
 - ii) d'organiser des activités de formation technique et de gestion pour les nationaux chargés de la lutte contre les IRA, de même que des séminaires et des ateliers en vue de faciliter l'échange d'expérience et la promotion du programme au niveau national et au niveau régional;
 - iii) de soumettre à la quarante-quatrième session du Comité régional un rapport sur les progrès réalisés dans le développement des programmes de lutte contre les IRA dans la Région.

AFR/RC41/R4 Accélération de la mise en oeuvre des programmes
d'approvisionnement en eau et d'assainissement
dans la Région africaine

Le Comité régional,

Rappelant les résolutions AFR/RC34/R8 et WHA39.20 relatives aux progrès réalisés à mi-parcours de la Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement (DIEPA), les résolutions AFR/RC35/R6 et AFR/RC38/R13 insistant sur le rôle de l'approvisionnement en eau saine et de l'assainissement dans la lutte contre les maladies diarrhéiques et dans l'éradication de la dracunculose, respectivement, la résolution WHA42.25 appelant à un effort soutenu, afin de développer et d'identifier, au cours des années 1990, les activités de la Décennie dans le cadre de la stratégie de la santé pour tous;

Ayant examiné le rapport présenté par le Directeur régional sur les progrès réalisés dans le secteur de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement par les Etats Membres de la Région;

Reconnaissant que presque tous les pays de la Région ont activement mis en oeuvre des programmes en vue d'améliorer l'approvisionnement en eau et les services d'assainissement en tant que composantes intégrées de l'approche relative aux soins de santé primaires (SSP);

Constatant les progrès importants accomplis par les pays pour améliorer l'accès aux moyens d'approvisionnement en eau et d'assainissement dans des conditions sociales et économiques difficiles, souvent aggravées par des catastrophes naturelles ou des conflits armés;

Notant avec satisfaction l'accroissement de la prise de conscience et la reconnaissance au niveau régional de l'importance d'un approvisionnement en eau saine et d'un assainissement adéquat pour la santé et le bien-être de la population;

Considérant l'ampleur et la portée de l'exercice acquise à tous les niveaux dans les pays, afin de surmonter les nombreuses contraintes entravant le développement du secteur;

Préoccupé par le chemin considérable qui reste à parcourir, pour satisfaire les besoins essentiels des populations, en particulier celles non desservies dans les zones rurales et péri-urbaines,

1. FELICITE le Directeur régional de son rapport sur les progrès réalisés de 1980 à 1988 dans l'approvisionnement en eau et l'assainissement dans les Etats Membres de la Région;

2. APPROUVE les stratégies et plans d'action proposés dans le document AFR/RC41/7, en vue du développement des programmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement dans les années 1990;

3. INVITE les Etats Membres, dans la poursuite de l'application de la stratégie régionale basée sur le Scénario africain de Développement sanitaire et axée sur le district pour la prestation des soins de santé primaires à :

- i) planifier et intégrer efficacement les activités d'approvisionnement en eau et d'assainissement avec celles d'autres programmes prioritaires dans le secteur de la santé et les secteurs apparentés à la santé;

- ii) prendre des mesures de renforcement dans le domaine de la gestion, de la formation et de la recherche aux niveaux central, provincial et du district, en vue d'accroître la rentabilité et l'efficacité de l'exécution du programme;
- iii) mobiliser les ressources financières, humaines et matérielles aussi bien nationales qu'extérieures en fonction des besoins recensés dans les pays, essentiellement grâce à une participation communautaire des fonds de roulement locaux, des schémas de partage des coûts et au moyen de projets bancables, afin d'obtenir un financement extérieur;
- iv) mettre l'accent sur une utilisation et une exploitation optimales des installations existantes par des mesures d'ensemble durables visant à assurer un fonctionnement convenable et une maintenance appropriée, ainsi que par des travaux de modernisation;
- v) procéder, d'ici la fin de 1991, à l'évaluation de la situation de la Décennie en décembre 1990, en tant que partie intégrante du mécanisme de renforcement de la gestion pour les années 90 et venant en contribution à l'examen régional de la Décennie;

4. PRIE le Directeur régional de :

- i) renforcer davantage la coopération avec tous les Etats Membres en accordant un soutien stratégique, technique et opérationnel durable au programme d'approvisionnement en eau et d'assainissement intégré aux soins de santé primaires;
- ii) collaborer avec les Etats Membres en vue de l'évaluation de la Décennie en accordant les soutiens nécessaires, méthodologiques et autres;
- iii) intensifier la coopération avec les organismes de soutien extérieurs en vue du développement global du secteur;
- iv) présenter à la quarante-deuxième session du Comité régional le rapport d'évaluation relatif à la fin de la Décennie.

Treizième séance, 10 septembre 1991

AFR/RC41/R5 Deuxième évaluation de la mise en oeuvre
de la stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000
dans la Région africaine de l'OMS

Le Comité régional,

Rappelant la résolution WHA34.36 de l'Assemblée mondiale de la Santé par laquelle la stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 a été adoptée;

Rappelant les résolutions WHA39.7, AFR/RC35/R1 et AFR/RC37/R14 par lesquelles les Etats Membres ont décidé de surveiller et d'évaluer périodiquement les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de leur stratégie nationale de la santé pour tous, et d'en faire rapport;

Notant que les Etats Membres ont procédé à la Deuxième Evaluation de leur stratégie nationale de la santé pour tous du 1er octobre 1990 au 31 janvier 1991 selon le Canevas commun d'Evaluation (WHO/HST/90.1) et sur la base des 12 indicateurs mondiaux reformulés conformément à la résolution EB85.R5;

Reconnaissant les progrès réalisés par les pays dans l'amélioration de leur processus national de surveillance et d'évaluation dans le cadre de la gestion des systèmes de santé, mais aussi les difficultés persistantes dans le recueil et le traitement d'informations pertinentes et fiables;

Notant que beaucoup reste encore à faire pour étendre la couverture et améliorer la qualité des SSP;

Ayant examiné le rapport du Directeur régional intitulé "Deuxième Evaluation de la mise en oeuvre de la stratégie de la Santé pour tous d'ici l'an 2000 dans la Région africaine" (document AFR/RC41/8),

1. ADOPTE le rapport du Directeur régional sur la Deuxième Evaluation de la Stratégie de la Santé pour tous dans la Région africaine;

2. SE FELICITE de l'effort déployé par les Etats Membres en vue du renforcement du processus de surveillance et d'évaluation, et de son intégration dans le processus de gestion des systèmes nationaux de santé;

3. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres à :

i) faire un plus grand usage des données et conclusions de leur évaluation nationale afin de renforcer ou de réorienter leurs politiques et stratégies de développement sanitaire et à s'assurer que toutes les données soient correctement adressées, après traitement, aux utilisateurs concernés;

ii) prendre les mesures techniques adéquates pour instaurer les mécanismes et les procédures de collecte, de traitement et d'utilisation des données sanitaires nécessaires, dans le cadre d'un système national d'information sanitaire orienté vers la prise de décision et la gestion des systèmes de santé aux niveaux local (district), intermédiaire et central;

iii) allouer aux structures et institutions sanitaires nationales des ressources humaines et financières à un niveau approprié afin de renforcer leurs capacités, en ce qui concerne l'extension de la couverture et l'amélioration de la qualité des services de soins de santé primaires, ainsi que la gestion de l'information épidémiologique et sanitaire;

4. PRIE le Directeur régional de :

i) intensifier sa coopération technique avec les pays dans le domaine du renforcement de la gestion des systèmes de santé, en particulier pour élaborer un système national d'information sanitaire;

ii) continuer à promouvoir les concepts, les méthodes et les outils adaptés aux besoins des différentes structures et institutions sanitaires aux divers échelons du système de santé afin d'améliorer la surveillance continue et l'évaluation des progrès vers la santé pour tous;

iii) faire rapport au quarante-troisième Comité régional sur le renforcement de l'appui informationnel à la gestion des systèmes nationaux de santé dans les Etats Membres;

5. INVITE le Directeur régional à transmettre au Directeur général le document AFR/RC41/8 comme contribution à la Deuxième Evaluation de la Stratégie mondiale de la Santé pour tous et au Huitième Rapport sur la Situation sanitaire dans le monde.

Treizième séance, 10 septembre 1991

AFR/RC41/R6 Gestion du soutien informationnel au système de santé de district

Le Comité régional,

Rappelant les résolutions AFR/RC37/R4 et AFR/RC37/R14 relatives à la nécessité du renforcement de la gestion du soutien informationnel au système de santé de district;

Appréciant les progrès réalisés par les pays dans l'utilisation des "indicateurs de santé communautaire" et des "critères d'opérationnalité des districts" élaborés en application des résolutions pertinentes du Comité régional;

Conscient de l'importance de l'appui informationnel en tant qu'élément essentiel pour l'amélioration de la gestion des systèmes de santé,

1. REMERCIE le Directeur régional pour avoir élaboré et mis à la disposition des pays les instruments pratiques pour la surveillance et l'évaluation des progrès vers la santé pour tous au niveau du district;

2. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres à les utiliser de manière systématique et adaptée à leur système national de santé en s'assurant de leur intégration dans le processus de renforcement du système national d'information sanitaire existant et de leur complémentarité avec le mécanisme mondial d'évaluation des stratégies de la santé pour tous;

3. PRIE le Directeur régional de renforcer l'appui technique et financier à la gestion du soutien informationnel au système de santé de district, notamment à l'utilisation effective des "indicateurs régionaux de santé communautaire" et des "critères d'opérationnalité des districts".

Treizième séance, 10 septembre 1991

AFR/RC41/R7 Epidémie de choléra dans la Région africaine

Le Comité régional,

Considérant la situation préoccupante causée par l'épidémie de choléra dans la Région;

Considérant les résolutions AFR/RC35/R6 et AFR/RC36/R9 concernant la lutte contre les maladies diarrhéiques en général et le choléra en particulier;

Considérant la résolution AFR/RC38/R24 relative à l'organisation de l'infrastructure sanitaire au niveau du district pour faire face aux épidémies;

Considérant la résolution WHA44.6 de l'Assemblée mondiale de la Santé relative au choléra;

Reconnaissant que les épidémies de choléra sont essentiellement liées à l'insuffisance qualitative et quantitative des approvisionnements en eau;

Reconnaissant que la disponibilité d'une technologie devrait prévenir la réapparition d'épidémies liées à l'eau, aux conditions inadéquates d'assainissement, en particulier l'évacuation non hygiénique des excréta et l'absence d'hygiène individuelle en général;

Reconnaissant l'importance d'actions multisectorielles coordonnées de lutte contre le choléra aussi bien à l'intérieur d'un pays qu'entre pays voisins,

1. REMERCIE le Directeur régional pour son rapport;
2. EXPRIME sa vive préoccupation au regard des flambées d'épidémies de choléra dans la Région, en particulier des taux trop élevés et inacceptables de létalité qui en résultent;
3. LANCE UN APPEL aux Etats Membres pour que la lutte contre le choléra reçoive la plus haute priorité notamment en :
 - i) assurant aux communautés un approvisionnement adéquat en eau potable et l'évacuation hygiénique des excréta;
 - ii) assurant l'information et l'éducation appropriées des individus, des familles et des communautés sur les mesures à prendre pour prévenir et combattre le choléra;
 - iii) renforçant la formation du personnel de santé, en particulier au niveau district, sur la prise en charge correcte des cas de diarrhée, y compris le choléra;
 - iv) améliorant les systèmes de surveillance et de notification des maladies au niveau du district susceptibles de permettre une alerte précoce de toute épidémie de choléra;
4. PRIE les Etats Membres d'élaborer et mettre en oeuvre des plans nationaux de prévention et de lutte contre le choléra;
5. PRIE le Directeur régional :
 - i) de continuer à apporter son appui aux pays confrontés à l'épidémie de choléra;
 - ii) d'appeler constamment l'attention des Etats Membres sur l'importance de la lutte contre les maladies diarrhéiques;
 - iii) de rappeler avec insistance aux Etats Membres que la vaccination anticholérique n'a pas sa place dans la lutte contre les épidémies de choléra;
 - iv) de renforcer les activités de formation sur le traitement des cas de diarrhée, y compris le choléra, avec un accent particulier sur les pays frappés par le choléra;

- v) de continuer à mobiliser l'appui extérieur pour la lutte contre le choléra et les autres épidémies en Afrique;
- vi) d'assurer la coordination des mesures de lutte contre le choléra entre les pays voisins, en particulier pendant les situations d'épidémies;
- vii) d'apporter aux Etats Membres l'appui technique approprié en vue de formuler et mettre en oeuvre leurs plans nationaux de prévention et de lutte contre le choléra.

Treizième séance, 10 septembre 1991

AFR/RC41/R8 Initiative africaine pour les Médicaments essentiels

Le Comité régional,

Ayant examiné la teneur du document DAP/MAC/(3)/91.6 sur l'initiative africaine pour les médicaments essentiels présenté par le Directeur régional;

Rappelant la situation actuelle non satisfaisante concernant les médicaments dans bon nombre d'Etats Membres de la Région africaine;

Notant avec préoccupation qu'on trouve encore beaucoup trop de médicaments en circulation dans les pays africains, et que bon nombre de ces produits sont falsifiés, de mauvaise qualité ou de faible valeur thérapeutique;

Rappelant la décision unanime des Etats Membres d'appuyer la décentralisation des activités conformément au Scénario-santé en trois phases approuvé à la trente-cinquième session du Comité régional à Lusaka en 1985, qui consiste à renforcer le niveau central, intermédiaire et de district et aussi à renforcer les infrastructures de l'OMS au niveau des pays,

1. INVITE les Etats Membres à :

- a) approuver les efforts déployés par le Directeur régional en collaboration avec le programme d'action pour les médicaments essentiels à Genève afin de mobiliser les fonds pour la mise en oeuvre de l'Initiative aux niveaux régional, sous-régional et national;
- b) promouvoir l'autosuffisance en encourageant la participation communautaire aux programmes pour les médicaments essentiels grâce à des projets comme l'Initiative de Bamako pour la promotion de la santé maternelle et infantile et des soins de santé primaires en général;
- c) collaborer avec l'OMS en vue de nommer un national qui devra travailler en étroite coopération avec le Représentant de l'OMS dans chaque pays à la mise en oeuvre de l'Initiative africaine pour les Médicaments essentiels;
- d) intensifier les contacts avec le Représentant de l'OMS dans chaque pays en vue de la mise en oeuvre du programme pour les médicaments et vaccins essentiels;

- e) promouvoir la coopération avec les organisations internationales, gouvernementales et non gouvernementales pour la mise en oeuvre de l'Initiative;
- f) créer dans le cadre des groupes de coopération économique des régions et du continent des unités viables de production pharmaceutique aux niveaux régional et sous-régional;

2. PRIE le Directeur régional :

- a) d'apporter tous les appuis possibles sur les plans technique et financier à l'Initiative aux niveaux régional, sous-régional et national;
- b) de fournir un appui technique à l'Initiative et d'encourager l'établissement de mécanismes de financement durables pour l'approvisionnement en médicaments et vaccins essentiels;
- c) de coopérer avec les organisations gouvernementales et non gouvernementales ainsi qu'avec l'industrie pharmaceutique et les bailleurs de fonds en vue de mobiliser les ressources nécessaires à l'Initiative;
- d) de collaborer avec les institutions internationales compétentes afin d'aider la Région à créer des unités de production pharmaceutique viables;
- e) de faire rapport à la quarante-troisième session du Comité régional sur les progrès réalisés dans la mobilisation des fonds, le renforcement des bureaux de l'OMS dans les pays, et la mise en oeuvre des programmes nationaux dans le cadre de l'Initiative africaine pour les Médicaments essentiels.

Treizième séance, 10 septembre 1991

AFR/RC41/R9 Subventions de l'OMS aux études

Le Comité régional,

Reconnaissant l'importance du développement des personnels de santé pour atteindre l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000;

Conscient de la nécessité de mettre l'accent sur l'appui à la formation en gestion et en recherche dans le domaine de la santé ainsi qu'à la formation liée aux programmes de santé nationaux prioritaires;

Conscient de la nécessité pour les Etats Membres de concentrer les ressources sur la formation des personnels de santé et apparentés à la santé aux niveaux intermédiaire et du district;

Considérant la contribution apportée par les bourses de l'OMS au développement des personnels de santé dans les Etats Membres;

Considérant que les bourses en tant que mécanisme de formation du personnel, indispensable à la réalisation de l'objectif mondial de la santé pour tous d'ici l'an 2000, grève de plus en plus lourdement le budget de l'OMS,

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres à :

- i) passer en revue les politiques, les stratégies et les plans existant en matière de développement des personnels de santé afin d'accélérer le développement sanitaire;
- ii) renforcer la formation de leurs personnels aux niveaux intermédiaire et du district;
- iii) rationaliser l'utilisation des personnels de santé formés, en vue de réduire les disparités entre milieu urbain et milieu rural, tout en accordant une attention particulière à leurs conditions de travail;
- iv) mettre davantage l'accent sur la formation en gestion et en recherche dans le domaine de la santé, ainsi que sur la formation liée aux programmes de santé nationaux prioritaires;
- v) adopter de plus en plus des mécanismes de formation moins coûteux et de plus grande portée, de façon à augmenter l'impact de la formation sur le développement des personnels de santé en privilégiant autant que possible la formation dans les institutions de la Région africaine;

2. DEMANDE au Directeur régional :

- i) de continuer à appuyer les efforts de développement des personnels de santé déployés par les Etats Membres;
- ii) d'encourager les mécanismes de formation qui en réduisent le coût et en élargissent la portée;
- iii) de rendre possible le choix de nouvelles options, telles que les subventions aux études, qui réduisent le coût de l'appui à la formation individuelle et de groupe;
- iv) faire rapport sur les progrès réalisés à la quarante-troisième session du Comité régional.

Treizième séance, 10 septembre 1991

AFR/RC41/R10 Mise en oeuvre du programme de financement
des soins de santé (HECAFIP)

Le Comité régional,

Considérant les coûts toujours plus élevés des services de santé que le budget national n'a pas réussi, pendant longtemps, à résorber à lui seul;

Considérant la réduction drastique des budgets de santé due à la grave crise économique et financière qui touche très durement les Etats Membres;

Considérant les conséquences désastreuses de cette situation dans le domaine sanitaire, à savoir : le ralentissement de la mise en oeuvre des programmes de santé, la résurgence de certaines affections qui avaient été maîtrisées pendant les décennies antérieures, la rapide propagation d'autres maladies, y compris le SIDA, le délabrement des formations sanitaires, la carence en personnels de santé, etc.;

Considérant, d'un côté, la baisse effective des aides extérieures aux Etats Membres dans le cadre de la coopération bilatérale ou multilatérale et leur caractère aléatoire, et de l'autre, l'urgence de la mobilisation de ressources additionnelles en faveur de la santé;

Considérant que les coûts excessifs actuels des services de santé ne pourront être absorbés par les seuls efforts des communautés;

Reconnaissant les insuffisances gestionnaires constatées dans les Etats Membres et l'importance d'une répartition équitable et d'une gestion efficiente et parcimonieuse des maigres ressources existantes;

Considérant la disponibilité maintes fois exprimée des communautés dans le rôle déterminant qu'elles sont appelées à jouer dans le cadre de leur mobilisation massive et de leur participation effective à la lutte pour la santé;

Reconnaissant l'impérieuse nécessité de surmonter au plus tôt les contraintes économiques qui entravent la réalisation des programmes de santé par des actions coordonnées qui appellent le dialogue social et la collaboration entre les individus, les communautés, les gouvernements et les organes extérieurs de financement,

1. SOUTIENT l'initiative prise par le Directeur régional de développer un Programme de Financement des Soins de Santé (HECAFIP);

2. INVITE le Directeur régional à :

- i) accélérer le processus entamé de mise en place des structures régionales et sous-régionales de gestion de ce programme;
- ii) organiser une vaste campagne de vulgarisation du programme à travers les Etats Membres et dans le milieu de la communauté internationale en vue de rechercher des sources de financement;

3. PRIE le Directeur général de multiplier ses efforts dans la mobilisation d'une assistance accrue à la plupart des pays africains qui font face à de graves problèmes économiques, notamment en demandant un allègement de la dette et un échange de créances en faveur de la santé;

4. INVITE les Etats Membres à :

- i) augmenter sensiblement l'allocation financière au secteur de la santé;
- ii) prendre, selon que de besoin, les dispositions législatives nécessaires à la réalisation du programme (législation en matière de gestion des fonds de santé par les communautés, par exemple);
- iii) instaurer des mécanismes permettant un véritable dialogue social entre les gouvernements, les populations et les partenaires du développement;
- iv) renforcer et dynamiser les comités de santé des districts, des régions et les comités nationaux de coordination des activités de santé, structures à composantes multisectorielles chargées d'animer le dialogue social et de déterminer les besoins des communautés;

- v) mettre à la disposition des Représentants de l'OMS des cadres compétents en vue de la création des comités nationaux de gestion du programme HECAFIP et des groupes consultatifs techniques sur cette question;

5. INVITE la communauté internationale à appuyer cette initiative africaine dont le lancement et la mise en oeuvre nécessitent des apports humains, financiers et matériels substantiels;

6. DEMANDE au Directeur régional de rendre compte à la quarante-deuxième session du Comité régional de l'état d'avancement de ce programme.

Treizième séance, 10 septembre 1991

AFR/RC41/R11 Allaitement au sein

Le Comité régional,

Rappelant les résolutions AFR/RC39/R4 sur l'orientation future des programmes de nutrition, AFR/RC40/R2 sur l'accélération de la santé maternelle et infantile, WHA27.43, WHA31.47, WHA33.32, WHA34.22, WHA35.26, WHA37.30, WHA39.28 concernant l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, enfin WHA41.11 et WHA43.3 sur la protection et la promotion de l'allaitement au sein;

Rappelant également la Déclaration Innocenti sur la protection, la promotion et l'appui de l'allaitement au sein, adoptée à Florence en 1990, selon laquelle "tous les gouvernements devraient prendre d'ici 1995 des mesures pour donner effet au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel";

Notant que ces dix dernières années, des efforts considérables ont été consacrés à la promotion de l'allaitement au sein et à la réglementation des modalités de commercialisation des substituts du lait maternel ainsi que d'autres méthodes d'alimentation du nourrisson y compris les aliments de sevrage;

Conscient du fait que l'allaitement au sein continue de régresser, bien que l'on sache l'intérêt qu'il présente sur les plans sanitaires et économiques,

1. REMERCIE toutes les organisations internationales et nationales qui ont appuyé et encouragé l'allaitement au sein et leur demande de maintenir cet appui;

2. INVITE INSTAMMENT tous les Etats Membres à :

- i) encourager l'allaitement au sein à l'exclusion de toute autre forme d'alimentation pendant au moins les quatre à six premiers mois;
- ii) élaborer une législation nationale appropriée;
- iii) veiller à ce que soient pleinement appliqués le Code international et les résolutions s'y rapportant dans tous les pays africains, condition minimale pour aider, développer, appuyer, protéger et promouvoir l'allaitement au sein;

iv) adopter et mettre en oeuvre les dix mesures dont dépend une bonne politique d'allaitement au sein, telles que définies dans la Déclaration commune OMS/UNICEF (1988);

3. PRIE le Directeur régional de surveiller l'application du Code dans tous les pays de la Région et de faire rapport tous les deux ans au Comité régional sur la mise en oeuvre des activités.

Treizième séance, 10 septembre 1991

AFR/RC41/R12 Activités de l'OMS dans la Région africaine :
Rapport biennal du Directeur régional pour 1989-1990

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport biennal pour 1989-1990 par le Directeur régional sur les activités 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 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 le développement de la Région et la concrétisation d'un cadre pour réaliser la santé pour tous;

3. SE FELICITE, par ailleurs, du renforcement constituant les liens internationaux entre le Bureau régional et d'autres institutions internationales telles que l'ONU, l'OUA, l'UNICEF, le FNUAP, le PNUD, la Banque mondiale et la Banque africaine de Développement;

4. DEMANDE aux Etats Membres d'intensifier et de développer les activités destinées à accélérer l'instauration de la santé pour tous;

5. APPROUVE le rapport du Directeur régional pour la période 1989-1990;

6. PRIE le Directeur régional de poursuivre ses efforts pour mobiliser des ressources humaines, techniques et financières à l'appui du programme régional.

Treizième séance, 10 septembre 1991

AFR/RC41/R13 Rationalisation des ressources financières
du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique

Le Comité régional,

Rappelant le rapport du Directeur régional dans sa partie relative au service du budget et des finances (paragraphe 7-25 à 7-28) sur les contraintes budgétaires;

Sensible au coût élevé des sessions aussi bien pour le Bureau régional que pour les Etats Membres;

Tenant compte des préoccupations soulevées par la majorité des délégations quant aux multiples réunions annuelles au niveau ministériel (Comité régional, Conférence des Ministres de la Santé de l'OUA et Assemblée mondiale de la Santé);

Après analyse de l'ordre du jour et du travail préparatoire du Sous-Comité du Programme,

1. DEMANDE aux Etats Membres désirant abriter un Comité régional de prendre en charge l'ensemble des dépenses supplémentaires;
2. SUGGERE au Directeur régional de réduire la durée des sessions en proposant un ordre du jour à la dimension des décisions de politique au niveau continental, et la prise en charge des questions techniques par les experts.

Treizième séance, 10 septembre 1991

AFR/RC41/R14 L'Appel de Bujumbura : "Un appel pour l'Afrique",
lancé au cours de la quarante et unième session
du Comité régional, Bujumbura, 4-10 septembre 1991

RAPPELANT la résolution prise en 1986 par la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la crise en Afrique, appelant le reste du monde à nous aider, nous les Africains, si nous montrons que nous nous aidons nous-mêmes;

REEVALUANT les efforts que nous avons déployés depuis cet appel de l'Assemblée générale des Nations Unies, nous relevons que :

- i) Les Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'Organisation de l'Unité africaine (OUA) ont apporté en 1987 un immense soutien par la Déclaration AHG/DECL.1 (XXIII) intitulé "Santé, base du développement";
- ii) Les Chefs d'Etat et de Gouvernement ont entériné en 1988 l'Initiative de Bamako lancée lors de la trente-septième session du Comité régional, Initiative parrainée par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique visant à renforcer par le biais des fonds autorenewelables de santé communautaire la qualité des services de santé surtout au niveau périphérique;
- iii) Le Fonds spécial de la Santé pour l'Afrique a été officiellement lancé en juin 1990 au niveau régional et certains pays ont depuis lors lancé ce Fonds au niveau national;
- iv) Le projet de Déclaration sur la crise actuelle de la santé en Afrique préparé par les Ministres de la Santé a été adopté par les Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'OUA réunis en sommet en juin 1991;

- v) Le Comité régional, lors de sa quarante et unième session tenue à Bujumbura (Burundi) du 4 au 10 septembre 1991, a adopté une résolution visant à soutenir la mise en oeuvre d'un programme régional de financement des soins de santé (HECAFIP);

CONSIDERANT :

- i) les taux inacceptablement élevés de mortalité infantile et maternelle;
- ii) la pandémie de SIDA et les graves conséquences qui en découlent sur les plans social, économique et politique;
- iii) la réémergence du paludisme comme principale cause de morbidité et de mortalité;
- iv) les épidémies naissantes de choléra et les autres épidémies;
- v) la rapidité de la croissance démographique qui contrecarre actuellement nos efforts de développement sanitaire;
- vi) les souffrances des plus démunis, en particulier des femmes et des enfants, en raison des "politiques de réforme économique";
- vii) les problèmes de la dette qui menacent aujourd'hui la survie de nos Etats Membres, et
- viii) la médiocrité du système de prestation des services de santé ainsi que la détérioration de l'état de santé de la population par suite de la crise économique,

Le Comité régional, à sa quarante et unième session tenue à Bujumbura, Burundi, du 4-10 septembre 1991, lance le présent "APPEL POUR L'AFRIQUE" :

1. NOUS APPELONS LES INDIVIDUS, LES FAMILLES ET LES COMMUNAUTES A :

- i) affirmer que leur santé est entre leurs mains;
- ii) exprimer avec plus de détermination et de responsabilité leur volonté à prendre en charge leur état de santé;

2. NOUS APPELONS NOS GOUVERNEMENTS A :

- i) accorder une plus grande priorité à la santé et donc accroître de façon soutenue le financement des programmes de santé;
- ii) éviter les guerres et conflits internes compte tenu de leurs implications sur l'économie et la santé;
- iii) assurer un approvisionnement adéquat en eau saine et de meilleures conditions d'assainissement et de logement pour combattre l'épidémie de choléra;
- iv) poursuivre résolument l'objectif de l'"Education pour tous d'ici l'an 2000" pour élargir les possibilités de parvenir à la santé pour tous;
- v) concevoir des mécanismes équitables, efficaces et efficients pour le financement des soins de santé.

3. NOUS APPELONS LA COMMUNAUTE INTERNATIONALE A :

- i) être fidèle à l'engagement qu'elle a pris dans la résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies de 1986 en augmentant sensiblement son aide à l'Afrique;
- ii) renforcer la collaboration avec l'OMS et mettre à disposition des ressources substantielles pour s'adapter aux énormes problèmes posés par la pandémie de SIDA;
- iii) assurer un appui efficace aux pays dans leurs efforts pour fournir un approvisionnement adéquat en eau saine et de meilleures conditions d'assainissement afin de prévenir les maladies transmises par l'eau et particulièrement le choléra.

4. NOUS APPELONS NOS CREANCIERS A :

Alléger le fardeau écrasant de la dette qui menace notre survie même, en nous soulageant de nos dettes;

5. NOUS APPELONS LE SECTEUR PRIVE, ET NOTAMMENT LES ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES, A :

Nous apporter toute l'aide possible dans nos efforts de développement sanitaire.

Enfin, le Comité régional est fermement convaincu que si tous nos partenaires répondent à cet appel, nous atteindrons l'objectif de la santé pour tous et nous pourrons également garantir une vie meilleure à nos enfants et aux générations futures de nos peuples.

Treizième séance, 10 septembre 1991

AFR/RC41/R15 Motion de remerciements

Le Comité régional,

Considérant les efforts déployés par le peuple et le Gouvernement du Burundi pour assurer un plein succès à la quarante et unième session du Comité régional, session qui s'est tenue à Bujumbura du 4 au 10 septembre 1991;

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

Considérant l'engagement politique déterminé des responsables nationaux à accélérer l'instauration de la santé pour tous en utilisant le Scénario africain de Développement sanitaire,

1. REMERCIE Son Excellence le Major Pierre Buyoya, Président de la République du Burundi, d'avoir bien voulu abriter et inaugurer personnellement nos assises;

2. SE FELICITE de l'allocation pertinente et si encourageante prononcée par Monsieur le Président de la République lors de la cérémonie d'ouverture, allocation axée sur les principaux problèmes de santé auxquels les pays africains sont confrontés;

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

4. PRIE le Directeur régional de transmettre à Son Excellence le Major Pierre Buyoya, Président de la République du Burundi, la présente motion de remerciements.

Treizième séance, 10 septembre 1991

PARTIE II

INTRODUCTION

1. La quarante et unième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a débuté ses travaux le 4 septembre 1991 à 10 heures, sous la présidence de Son Excellence le Dr Friedman, Ministre de la Santé du Swaziland, en remplacement du Président de la quarantième session du Comité régional de l'OMS, empêché.

2. Participaient à cette séance :

- le Directeur général de l'OMS, le Dr Hiroshi Nakajima;
- le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, le Dr G. L. Monekosso;
- les Ministres de la Santé de la Région africaine de l'OMS.

3. Dans son allocution de circonstance, Mme le Ministre de la Santé du Swaziland a remercié ses pairs pour sa désignation, qui est un honneur pour son pays, et a sollicité l'appui de tous afin que les travaux se déroulent dans les meilleures conditions.

4. L'ordre du jour étant adopté sans modification, la Présidente de séance a donné la parole au Directeur régional pour présenter son rapport sur les activités de l'OMS dans la Région africaine au cours du biennium 1989-1990.

ACTIVITES DE L'OMS DANS LA REGION AFRICAINE 1989-1990 -
RAPPORT BIENNAL DU DIRECTEUR REGIONAL (documents AFR/RC41/3 et
AFR/RC41/3 Add.1)

Exposé introductif

5. Le Dr Monekosso a tout d'abord souhaité la bienvenue à tous les Ministres et Chefs de délégation à la quarante et unième session du Comité régional et passé en revue les principaux points du document constituant son rapport biennal.

6. L'action menée au cours du biennium 1989-1990 a tenu compte à la fois de la mise en oeuvre du Cadre africain du Développement sanitaire adopté à Lusaka (Zambie) en 1985, ainsi que des diverses orientations données par les Comités régionaux successifs.

7. L'Afrique traverse une période difficile sur les plans politique, économique et social, ce qui se traduit par la crise qui affecte gravement le domaine de la santé. Face à cette situation, le Bureau régional a multiplié des alliances d'une part avec les institutions soeurs du système des Nations Unies, notamment l'UNICEF, le FNUAP, le PNUD, la Banque mondiale, pour ne citer que quelques-unes, et, d'autre part, avec les organisations non gouvernementales, en particulier dans le cadre du suivi des malades atteints du SIDA.

8. Pourquoi ces alliances ? A l'heure où la santé est de plus en plus considérée comme un secteur productif pour le développement, il devient nécessaire à travers la collaboration interagence et multisectorielle d'augmenter les "dividendes" qu'apporte le secteur santé et nous pouvons citer à titre d'exemples, l'accroissement de la population, l'amélioration de l'environnement, le changement favorable des comportements humains, etc.

9. Il est légitime de s'en réjouir et c'est l'occasion de remercier tous les Ministres de la Santé pour le succès incontestable du Programme Elargi de Vaccination, qui est le fruit des efforts immenses déployés dans la Région à travers une collaboration multisectorielle.

10. D'autres progrès notoires ont été réalisés dans le cadre de la lutte contre la maladie, l'approvisionnement en eau et l'assainissement du milieu. Mais il convient de reconnaître que beaucoup reste encore à faire dans le domaine des soins en milieu urbain comme en milieu rural et pour juguler la résurgence de certaines épidémies.

11. S'agissant du choléra, qui a fait l'objet d'une discussion spéciale au cours de la session, il reste inacceptable que l'absence de prévention ait favorisé des épidémies de choléra, avec une létalité d'environ 10 %, dans la mesure où la lutte contre le choléra et sa prévention passent par un approvisionnement en eau salubre et une bonne hygiène individuelle et collective.

12. L'eau potable est la clé de ce problème, et l'on voit de ce fait toute l'importance de la collaboration multisectorielle et multidisciplinaire au niveau pays et entre des pays voisins.

13. Au cours du biennium, certaines activités particulières ont vu le jour et méritent d'être mentionnées :

13.1 La régionalisation du Programme de Lutte contre le SIDA se déroule de manière satisfaisante avec la mise en place d'équipes décidées à engager une lutte victorieuse contre cette pandémie. Si le succès de cette bataille ne dépend pas exclusivement des Ministres de la Santé, ils doivent toutefois devenir les chefs de file pour promouvoir la collaboration effective de tous les secteurs concernés, y compris la population, pour que le combat contre le SIDA, du district jusqu'au niveau central de chaque pays, soit mené d'une façon cohérente et avec l'assurance du succès.

13.2 Le financement des services de santé a constitué également une préoccupation du Bureau régional, à la suite des indications des Ministres de la Santé, afin que soit partagé le fardeau des coûts de la santé tant il est vrai que chaque pays, chaque communauté, chaque famille et chaque individu, doivent chacun à son niveau prendre réellement en charge les coûts de la santé. C'est dans cette optique qu'a été développé le programme de financement des soins de santé dénommé HECAFIP dont la mise en oeuvre au niveau de chaque pays nécessite la volonté politique ainsi que l'appui des décideurs au plus haut niveau.

13.3 Afin de renforcer la coopération technique de l'OMS avec les pays, les bureaux de Représentation ont été renforcés par les équipes pluridisciplinaires, en application de la résolution de la trente-cinquième session du Comité régional de Lusaka, qui mettait un accent sur la participation des nationaux pour la réalisation des programmes de coopération avec l'OMS. Ainsi donc depuis deux ans, des équipes pays ont été mises en place afin de constituer dans chaque pays une véritable banque de données dans le domaine de la santé, créant ainsi une sorte de mémoire utile pour le pays et pour toute agence désireuse de coopérer avec le pays pour les programmes de santé. Le financement de ces équipes a été jusqu'ici pris en charge par le Fonds spécial du Directeur régional, mais il est prévu que dans le Budget Programme 1992, la rémunération des membres de cette équipe se fera au niveau de l'AFROPOC-Pays. Les arrangements financiers pour ces équipes sont souples et tiennent compte des circonstances locales, mais les activités de leurs membres permettront de pérenniser les différents programmes de santé dans les pays. Le Directeur régional a également décidé de débloquer 2 % du budget régional pour le fonctionnement de ces équipes.

13.4 La coopération intensive avec les pays ayant les plus grands besoins est une initiative du Directeur général suivie par le Bureau de la Coopération internationale (ICO), en collaboration avec le Bureau régional. Pour la Région africaine et compte tenu du contexte actuel de crise généralisée, c'est pratiquement tous les pays qui devraient bénéficier de cette coopération. Les Représentants au niveau des pays sont ceux qui, en premier lieu, sont appelés à établir avec les experts nationaux la nature des besoins devant faire l'objet d'une telle coopération; le document ainsi préparé va permettre au Bureau régional et au Siège d'identifier les compétences techniques nécessaires pour des missions spécifiques conjointes à entreprendre au niveau des pays, ainsi que toutes autres formes de soutien, y compris la mobilisation des ressources. Dès le mois d'octobre, les Représentants participeront à une série de réunions au Bureau régional en groupes restreints pour établir le Budget Programme 1992 et nous comptons discuter à cette occasion, le support qu'ICO peut apporter au niveau d'AFROPOC-Pays afin de rentabiliser la coopération de l'OMS.

14. Après les évaluations menées entre 1986 et 1989 aux trois niveaux des systèmes de santé, le plan d'action adopté par les Etats Membres pour 1990-1994 mettait un accent particulier sur le renforcement de la gestion à travers la formation et la recherche. C'est pourquoi un appel pressant est lancé aux diverses institutions, en particulier au PNUD, pour que la mise en oeuvre du Cadre africain de Développement sanitaire puisse bénéficier d'un financement substantiel en tenant compte également des infrastructures sanitaires à réhabiliter, construire et équiper, ainsi que des programmes prioritaires et "choix à la carte" selon les pays.

15. Le Directeur régional a terminé sa présentation en attirant l'attention des délégués sur deux facteurs qui bloquent le développement sanitaire, voire le développement tout court de la Région africaine :

- i) le très bas niveau de confiance du reste du monde en l'Afrique;
- ii) le très bas niveau de confiance des Africains en eux-mêmes; or, nous ne pouvons pas attendre des autres plus de considération si nous-mêmes, nous ne nous en accordons pas. L'exemple le plus frappant est la réticence que manifestent les responsables lorsqu'il s'agit de décentraliser l'autorité et les responsabilités aux niveaux intermédiaire et du district; nous acceptons difficilement que la communauté, par le biais des comités de santé ou de développement, participe en partenaire véritable et responsable à la gestion des programmes de santé.

16. Ce qui est toutefois encourageant, c'est l'établissement, au niveau des pays, des législations qui mettent en relief l'autogestion au niveau des districts, avec comme corollaire l'auto-audit.

17. Il appartient aux Honorables Ministres et Chefs de délégation d'étudier le rapport présenté et de proposer des orientations susceptibles de renforcer ou d'améliorer les programmes de santé de la Région en vue de la Santé Pour Tous.

18. Madame la Présidente de séance a félicité le Directeur régional pour son exposé riche et complet sur les activités du Bureau régional au cours du biennium et a invité les participants à contribuer par leurs interventions constructives à l'enrichissement de cet important document présenté.

Discussion

19. Vingt-cinq Délégués des pays et les Représentants des organisations non gouvernementales ont participé à la discussion qui a bénéficié également des interventions du Directeur général de l'OMS, du Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe ainsi que du Représentant du Secrétaire général de l'OUA. Tous les intervenants ont félicité le Directeur régional pour la clarté de son rapport, complet et riche d'enseignements qui reflètent fidèlement les activités menées dans la Région au cours du biennium 1989-1990.

20. Parmi les problèmes soulevés par les délégués, nous pouvons citer :

20.1 La mise en oeuvre du Scénario qui se poursuit dans tous les pays de la Région avec un accent particulier sur l'engagement politique qui permet la création d'un organe interministériel du genre Conseil national de la Santé pour favoriser l'approche multisectorielle et la responsabilisation des autres secteurs apparentés à la santé. Le découpage des districts de santé tend à correspondre à celui de l'administration, complétant ainsi dans le système pyramidal, les niveaux intermédiaire et central selon les pays. Des projets de lois ainsi que des textes réglementaires voient le jour pour organiser l'autoresponsabilité des communautés, y compris les aspects d'autogestion au niveau local. Ces initiatives sont encourageantes de même que la planification sanitaire qui part de la base avec des micro-plans du district suivis de plans régionaux, etc. Dans l'esprit du cadre africain de développement sanitaire, la coordination des donateurs oeuvrant dans le domaine de la santé se développe également, évitant ainsi des dispersions de force et permettant la cohérence dans les programmes de santé.

20.2 Croissance démographique. La démographie galopante dans la plupart de nos pays conduit souvent à des problèmes de santé pour les enfants surtout (malnutrition) et les jeunes qui supportent les effets néfastes du faible niveau voire de l'absence de croissance économique. En application de la résolution AFR/RC38/R6, le Centre régional de Formation et de Recherche en Santé familiale a été créé à Kigali, centre opérationnel dont les Etats Membres doivent tirer profit en y envoyant les étudiants et les chercheurs et, pour l'assister, des enseignants. L'accroissement démographique rappelle également la nécessité du développement ou du renforcement des programmes de planification familiale à inclure dans tous les niveaux du système de santé en corollaire des programmes de santé maternelle et infantile. Toutes les activités coordonnées avec les autres secteurs concernés pour contrôler la croissance démographique vont lever l'hypothèque qui pèse sur l'avenir des générations futures.

20.3 Technologies et soins de qualité. Alors que les soins font partie des composantes de soins de santé primaires, la priorité accordée par les Etats Membres à la prévention, les orientations données par l'OMS et d'autres agences bilatérales ou multilatérales ont plutôt entraîné le déclin des soins médicaux. Comment assurer le recours si les niveaux secondaire et tertiaire sont négligés et ne peuvent assurer leur rôle dans le cadre de l'ensemble du système de santé ? Les besoins en soins de qualité s'expriment de plus en plus en milieu urbain comme en milieu rural. Le désenclavement de certaines localités impose l'existence d'infrastructures adéquates. L'accessibilité aux soins de qualité permet également de réduire les évacuations sanitaires coûteuses non seulement à l'étranger mais aussi parfois d'une région à l'autre d'un même pays. Mais cette accessibilité passe par la réhabilitation des infrastructures, l'acquisition et la maintenance des équipements appropriés pour les hôpitaux de référence, les hôpitaux régionaux, les centres médicaux, etc. Une attention particulière doit être portée à ce domaine complémentaire des soins de santé primaires.

20.4 Choléra et prévention des épidémies. Alors que prend fin la Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement, les pays de la Région vivent la résurgence des épidémies de choléra qui démontrent les failles dans les approches multisectorielles et pluridisciplinaires des programmes de santé. C'est également une indication de l'absence de prévision des épidémies. Ayant constaté que ce n'est pas tellement le vibrion cholérique qu'il faut condamner, les délégués ont noté qu'au niveau régional, des actions coordonnées dans le domaine de la diffusion des informations s'imposent. De même, l'organisation d'une information voire la formation des intervenants dans la lutte contre le choléra favorisent l'action multisectorielle des diverses agences. Au niveau national comme international, l'accent doit porter sur l'eau potable et l'hygiène individuelle et collective. La mobilisation de tous doit se faire dans le cadre d'un programme planifié de préparation aux urgences et d'IEC car les épidémies ne sont que des urgences sanitaires.

20.5 Bourses d'études. L'absence de plans de formation dans quelques pays de la Région, la méconnaissance des règles qui définissent les types de bourses octroyées par l'OMS, les divergences de procédures appliquées par l'OMS et les institutions de formation, les besoins de plus en plus grands de spécialistes dans tous les domaines pour viabiliser nos hôpitaux régionaux et nos hôpitaux de référence, voilà autant de problèmes soulevés par les délégués. A ces problèmes s'ajoutent le choix des lieux de formation généralement en dehors de la Région, alors qu'il existe souvent dans la Région des écoles de même valeur et plus au courant de nos réalités que les institutions étrangères. La proposition des allocations de formation a été bien accueillie dans un sens pragmatique, car elles complètent les bourses d'études pour lesquelles une documentation a été distribuée aux délégués.

20.6 Appui aux facultés de médecine. Trois types d'écoles et facultés de médecine ont fait l'objet de discussion :

- i) les écoles nouvellement construites pour lesquelles se pose le problème des équipements et des enseignants;
- ii) les instituts à caractère régional dont la restructuration en termes d'objectifs éducationnels s'impose;
- iii) les centres de référence de l'OMS pour lesquels les contributions du pays hôte et des Etats Membres bénéficiaires doivent être clarifiées; cette question a été abordée au cours des discussions techniques sur la formation.

20.7 Les programmes d'ajustement structurel ont entraîné dans nombre de pays une suspension ou une réduction drastique des recrutements de toutes les catégories de personnel de santé. Il s'est ensuivi une aggravation des disparités traditionnelles, mais aussi une surcharge de travail de moins en moins tolérée par les prestataires de services. L'intervention du Directeur général et du Directeur régional a été sollicitée pour obtenir l'assouplissement, sinon la levée des mesures restrictives qui frappent le recrutement des travailleurs de la santé.

20.8 Lutte contre le paludisme. Le paludisme redevient dans la Région, la première cause de morbidité et, dans certains pays, surprend par sa "virulence" tout en occupant la première place pour la mortalité infantile. L'apparition des "résistances" à la chloroquine reste à confirmer tant il est vrai que l'automédication et les traitements inappropriés compliquent l'appréciation de la situation. Les problèmes de formation du personnel,

l'information et l'éducation du public, la recherche opérationnelle, voilà autant de domaines qui ont préoccupé les délégués. Il reste un espoir d'une part dans l'organisation à Brazzaville en octobre de la réunion préparatoire du Sommet mondial sur le Paludisme et, d'autre part les efforts menés pour appliquer dans les pays les mesures de lutte recommandées par l'OMS avec l'appui des différents bailleurs de fonds.

20.9 Système d'information. A l'heure de l'informatique, l'obtention des données fiables permet aux décideurs de planifier convenablement. Dans nos services de santé, l'accent n'est pas encore assez mis sur le système d'information et les délégués ont ressenti ce besoin non seulement au niveau des pays mais aussi entre pays voisins. L'OMS devrait veiller à assurer la formation dans ce domaine et soutenir les pays pour l'organisation ou la restructuration de leur système d'information sanitaire car l'appréciation des progrès réalisés passe également par la qualité de ce système.

20.10 Financement des soins de santé. Plusieurs causes ont été attribuées à la crise de la santé. Mais si d'un côté certains délégués songent aux aides extérieures, la plupart des participants notent que c'est d'abord sur nous-mêmes qu'il faut compter. Les mesures législatives prises par certains pays en faveur de l'autogestion au niveau des districts démontrent en un sens l'approbation générale de l'Initiative de Bamako et l'acceptation des approches présentées par HECAFIP, le programme de financement des soins de santé. Qu'il s'agisse de pérenniser les acquis du programme élargi de vaccination, qu'il s'agisse de faire viabiliser les centres ruraux de santé par l'acquisition des médicaments, qu'il s'agisse d'alléger le poids des coûts élevés des soins médicaux, le réalisme nous pousse à l'autofinancement, ce qui n'exclut aucun autre soutien intérieur ou extérieur.

20.11 Le programme SIDA inscrit à l'ordre du jour a été réservé pour être discuté ultérieurement.

21. Après avoir félicité le Président et les membres du Bureau pour leur élection, le Dr Racelis, Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Est et australe, a dit combien elle avait apprécié le rapport détaillé présenté par le Directeur régional et elle a fait état, pour s'en féliciter, de l'excellente collaboration qui unit l'OMS, l'UNICEF et les pays. En rappelant les résultats impressionnants obtenus dans le cadre du Programme élargi de Vaccination, avec une couverture vaccinale qui dépasse les prévisions envisagées à Lusaka en 1985, le Directeur régional de l'UNICEF a rappelé que les facteurs de base du succès de ce programme étaient notamment l'engagement politique, la mobilisation sociale, la participation multisectorielle, une solide infrastructure des services de santé et la mobilisation des ressources extérieures.

22. Les Chefs d'Etat et de Gouvernement ont déjà rappelé leur engagement; il suffit de se souvenir des résultats du Sommet mondial de l'Enfance à New York, auquel ont participé le Directeur régional de l'UNICEF et le Directeur régional de l'OMS. Lorsque l'on sait qu'en Afrique, une femme sur 23 meurt des suites d'une grossesse, alors qu'en Europe, c'est une femme sur 10 000, on comprend qu'il s'agit d'une injustice inhumaine pour laquelle il faut trouver non seulement des explications mais une solution urgente, car si la mortalité maternelle n'entraîne pas nécessairement la mortalité infantile, elle débouche souvent sur des enfants orphelins et marginalisés. Il faut donc porter une attention particulière à la santé de la femme en tant que mère, future mère et citoyenne productive pour le pays.

23. En cette Décennie de l'Enfance lancée par l'OUA, le programme d'action en faveur de l'enfant doit être entrepris dans chaque pays. Le Directeur régional de l'OMS a proposé un cadre approprié dans lequel ses préoccupations s'intègrent parfaitement. Aux Ministres de la Santé et aux Chefs de délégation, la question qui se pose est de recourir à tous les ingrédients utilisés pour le succès du Programme élargi de Vaccination pour réduire d'un tiers la mortalité infantile et de 50 % la mortalité maternelle. L'UNICEF accorde une très grande importance au programme en faveur de la femme et de l'enfant en Afrique, car il n'y a pas de succès économique véritable dans un contexte où les femmes et les enfants sont ignorés. Préserver la santé des femmes et des enfants d'Afrique et du monde, c'est en fait bâtir une fondation solide pour l'avenir tout court, et il est heureux que l'OMS et l'UNICEF s'accordent parfaitement pour cet objectif.

24. Après ces interventions des délégués, le Directeur régional, dans sa réponse, a tenu avant tout à remercier les Ministres et les observateurs pour les paroles aimables, les critiques et les encouragements qui lui ont été adressés et qui lui permettront de mieux orienter l'action du Bureau régional. Il fait remarquer que la qualité reconnue du rapport qu'il a présenté était due à la qualité des collaborateurs dont se dotent les pays, mais il a noté encore que si le rapport est sans doute bon, l'Afrique elle, n'est pas encore en bonne santé. C'est pourquoi les préoccupations des honorables délégués vont faire l'objet d'un programme de travail intensif de la part de ses collaborateurs.

25. En ce qui concerne les bourses d'études, l'OMS doit rendre compte de leur gestion au Conseil exécutif, et il n'est donc pas surprenant qu'une certaine rigueur soit appliquée dans le cadre de leur attribution. C'est en réalité auprès des Représentants au niveau des pays qu'il faudrait recevoir les informations nécessaires, dont quelques-unes ont été communiquées au cours de cette réunion. Par ailleurs, la création des allocations d'études vient compléter le volet d'aide à la formation.

26. Pour le programme d'allaitement maternel, le Directeur régional souhaitait qu'une séance de travail puisse avoir lieu avec IBFAN afin de mieux définir une approche commune et utile pour les pays de la Région.

27. Les plans nationaux établis dans les pays touchés par la dracunculose justifient l'ambition de présenter en 1995 au Directeur général, pour signature, le certificat de décès de cette maladie.

28. Il y a quatre ans, le Comité régional avait recommandé qu'une attention particulière soit accordée aux problèmes de population. C'est pourquoi le Centre régional de Kigali a vu le jour et, comme le disait à juste titre le délégué du Rwanda, les pays sont encouragés à y envoyer non seulement des étudiants et des chercheurs, mais également des enseignants. Un appel est lancé aux bailleurs de fonds pour qu'ils soutiennent ce programme national.

29. Plus de 70 % des pays de la Région ont des équipes pays opérationnelles. Jusqu'ici, la rémunération de ces équipes se faisait à partir du Fonds spécial du Directeur régional. Pour l'exercice budgétaire 1992, c'est dans le cadre de l'AFROPOC que seront inscrits les moyens pour la rémunération des membres de ces équipes. Mais les conditions varient d'un pays à l'autre et restent souples. Les collaborateurs du Directeur régional et lui-même sont disponibles pour tous renseignements particuliers qu'un délégué souhaiterait avoir sur ce sujet, pour lequel par ailleurs toute la documentation sera communiquée par les Représentants de l'OMS dans les pays.

30. Le Fonds spécial de la Santé pour l'Afrique est déjà lancé dans plus d'une demi-douzaine de pays et l'on vient d'apprendre que d'autres pays vont le lancer dans les jours à venir. C'est une initiative qui fait la jonction avec les efforts des collectivités décentralisées, qui sont les seules bénéficiaires de ce Fonds. Le Fonds constitue également un complément à l'Initiative de Bamako pour résoudre les problèmes de devises fortes qui risquent de se poser pour les communautés ayant récolté des monnaies locales et qui ne peuvent donc se procurer les marchandises dont elles auraient besoin si elles doivent payer en devises. Dans ce cas précis, il faut reconnaître l'importance du Fonds spécial. Le Fonds a besoin d'un Secrétaire exécutif et compte sur les Ministres de la Santé pour proposer des candidats valables pouvant assumer cette fonction capitale pour la vie même du Fonds. Etant donné la présence des Ministres de la Santé qui sont membres du Conseil d'Administration du Fonds, une réunion de ce Conseil se tiendra en marge du Comité régional.

31. Le Directeur régional a remercié les délégués pour leur soutien à l'initiative de financement des soins de santé qui était encore dans sa phase préparatoire et il a pris bonne note des suggestions qui lui avaient été adressées.

32. En ce qui concerne la décentralisation du programme SIDA, le problème sera discuté plus tard en présence du Dr Merson, le Directeur de GPA. Bonne note a également été prise des suggestions se rapportant à la périodicité des Comités régionaux et qui allaient dans le sens des préoccupations du Bureau régional. Si l'on tient compte des différentes réunions qui sollicitent, dans la Région et en dehors de la Région, les Ministres de la Santé, les préoccupations quant à l'importance des économies à réaliser deviennent plus pressantes. C'est pourquoi les services du Directeur régional allaient collecter toutes les informations sur les réunions pour lesquelles les Ministres étaient sollicités y compris l'Assemblée mondiale de la Santé. Ces questions seraient toutefois revues dans le cadre de l'ordre du jour.

33. Pour terminer, le Directeur régional a noté que Son Excellence le Président de la République du Burundi, dans son allocution, a fait référence au Cadre africain de Développement sanitaire et aux voies et moyens pour l'accélération de sa mise en oeuvre. Il a remercié une fois de plus les délégués pour le soutien qu'ils lui ont toujours apporté.

34. Bon nombre de sujets évoqués par les délégués étaient inscrits dans l'ordre du jour et le Secrétariat reste naturellement à leur disposition pour les éclaircissements. Avec l'accord des délégués, le Directeur régional a demandé qu'un appel soit lancé au niveau de la communauté internationale "L'APPEL DE BUJUMBURA POUR L'APPUI DE L'ACTION SANITAIRE EN AFRIQUE".

ORGANISATION DES TRAVAUX DU COMITE REGIONAL

35. Les travaux de la quarante et unième session du Comité régional ont repris le 5 septembre 1991 à 9 heures sous la présidence du Dr Flavio Fernandes, Ministre de la Santé de l'Angola, Premier Vice-Président de la quarantième session du Comité régional, représentant le Président empêché.

36. Conformément aux points 4 et 5 de l'ordre du jour adopté par les délégués, les pays suivants ont été nommés pour constituer le Sous-Comité des Désignations : Botswana, République centrafricaine, Tchad, Congo, Gambie, Kenya, Malawi, Mauritanie, Mozambique, Rwanda, Sierra Leone, République-Unie de Tanzanie. Le Sous-Comité des Désignations a été présidé par le délégué du Mozambique et avait pour Rapporteur le délégué du Congo.

37. Le Comité régional, 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, a élu le bureau suivant :

Président : Dr N. Ngendabanyikwa, Ministre de la Santé du Burundi, dont la nomination a été approuvée par acclamation.

Vice-Présidents : Dr N. Iyambo, Ministre de la Santé de Namibie
Dr L. Nobre Leite, Ministre de la Santé du Cap-Vert.

Rapporteurs : Dr G. A. Williams (Nigéria)
Dr Vignon Devo (Togo)
Dr Joao Bonfim (Sao Tomé et Príncipe).

Rapporteurs des Discussions techniques :

Dr (Mme) O. G. Dossou (Bénin)
Dr Maria Antonio (Angola)
Dr S. Subramanien (Maurice).

38. Dans son allocution de circonstance, le Président de la quarante et unième session du Comité régional a tout d'abord remercié tous les délégués pour l'honneur qui lui était ainsi fait ainsi qu'à son pays et, au nom de tout le Bureau élu, il a remercié le Bureau sortant pour l'important travail accompli en faveur de l'ensemble de la Région. Il s'est ensuite porté garant devant les délégués et le Directeur régional de la disponibilité de chaque membre et de l'engagement de tous au service du Comité régional pour le succès des programmes de santé en Afrique.

39. Le Comité a adopté comme horaire de travail : 9h00 - 12h00 et 15h00 - 18h00.

SEANCE SOLENNELLE D'OUVERTURE

40. La séance solennelle d'ouverture de la quarante et unième session du Comité régional a eu lieu le 5 septembre 1991 à 17 heures au Palais des Congrès de Kigobe, sous la présidence de Son Excellence le Major Pierre Buyoya, Président de la République et Président du Comité Militaire pour le Salut National.

41. A cette occasion, cinq allocutions ont été prononcées respectivement par le Ministre de la Santé de l'Angola représentant le Président de la quarantième session du Comité régional, empêché, le Docteur Hiroshi Nakajima, Directeur général de l'OMS, le Représentant du Secrétaire général de l'OUA, le Dr G. L. Monekosso, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique et Son Excellence le Major Pierre Buyoya, Président de la République du Burundi.

42. Le Dr Flavio Fernandes, Ministre de la Santé de la République populaire d'Angola et Président sortant de la quarantième session du Comité régional, a fait remarquer que l'ouverture de la quarante et unième session du Comité coïncidait avec le quatrième anniversaire de la Troisième République du Burundi, pays qu'il a félicité pour ses réalisations économiques et l'atmosphère de paix qui y règne. La présence du Président du Burundi à l'ouverture de la quarante et unième session est la preuve du soutien que le Burundi apporte à l'OMS et aux efforts de l'Organisation pour résoudre les problèmes de santé de la Région. Le Dr Fernandes a rappelé que la Région s'est vue confrontée à une grave crise économique, encore aggravée par l'apparition du SIDA qui continue à décimer les forces de production et à entraver les efforts déployés pour réaliser les objectifs économiques et sociaux.

43. Le Dr Fernandes a indiqué que, même si le SIDA et le paludisme sont aujourd'hui pour la vie humaine une menace sans précédent, les gouvernements avaient résolu de ne pas se laisser décourager - ce qui explique l'adoption du Scénario africain de Développement sanitaire en trois phases et l'Initiative de Bamako.
44. Il a ensuite exprimé, au nom de tous, la sincère gratitude des membres du Comité régional aux Chefs d'Etat et de Gouvernement africains pour leur indéfectible soutien moral, matériel et financier aux efforts visant à résoudre tous les problèmes du continent.
45. Le Dr Fernandes a félicité le Dr Hiroshi Nakajima, Directeur général de l'OMS, et le Dr G. L. Monekosso, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, de leur dévouement et de leur soutien toujours plus grand aux pays africains. En remerciant les autres institutions et agences internationales et régionales de l'appui et de l'assistance qu'elles ont fournis dans le passé, il les a aussi appelées à intensifier leur soutien et leurs efforts, en raison de l'ampleur des problèmes que l'Afrique va devoir affronter ces prochaines années.
46. Le Dr Nakajima, Directeur général de l'OMS, a remercié le Président de la République du Burundi, le Major Pierre Buyoya, d'avoir bien voulu ouvrir la quarante et unième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Les transformations politiques, sociales et économiques intervenues dans le monde entier, a-t-il déclaré, ont changé l'approche adoptée par le monde pour résoudre les problèmes, ajoutant que les priorités ne pouvaient plus désormais demeurer spécifiques aux pays, mais devaient assumer un caractère régional et mondial.
47. Les défis à relever sont redoutables, surtout à une époque où la pauvreté, le fardeau de la dette, la récession économique, l'amenuisement de l'assistance et des fonds, les nouveaux conflits armés et les problèmes de "leadership" ont pris une ampleur mondiale.
48. On constate dans le monde industrialisé, a-t-il dit, une fatigue des donateurs, et une tendance à orienter l'assistance vers des "cibles plus profitables", récemment ouvertes en Europe orientale. Le Directeur général a pressé l'Afrique d'adopter de nouvelles approches du développement humain, pour favoriser un développement économique, de fixer des priorités mondiales plutôt que par pays, et de renforcer le développement et la mobilisation des ressources financières.
49. Il a appelé les Etats Membres de l'OMS à prêter une plus grande attention aux droits des individus et des communautés, à mettre l'accent sur les besoins humains pour améliorer le développement sanitaire et la qualité de la vie, et à utiliser les ressources disponibles pour un développement sanitaire et urbain global.
50. Le Directeur général a ensuite défini le "nouveau paradigme de la santé" comme un cadre qui permettra de développer un programme de travail réalisable et efficace pour assurer une bonne mise en oeuvre des soins de santé primaires, qui doivent être intégrés et complets. Il a aussi défini cinq domaines qui méritent une attention particulière : la relation entre l'état de l'économie mondiale et un développement sanitaire durable, en se référant spécifiquement aux pays les moins avancés; la santé de l'homme, dans un environnement physique qui se dégrade; une alimentation et une nutrition adéquates pour le développement sanitaire; une approche intégrée de la prévention et de la lutte contre la maladie; la diffusion d'informations aux fins de paydoyer, d'éducation et de science de la gestion.

51. Il a indiqué que compte tenu de l'ampleur des problèmes (sanitaires, sociaux et économiques) qui se posent, il est nécessaire d'obtenir des ressources supplémentaires. Il faudrait renforcer les sources de financement internes, et explorer de nouvelles sources. L'OMS ne doit pas porter seule le fardeau du développement social et sanitaire. Les questions de santé, a déclaré le Directeur général, ne peuvent être abandonnées aux forces du marché, et aucun pays ne possède seul toutes les réponses à nos problèmes de santé, qui ont de multiples facettes. Le Directeur général souhaite des objectifs et des stratégies de longue portée pour un développement sanitaire et social durable, et il a ajouté qu'il fallait faire preuve de créativité dans l'adaptation de la technologie et l'utilisation des ressources mobilisées.

52. En conclusion, le Directeur général de l'OMS a dit que le temps était venu de redéfinir les relations de travail avec le système des Nations Unies pour instituer et renforcer un développement socio-économique durable ayant l'homme pour centre. L'avenir des Africains du XXI^e siècle en dépend.

53. Le Secrétaire général de l'Organisation de l'Unité africaine (OUA) a été représenté à la séance d'ouverture par le Dr Ossey-Wawa Leba, qui a présenté aux participants les excuses du Dr Salim Ahmed Salim pour son absence. Le Dr Leba a dit combien l'OUA avait apprécié les multiples formes de soutien qu'elle a reçues de la République du Burundi; il a fait aussi l'éloge de la politique de tolérance et de bon voisinage du Burundi, qui a contribué puissamment à la paix sur le continent.

54. Le Dr Leba a dressé un tableau de la situation particulière de l'Afrique dans le contexte général des mutations politiques mondiales et du climat socio-économique de plus en plus mauvais. Il a rappelé que la vingt-septième Assemblée des Chefs d'Etat et de Gouvernement avait adopté en juin 1991 à Abuja la Déclaration sur la résolution de la crise actuelle de la santé en Afrique et a appelé tous les Etats Membres à préparer un programme et des politiques pour s'attaquer aux problèmes de santé. Il a indiqué que l'OUA portait un intérêt tout particulier aux activités de l'OMS, du fait notamment que l'Afrique est constituée de pays comptant parmi ceux qui ont le plus besoin d'assistance et de développement sous toutes ses formes.

55. Il a vanté les mérites de la collaboration OMS/OUA dans le cadre du Fonds spécial de la Santé pour l'Afrique et d'autres initiatives comme le Programme de lutte contre le SIDA, le Programme élargi de Vaccination et la Pharmacopée africaine. Il s'est félicité de l'extension des activités du Bureau de Liaison de l'OMS à l'OUA, en vue de couvrir les régions du nord et de l'est de l'Afrique relevant de la Région de la Méditerranée orientale.

56. Le Dr Leba a déclaré que l'OUA était prête à collaborer avec l'OMS pour déterminer les priorités de santé des Etats Membres, afin d'assurer une meilleure répartition, plus appropriée, des ressources.

57. Il a annoncé que l'OUA avait demandé à la CEA d'inscrire la situation sanitaire en Afrique à l'ordre du jour de sa session d'avril 1992, et a loué la décision qui a été prise de tenir au Brésil la Conférence des Nations Unies pour l'Environnement et le Développement, prévue en juin 1992.

58. Le Dr Leba a instamment invité les Etats Membres de la Région africaine de l'OMS à s'attaquer à des questions relatives à l'environnement mondial, comme les changements climatiques et la destruction de la couche d'ozone, l'urbanisation et les problèmes d'approvisionnement en eau potable, l'usage des fertilisants et des pesticides, les déversements de déchets toxiques, etc., de manière à être parfaitement préparés à participer à la conférence de 1992 au Brésil. Le Dr Leba a ajouté que l'OUA souscrivait pleinement à

la création, sous les auspices des Nations Unies, d'un Fonds pour la Protection de la Planète, ainsi que l'avait préconisé l'Inde en septembre 1989, à Belgrade, au cours du Sommet des pays non-alignés.

59. Le Dr Leba a informé les délégués que les Chefs d'Etat et de Gouvernement africains avaient signé en juin 1991 à Abuja (Nigéria) un traité instituant la Communauté économique africaine; il a lancé un appel à la poursuite de l'appui et du partenariat de l'OMS et de la communauté internationale en général, et, plus particulièrement, a souhaité que le Bureau de Liaison de l'OMS à l'OUA aide l'Afrique à réaliser ses nobles objectifs.

60. Dans son allocution d'ouverture, le Dr G. L. Monekosso, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, a remercié Son Excellence le Major Pierre Buyoya, Président de la République du Burundi, et le Gouvernement et le peuple du Burundi pour la volonté politique dont le Président a fait preuve et pour son appui indéfectible aux efforts en faveur de la santé pour tous. Il a dit combien il avait apprécié l'invitation faite au Comité régional de l'OMS pour l'Afrique à tenir sa quarante et unième session dans la belle ville de Bujumbura.

61. Le Directeur régional a remarqué qu'il ressort de l'analyse des activités menées tant au niveau local (district) qu'intermédiaire (région ou province) que la santé pour tous est à portée de main. Le Scénario africain de Développement sanitaire en trois phases adopté en septembre 1985 à Lusaka (Zambie) a représenté le soutien politique nécessaire aux plus hauts niveaux des gouvernements sur le continent africain. Avec la déclaration de l'OUA, en juillet 1987, reconnaissant la santé comme base du développement, le Scénario est devenu une partie intégrante de la stratégie opérationnelle du Plan d'Action de Lagos.

62. Le Dr Monekosso a souligné qu'il était nécessaire de revoir les politiques nationales de santé, de définir avec plus de netteté les soins primaires, secondaires et tertiaires, et d'en préciser clairement les modes d'organisation et de prestation.

63. Il a invité les délégués à élaborer des méthodes de partage des coûts qui n'écrasent pas les bénéficiaires et ne rendent pas difficile la fourniture de services de santé adéquats. Il a tracé les grandes lignes d'un cadre permettant de réaliser le développement sanitaire national et la santé pour tous. Ce cadre va demander : la ventilation du but de la santé pour tous en éléments soins de santé individuels, familiaux et communautaires (qui se chevauchent), ainsi qu'une liste de contrôle pour la détermination des priorités et la fixation des cibles; la construction de districts sanitaires (point idéal pour la mise en oeuvre des stratégies de soins de santé primaires) qui seront les unités opérationnelles pour la planification, l'organisation et le financement des activités de santé communautaire; l'organisation d'un réseau national de développement sanitaire qui apportera aux niveaux local, intermédiaire et central un soutien opérationnel, technique et stratégique aux activités.

64. Pour surmonter les obstacles économiques et sociaux, le Directeur régional a préconisé l'adoption d'une approche multisectorielle du développement sanitaire et appelé à la passation d'accords de coopération technique et financière avec des organismes bi- et multilatéraux; il faudrait également faire participer des organisations non gouvernementales, des banques de développement, des universités, des institutions de recherche et de gestion. Pour le Dr Monekosso, l'assistance mutuelle par la coopération de

peuple à peuple, le jumelage des communautés, le partage des expériences, des équipements et des coûts sont d'autres moyens encore d'accélérer la réalisation de la santé pour tous.

65. Le Scénario africain de Développement sanitaire, a dit en conclusion le Directeur régional, a fait la preuve que les individus, les familles et les communautés sont des partenaires efficaces des gouvernements et d'autres organismes de coopération travaillant à réaliser la santé pour tous.

66. Dans son allocution d'ouverture, le Président du Burundi, Son Excellence le Major Pierre Buyoya, a exprimé sa gratitude au Dr Nakajima, Directeur général de l'OMS, pour son appui constant aux activités sanitaires en Afrique, et au Dr G. L. Monekosso, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, pour les efforts qu'il déploie en vue d'atteindre la santé pour tous.

67. Le Major Buyoya a insisté sur l'intérêt qu'il porte à la santé et à l'amélioration des soins de santé pour la population de son pays. Après avoir dressé un sombre tableau de la situation économique, sociale et politique de l'Afrique d'aujourd'hui, caractérisée par un maigre revenu des investissements, des programmes d'ajustement structurel démoralisants, une assistance financière qui diminue alors que la population augmente à un rythme beaucoup plus rapide que le développement économique et social, il a félicité les pays africains de leurs efforts courageux pour redresser la situation sanitaire. Il a ajouté que les services de santé actuels, inadéquats et obsolètes, ne pouvaient pas faire face à une situation sanitaire qui va se dégradant, avec la pandémie de SIDA et la résurgence du paludisme, de la tuberculose, du choléra et d'autres maladies tropicales endémiques. L'Afrique ne peut mettre son espoir, a-t-il déclaré, que dans l'action collective, l'unité, la communion d'intérêts et de vues, et une approche du développement axée sur la population africaine, à la fois cible et moteur de ce développement.

68. Le Chef de l'Etat burundais a demandé instamment aux gouvernements et aux peuples africains de ne pas se laisser décourager par la détérioration de la situation sanitaire. Il les a exhortés à réévaluer leurs stratégies et à s'attaquer en priorité aux problèmes du paludisme, de la tuberculose, du SIDA, du tétanos néonatal, de la dracunculose et aux maladies tropicales endémiques. Il a réaffirmé pour conclure la pertinence de l'Initiative de Bamako et a demandé aux institutions des Nations Unies et aux autres agences d'assistance d'intensifier leurs efforts et de continuer à soutenir l'Afrique dans sa recherche d'un développement sanitaire.

RAPPORT D'ACTIVITES DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION :
REALISATIONS ET DEFIS POUR LES ANNEES 1990 (document AFR/RC41/4)

Exposé introductif

69. Le sujet a été introduit par le Secrétariat de la quarante et unième session du Comité régional, au nom du Directeur régional.

70. La présentation a été axée sur les fondements politiques du programme, en particulier les résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Comité régional relatives au Programme élargi de Vaccination (PEV). Parmi les résolutions adoptées par le Comité régional, il faut particulièrement noter celle de la trente et unième session, fixant comme cible pour l'année 1990, une couverture vaccinale d'au moins 75 % avec les antigènes du programme.

71. Par la suite, la trente-cinquième session a adopté la résolution AFR/RC35/R9 proclamant 1986 "Année africaine de la Vaccination". On peut dire que cette résolution a constitué la clé de voûte de l'accélération du programme, impliquant une mobilisation sans précédent des hommes politiques au plus haut niveau, des populations concernées, des professionnels de la santé, des organisations internationales et de toute la communauté des donateurs.

72. A la fin des années 80, les résultats obtenus indiquent une évolution satisfaisante en termes de couverture vaccinale et d'impact sur la réduction de la morbidité et de la mortalité liées à certaines maladies cibles. A titre d'exemple, de 1985 à 1990 la couverture vaccinale est passée de 35 % à 79 % pour le BCG, et de 18 % à 56 % pour le DTC/VPO-3.

Discussion

73. Les délégués se sont déclarés pleinement satisfaits des efforts accomplis par les Etats Membres et l'OMS en collaboration étroite avec l'UNICEF et les autres partenaires du PEV, ainsi que des progrès réalisés par ce programme.

74. Il a été également reconnu par tous que la mobilisation sociale dont le PEV a fait l'objet au niveau des pays et au niveau international a été l'un des éléments clés de son évolution actuelle.

75. La mise en oeuvre des programmes de vaccination au niveau des pays a fait la démonstration de la potentialité des systèmes de santé ainsi que des capacités gestionnaires et professionnelles des agents de santé périphériques, des superviseurs régionaux et des directeurs de programme nationaux, à atteindre des cibles spécifiées, une fois que l'on a assuré de manière appropriée les activités de planification, de formation, d'approvisionnement et de supervision.

76. Parmi les points spécifiques soulevés par les délégués lors de la discussion, on peut citer les suivants :

La pérennisation du programme

77. La question s'est posée de savoir dans quelle mesure les pays africains sont capables de maintenir et améliorer les acquis du PEV, compte tenu de l'état actuel de nos systèmes de santé et de l'environnement économique international défavorable. Jusqu'à quand les donateurs vont-ils continuer à financer le PEV ?

78. En dépit de la volonté exprimée par la communauté internationale de continuer à soutenir le programme, tous les délégués sont d'avis qu'il faut faire preuve d'imagination pour organiser le financement du PEV, notamment au niveau communautaire. Il va sans dire que le renforcement des infrastructures sanitaires contribuera à la pérennisation des activités de vaccination.

L'intégration du PEV dans les activités des SSP

79. Quoique des efforts substantiels aient été rapportés par certains pays concernant l'intégration des activités de vaccination dans le cadre des SSP, cet aspect demeure la préoccupation du Comité régional. En effet, dans certains pays le PEV a servi de point d'entrée des SSP et d'autres initiatives, telle l'Initiative de Bamako, tandis que dans d'autres, sa gestion garde des aspects plus ou moins verticaux.

La chaîne du froid

80. La chaîne du froid est considérée comme un maillon important du PEV. Certaines délégations ont fait état de problèmes résultant de l'utilisation de nouveaux types de réfrigérateurs à compression. D'autres se sont félicitées de l'introduction du matériel à énergie solaire pour la conservation des vaccins.

Les aspects techniques du programme

81. Plusieurs délégations se sont inquiétées des réactions indésirables consécutives au BCG. Cette situation se présente en général lorsqu'une souche de vaccin BCG différente est fournie aux pays sans information préalable ni recyclage adéquat des agents de santé aux méthodes appropriées de reconstitution et d'administration. Si les mesures nécessaires ne sont pas prises, une démobilisation des communautés, et des mères en particulier, peut en résulter. Le Comité régional a prié le Directeur régional de suivre de près cette situation.

82. L'introduction de nouveaux vaccins, notamment ceux contre l'hépatite B et la fièvre jaune, et de souches améliorées, telle que la souche pour le vaccin contre la rougeole, a été accueillie avec intérêt. Il se pose cependant le problème du coût encore trop élevé de ces vaccins. Ici encore, le Directeur régional a été prié, en concertation avec l'UNICEF et les autres bailleurs de fonds, de prendre des initiatives afin de rendre ces vaccins accessibles, là où la nécessité s'en fait sentir.

83. Concernant les défis pour les années 1990, le Comité régional a approuvé les grandes orientations proposées par le Directeur régional, notamment en ce qui concerne :

- le maintien de l'engagement politique et les allocations de ressources;
- le maintien d'un taux élevé de couverture vaccinale;
- la lutte contre les maladies cibles du PEV, notamment par l'amélioration de la surveillance épidémiologique;
- l'introduction de vaccins nouveaux ou améliorés;
- l'intégration du PEV dans les SSP et l'utilisation du PEV pour promouvoir d'autres initiatives en faveur de la santé de l'enfant, notamment l'administration de vitamine A et d'huile iodée;
- la promotion de la recherche opérationnelle.

84. En conclusion, le Comité régional s'est félicité des résultats obtenus dans la mise en oeuvre du PEV dans la Région africaine. Il a exprimé sa satisfaction au Directeur régional pour ses efforts et l'appui que lui-même et son équipe apportent aux Etats Membres. Le Comité a exhorté les Etats Membres à prendre toutes les dispositions utiles pour mettre en place les mécanismes nécessaires pour la poursuite du financement endogène du programme.

85. Des initiatives nouvelles seront nécessaires pour rendre la communauté autosuffisante et autoresponsable.

86. Le Comité régional a par ailleurs adopté les propositions du Directeur régional concernant les défis à relever pendant les dix prochaines années en matière de vaccination. La résolution AFR/RC41/1 a été adoptée.

PROGRAMME D'ERADICATION DE LA DRACUNCULOSE (VER DE GUINEE)
DANS LA REGION AFRICAINE DE L'OMS : PROGRES REALISES
(document AFR/RC41/5)

Exposé introductif

87. Le document a été introduit par le Secrétariat, au nom du Directeur régional. Dans les 18 pays où la maladie est endémique, l'importance du problème est due essentiellement à son effet néfaste sur la santé, l'agriculture et l'éducation. Dans ces pays, 120 millions de personnes sont à risque; on estime l'incidence de la dracunculose à 10 millions de cas chaque année.

88. A la suite de la résolution AFR/RC38/R13, le Bureau régional, en collaboration avec les Etats Membres et les autres partenaires, a mis au point des stratégies d'interventions et un plan d'action régional, avec comme éléments essentiels :

- la recherche active des cas, en vue de l'élaboration de plans nationaux d'éradication;
- l'approvisionnement en eau potable, avec priorité aux zones endémiques, la mobilisation des communautés concernées et la mobilisation des ressources.

Discussion

89. Dans ses discussions sur le sujet, le Comité régional a apprécié le rapport du Directeur régional. Il a rappelé l'importance qu'il faut accorder à la surveillance épidémiologique dans les zones touchées, l'approvisionnement en eau potable et l'utilisation de technologies simples, notamment le filtrage de l'eau de boisson.

90. Beaucoup de pays ont déjà terminé la recherche active des cas et fixé des dates cibles pour élaborer leurs plans d'éradication, d'autres demandent l'appui de l'OMS pour finaliser cette phase du programme.

91. Un accent particulier a été mis sur la mobilisation des communautés concernées. La protection des malades contre le tétanos est également recommandée.

92. Un pays (Guinée-Bissau) a demandé à être mis sur la liste des pays où la certification de l'éradication de cette maladie sera effectuée. Le Directeur régional a été prié de poursuivre ses efforts de collaboration avec les autres bailleurs de fonds, notamment l'UNICEF, Global 2000, Corps de la Paix ainsi que d'autres ONG et fondations, afin de mobiliser les ressources nécessaires à la réalisation de l'éradication de cette maladie en 1995.

93. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC41/R2.

INFECTIONS AIGUES DES VOIES RESPIRATOIRES : PROGRAMME DE LUTTE
POUR LES ANNEES 90 ET RAPPORT DE SITUATION (document AFR/RC41/6)

Exposé introductif

94. Le sujet a été introduit par le Secrétariat, au nom du Directeur régional.

95. Dans les pays de la Région africaine, plus de 1,5 million d'enfants de moins de cinq ans meurent chaque année d'infections respiratoires aiguës (IRA).

96. De plus, ces maladies sont responsables de 30 à 50 % des consultations pédiatriques, ainsi que de 20 à 40 % des hospitalisations.

97. Les stratégies de lutte proposées par l'OMS s'articulent autour de la prévention, notamment par la vaccination contre la rougeole, la coqueluche et la diphtérie, ainsi que le diagnostic précoce et la prise en charge appropriée des cas par l'utilisation sélective et rationnelle de médicaments, spécialement des antibiotiques; des ordigrammes standardisés ont été mis au point par l'OMS.

98. Un élément important, qui est également pris en considération, est l'élaboration des programmes nationaux intégrés aux autres activités des SSP.

99. Le Sommet mondial de l'Enfant tenu en 1990 a recommandé que la mortalité due aux IRA soit réduite d'un tiers d'ici l'an 2000.

Discussion

100. Les délégués ont reconnu l'importance du problème posé par les IRA dans la Région et dans leurs pays respectifs. Certains membres du Comité ont mis en relief le recours encore très important à la médecine traditionnelle pour soigner ces infections.

101. Le Comité régional a approuvé la stratégie proposée par le Directeur régional et s'est félicité de l'intérêt croissant que l'OMS porte à ce programme.

102. La formation des travailleurs de la santé devra occuper une place de choix, notamment pour leur permettre de mieux maîtriser le diagnostic correct et le traitement adéquat à tous les niveaux du système de santé.

103. Aussi, le Comité régional a-t-il recommandé l'élaboration des plans nationaux de lutte en suivant une approche intégrée, notamment avec le PEV et la lutte contre les maladies diarrhéiques.

104. Enfin, le Directeur régional a été prié de renforcer l'appui apporté aux pays, essentiellement dans le domaine de la planification et de la formation.

105. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC41/R3.

RAPPORT SUR LES PROGRES REALISES DANS LE CADRE DE LA DECENNIE INTERNATIONALE DE L'EAU POTABLE ET DE L'ASSAINISSEMENT DANS LA REGION AFRICAINE DE L'OMS (document AFR/RC41/7)

Exposé introductif

106. Le document AFR/RC41/7, présenté par le Secrétariat au nom du Directeur régional, expose la situation des approvisionnements en eau potable et de l'assainissement dans les pays de la Région, ainsi que les progrès accomplis au cours de la période 1981-1988 grâce aux efforts déployés en matière de collecte et d'interclassement de l'information par les gouvernements qui font rapport à l'OMS.

107. La première partie, intitulée INTRODUCTION ET BASES POLITIQUES, analyse les principales résolutions approuvées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Comité régional de l'Afrique au sujet de la Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement (DIEPA); elle résume aussi les approches de la Décennie basées sur les principes des soins de santé primaires, notamment : i) développer les programmes de façon complémentaire; ii) mettre

particulièrement l'accent sur les populations urbaines et rurales mal desservies; iii) recourir à des technologies appropriées; iv) appeler les communautés à participer au processus; v) maintenir une étroite relation entre les programmes de la Décennie et ceux des autres secteurs, y compris les autres programmes de santé.

108. L'attention du Comité régional a été attirée sur le fait que, parmi les résolutions consacrées à la Décennie, il en est deux qui contiennent des recommandations spécifiques relatives aux maladies diarrhéiques (1985, AFR/RC35/R6) et la dracunculose (1988, AFR/RC38/R13).

109. La partie intitulée EXAMEN DES PROGRES REALISES DANS LE CADRE DE LA DECENNIE présente des informations et une analyse de la situation dans les différents domaines, en insistant particulièrement sur la couverture et les ressources financières, les difficultés enregistrées et la collaboration interinstitutions.

Couverture des services

110. Le document expose les progrès accomplis jusqu'en décembre 1988, c'est-à-dire durant les huit premières années de la Décennie, à partir des renseignements fournis par 34 des 46 pays de la Région, pour une population représentant 80 % des habitants de l'Afrique subsaharienne (Afrique du Sud non comprise). Les constatations les plus importantes qui s'en dégagent, et sur lesquelles l'attention du Comité régional a été attirée, sont les suivantes : i) au cours de la période sus-mentionnée, la population totale de la Région a augmenté de 28 % (59 % pour la population urbaine, contre à peine 18 % pour la population rurale); ii) de 1988, le pourcentage de la population couverte par les réseaux d'approvisionnement en eau est passé de 66 à 83 en milieu urbain, et de 22 à 31 en zone rurale; et iii) pour ce qui est de l'assainissement du milieu, il est resté stable, à 54 %, dans les villes, tandis qu'il passait de 20 à tout juste 21 % en zone rurale. Il faut cependant noter que ces taux de couverture, s'ils sont relativement stables, correspondent en fait à un nombre de nouveaux bénéficiaires de l'ordre de 13 millions dans les zones rurales et du double dans les villes.

111. On a estimé que si les progrès se poursuivent au rythme enregistré jusqu'en 1988, il ne sera pas possible d'atteindre les cibles que s'est fixées la Région pour l'approvisionnement en eau; on parviendra seulement à 65 % du taux de la couverture totale prévue pour les zones rurales et urbaines. Pour l'assainissement, on ne dépassera sans doute pas 63 % de la couverture des populations rurales et urbaines prévue pour 1990.

Ressources financières

112. On ne connaît pas le montant exact des ressources financières consacrées à la mise en oeuvre de la Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement dans la Région africaine. Les données reçues des pays sont incomplètes. Par ailleurs, la multiplicité des agences de coopération bi- ou multilatérales qui participent à ces activités donne à penser que les informations attendues pour la fin de la Décennie seront, elles aussi, peu fiables à cet égard.

113. On estime cependant que le coût des investissements nécessaires pour atteindre les objectifs que la Région s'était fixés pour la Décennie en vue de servir les populations qui n'ont jamais bénéficié du programme devrait atteindre quelque US \$13 milliards, dont 9,3 milliards fournis par les donateurs habituels; 830 projets d'approvisionnement en eau et d'assainissement sont en cours dans 44 pays de la Région, avec un appui financier provenant de diverses sources extérieures estimé à US \$6 milliards environ.

Contraintes principales

114. La mise en oeuvre de la Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement s'est heurtée à une série d'obstacles; à la lecture de la liste présentée dans le document, on constate qu'entre 1980 et 1988, les difficultés rencontrées étaient essentiellement de quatre types : i) contraintes financières; ii) manque de personnel qualifié; iii) problèmes logistiques; et iv) carence dans l'exploitation et la maintenance.

115. L'un des obstacles qui ne semble pas être suffisamment souligné est la croissance démographique dans la Région en général et l'afflux des populations vers les villes. Cette situation a bien sûr beaucoup pesé sur la réalisation des objectifs.

Collaboration interorganisations

116. Un grand nombre d'organismes de coopération bilatérale et multilatérale d'institutions du système des Nations Unies et d'organisations non gouvernementales ont participé à la mise en oeuvre de la Décennie. On a insisté sur l'instauration ou le renforcement du partenariat entre le PNUD, l'UNICEF, l'OMS et la Banque mondiale pour des actions conjointes ou coordonnées en faveur des pays africains.

Discussion

117. Au cours de l'examen du document, jugé d'excellente qualité et riche en informations, il a été conclu que, malgré les difficultés rencontrées, la Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement avait permis une concentration des efforts et des ressources qui avait eu pour conséquence de faire bénéficier relativement des activités une proportion plus importante des populations, plus précisément : i) plus de 94 millions de personnes pour l'approvisionnement en eau; et ii) près de 40 millions de personnes pour l'assainissement. Malgré tout, ces efforts ne semblent pas avoir eu un impact significatif puisque : i) les épidémies de choléra dans la Région africaine se sont multipliées justement au moment où l'on devrait commencer à enregistrer des résultats positifs, et ii) la dracunculose continue à poser un grave problème de santé publique dans la Région, où seuls deux pays ont réussi à faire baisser sensiblement les taux nationaux de prévalence.

118. Les délégués qui ont pris la parole au sujet du document ont fait état des progrès réalisés dans leurs pays, notamment au niveau des infrastructures institutionnelles et des mécanismes de coordination multisectorielle, et qui se sont traduits par une amélioration progressive de la couverture des services, plus ou moins marquée selon les pays. Presque tous les délégués ont cependant admis que le secteur de l'assainissement bénéficiait d'une moindre attention, surtout en milieu rural, et donc d'un appui extérieur moins important.

119. Les délégués ont quasiment tous approuvé la liste des obstacles rencontrés, qui sont précisément ceux auxquels se heurtent les pays dans la réalisation des objectifs. Un accent particulier a été mis sur les carences dans l'exploitation et la maintenance dues au manque de personnel qualifié, de pièces de rechange et de moyens financiers.

120. Il a été proposé que l'OMS fasse une étude approfondie afin de savoir pourquoi les technologies disponibles n'avaient pas été utilisées.

121. Le Comité régional a adopté à l'unanimité la résolution AFR/RC41/R4 présenté sur le sujet, après quelques modifications.

DEUXIEME EVALUATION DE LA MISE EN OEUVRE DE LA STRATEGIE DE LA SANTE
POUR TOUS D'ICI L'AN 2000 (document AFR/RC41/8)

Exposé introductif

122. Ce point de l'ordre du jour a été introduit par le Secrétariat, au nom du Directeur régional, qui a présenté les constats et leçons que la deuxième évaluation (période 1985-1990) a permis de dégager. Cet exercice d'auto-évaluation s'est déroulé du 1er octobre 1990 au 31 janvier 1991 dans le cadre du cycle de surveillance et d'évaluation inauguré en 1983.

123. Il a été conduit sur la base d'un canevas commun préparé par l'OMS (WHO/HST/90.1) avec pour objectifs de :

- mesurer la progression, l'efficacité, l'efficience et l'impact des programmes de santé;
- identifier les difficultés et les obstacles rencontrés;
- utiliser les résultats et l'analyse pour améliorer ou réorienter les plans nationaux de développement sanitaire et établir les priorités dans la mise en oeuvre de la stratégie de la santé pour tous.

124. Les tendances décrites dans le document concernent l'analyse des 39 rapports reçus au Bureau régional, à la date du 15 juin 1991. Il est à noter qu'un seul pays n'a pu participer à cet exercice.

Situation économique et sociale

125. Malgré les effets négatifs d'une crise politique, économique et sociale sans précédent, les Etats Membres ont poursuivi leurs efforts pour réduire les inégalités - encore importantes, entre zones rurales et urbaines, entre hommes et femmes et entre nantis et pauvres.

Développement des systèmes de santé

126. La plupart des pays ont procédé à la réorientation de leurs systèmes de santé fondés sur les SSP. Le district de santé est devenu une réalité et le pourcentage des districts opérationnels ne cesse d'augmenter. Des contraintes en rapport avec la supervision et la motivation du personnel, le développement des infrastructures sanitaires et la coordination intrasectorielle ont été notées çà et là.

Prestations sanitaires

127. L'accessibilité globale à l'eau potable s'est accrue de façon encourageante notamment en zone urbaine où les taux de couverture avoisinent 83 %. Par contre, les progrès sont restés faibles dans le domaine de l'assainissement du milieu où la couverture en installation adéquate d'évacuation des excréta n'a guère dépassé 30 %.

128. Les progrès les plus spectaculaires concernent l'immunisation. En effet, le pourcentage d'enfants complètement vaccinés contre les maladies cibles du PEV est passé de 20 % en 1985 à 56 % en 1990. La couverture en soins prénatals et postnatals varie entre 20 et 80 % selon les pays. L'accessibilité globale de la population aux soins locaux, y compris les médicaments essentiels, a également progressé et se situe entre 40 et 80 % en moyenne.

129. Néanmoins les programmes de maternité sans risque restent encore peu développés.

Ressources pour la santé

130. Le financement de la santé est l'un des points sensibles de la crise économique actuelle. Les budgets de la santé ne parviennent plus à couvrir les besoins de fonctionnement et d'investissement. Il est de plus en plus fait appel à la participation des individus, des familles et des communautés.

131. Très peu de pays ont formulé des politiques et plans de développement des ressources humaines pour la santé. La répartition du personnel entre zone urbaine et milieu rural est demeurée encore assez déséquilibrée dans la plupart des pays.

Etat sanitaire

132. La mortalité infantile continue à baisser, mais elle demeure préoccupante (125 o/oo en moyenne). Les efforts pour réduire la mortalité maternelle paraissent encore insuffisants; celle-ci se situe entre 5 et 50 pour 10 000.

133. Le paludisme, la tuberculose, le SIDA, l'hypertension artérielle, le diabète et les cancers représentent les principales causes de morbidité et de mortalité chez l'adulte.

Evaluation des résultats

134. La mise en oeuvre de la stratégie de la SPT a enregistré des progrès significatifs en matière de restructuration des systèmes de santé orientés vers le district et la communauté. Toutefois, il faut noter que la faiblesse des capacités gestionnaires et de l'appui informationnel, l'insuffisance des infrastructures et apports technologiques ont freiné les progrès.

Discussion

135. Tout en adressant leurs félicitations au Directeur régional pour l'opportunité et la qualité du document présenté, les délégués ont enregistré avec satisfaction les progrès accomplis par les pays en dépit des contraintes politiques, économiques et sociales rencontrées pendant la période couverte par l'exercice d'évaluation.

136. Ils ont incité les pays à redoubler d'efforts en impliquant de plus en plus les communautés en vue d'accélérer l'instauration de la santé pour tous.

137. Ils ont suggéré qu'une plus grande attention soit accordée à l'avenir à l'évaluation des contributions des femmes au développement sanitaire. Des indicateurs et outils de gestion appropriés devraient être conçus en vue d'en faciliter l'appréciation.

138. Enfin, un certain nombre de pays ont mis à la disposition du Secrétariat des informations complémentaires pour l'aider dans la préparation du rapport final.

GESTION DU SOUTIEN INFORMATIONNEL AU SYSTEME DE SANTE
DU DISTRICT (document AFR/RC41/10)

Exposé introductif

139. Le rapport a été introduit par le Secrétariat, au nom du Directeur régional. Il s'agit d'un document de sensibilisation sur l'importance de la mise en place au niveau du district de systèmes d'information gestionnaire, partie intégrante des systèmes nationaux d'information sanitaire. En effet, l'appui informationnel constitue un élément majeur du processus gestionnaire à toutes les étapes de celui-ci, qu'il s'agisse de la planification, de la mise en oeuvre et de l'évaluation.

140. Dans son appréciation de la situation, le rapport relève les faiblesses dont souffrent les systèmes nationaux d'information sanitaire existants, telles que :

- la non disponibilité des informations nécessaires à la gestion;
- la faible validité, fiabilité et pertinence de l'information;
- la faible participation des communautés à la collecte, au traitement, à l'analyse et à l'utilisation de l'information pour la gestion;
- la faible participation de l'équipe de santé de district à l'analyse et à l'utilisation de l'information;
- l'existence de sous-systèmes d'information "autonomes" et non coordonnés pour différents programmes verticaux et pour des projets appuyés par divers bailleurs de fonds.

141. Le rapport mentionne les actions prises par le Directeur régional, notamment l'élaboration des six critères permettant d'évaluer l'opérationnalité du système de santé de district. De plus, prenant en considération l'expérience acquise par la plupart des pays, le Directeur régional procède à l'heure actuelle à la mise au point d'un guide pratique pour l'appréciation de l'opérationnalité des districts. A partir des 12 indicateurs mondiaux, 27 indicateurs de santé communautaire avaient été conçus pour permettre à l'équipe de santé et à la communauté d'évaluer leurs propres progrès vers la santé pour tous.

142. Enfin le rapport présente un ensemble minimum d'informations nécessaires à la gestion du district et rappelle que la finalité de ces informations est la prise de décisions gestionnaires cohérentes.

Discussion

143. Les délégués ont dans l'ensemble approuvé le document soumis à leur examen et adressé leurs félicitations au Directeur régional pour les efforts qu'il fournit dans ce domaine.

144. Ils ont insisté sur la nécessité de concevoir les systèmes d'information pour la gestion sanitaire du district comme une composante d'un système global couvrant les niveaux central, intermédiaire et local du système de santé, tels que définis par le Scénario africain de Développement sanitaire. A chaque niveau devra correspondre des outils appropriés de gestion.

145. Ils ont également signalé les difficultés qu'ils rencontrent dans le traitement des volumes plus grands d'informations qu'exige le nouveau cadre d'évaluation des progrès réalisés vers SPT/2000. En effet dans beaucoup de pays, ce traitement est encore manuel. L'informatisation progressive du traitement des données permettra de réduire cet écueil.

146. Le rôle du personnel non médical et des communautés elles-mêmes dans le processus de surveillance et d'évaluation a été mis en exergue. L'élaboration des critères d'opérationnalité des districts, et des 27 indicateurs de santé communautaire devraient faciliter leur implication dans l'auto-évaluation des progrès accomplis.

MODALITES DE MISE EN OEUVRE DES RESOLUTIONS D'INTERET REGIONAL
ADOPTÉES PAR L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE ET LE CONSEIL EXECUTIF
(document AFR/RC41/11)

147. Le rapport a été présenté par le Secrétariat. Dans le rapport, le Directeur régional a fait observer que, pour mettre en oeuvre les décisions prises par les Organes directeurs mondiaux, on utilisait une partie importante du budget de l'Organisation.

148. Il était donc important que les pays membres soient régulièrement informés des suites données aux résolutions adoptées par les Organes directeurs.

149. Le rapport a été approuvé sans discussion.

ORDRE DU JOUR DE LA QUATRE-VINGT-NEUVIEME SESSION DU CONSEIL EXECUTIF ET
DE LA QUARANTE-CINQUIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE : INCIDENCES
REGIONALES (document AFR/RC41/12)

150. Le rapport a été présenté par le Secrétariat, qui a particulièrement appelé l'attention du Comité sur le tableau de la page 2 du rapport, où sont présentées les corrélations entre les travaux du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé et ceux du Comité régional.

151. Le Directeur régional a souligné que le Conseil exécutif avait pris des mesures pour entreprendre une étude sur le Neuvième Programme général de Travail, qui va mener au siècle prochain (1995-2001). Il a précisé que tous les pays membres participeraient à l'exercice grâce à des consultations appropriées.

152. Le rapport a été approuvé par le Comité.

METHODES DE TRAVAIL ET DUREE DE L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE :
RAPPORT DU DIRECTEUR REGIONAL (documents AFR/RC41/13 et AFR/RC41/13 Corr.1)

153. Le document a été présenté par le Secrétariat.

154. Il concernait essentiellement les désignations futures au poste de Président de l'Assemblée mondiale de la Santé et au Bureau des Commissions principales de l'Assemblée, les membres habilités à désigner les personnes devant siéger au Conseil exécutif, les dates et la durée de l'Assemblée mondiale de la Santé, la clôture de la Quarante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé et enfin la réunion informelle du Comité régional.

155. Après les interventions du Directeur régional et de quelques délégations, le Comité a approuvé la proposition tendant à entamer des recherches et mener des négociations entre les pays de la Sous-Région III pour désigner des candidats au poste de Président de la Quarante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé en 1994.

156. Des décisions de procédure ont ensuite été adoptées concernant les membres habilités à désigner les personnes devant siéger au Conseil exécutif, les membres qui prendraient la parole au nom de la Région à la clôture de la Quarante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé et enfin la personne qui assumerait les fonctions de Vice-Président de l'Assemblée mondiale de la Santé.

DISCUSSIONS TECHNIQUES DE LA QUARANTE-CINQUIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE (document AFR/RC41/14)

157. Le document présenté par le Secrétariat au nom du Directeur régional concerne le thème des Discussions techniques qui se dérouleront lors de la prochaine Assemblée mondiale de la Santé, en 1992. Il porte essentiellement sur l'importance des femmes dans le processus de développement économique, et le rôle irremplaçable qu'elles jouent pour la santé de la famille en général et celle des enfants en particulier.

158. Le document expose aussi les difficultés inhérentes à la situation des femmes dans les pays en développement en général, et dans la Région africaine en particulier, notamment :

- la féminisation de la pauvreté;
- les niveaux inacceptablement bas de scolarisation chez les jeunes filles;
- le taux élevé du chômage chez les femmes possédant des compétences comparables à celles des hommes;
- les problèmes de santé qui entraînent des taux de mortalité plus élevés chez les femmes, contrairement à ce qui se passe dans les pays industrialisés;
- les problèmes de santé inhérents à la maternité, etc.

159. Le document retrace l'activité de l'OMS dans le cadre de programmes comme "les femmes, la santé et le développement", lancé en 1980, et "la santé maternelle et infantile/planification familiale", mis en place à la suite de la Conférence internationale sur la maternité sans risque organisée en 1987 à Nairobi sous les auspices conjointes de l'OMS, de la Banque mondiale, du FNUAP et du PNUD.

160. Pour terminer, le Directeur général suggère, dans le même document, que les délégations ministérielles des pays africains à la Quarante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé soient composées de personnalités susceptibles d'apporter une contribution importante aux discussions techniques sur le thème "La santé des femmes et le développement".

161. Le Comité régional, par la voix de deux Ministres du sexe féminin (sur cinq présentes), a remercié l'Organisation d'avoir choisi ce thème pour les Discussions techniques et a demandé que l'OMS, le FNUAP, le PNUD et l'UNICEF prennent les mesures nécessaires pour subventionner la présence d'une femme au moins dans chacune des délégations ministérielles des pays africains à la Quarante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé.

PROGRAMME DE PREVENTION ET DE LUTTE CONTRE LE SIDA
(document AFR/RC41/INF.DOC/5 Rév.1)

162. A l'invitation du Président de la quarante et unième session du Comité régional, le sujet a été présenté par le Dr M. H. Merson, Directeur du Programme mondial de lutte contre le SIDA au Siège de l'OMS, à Genève.

163. Le Dr Merson a remercié le Président, le Comité régional et le Directeur régional de lui avoir donné l'occasion de s'adresser à la quarante et unième session du Comité régional sur la question de la pandémie de SIDA. Il a déclaré que le nombre de cas de SIDA continuait d'augmenter partout dans le monde et que, selon les estimations de l'OMS, 10 millions de personnes étaient maintenant infectées par le virus de l'immunodéficience humaine. Sur ce nombre, un million étaient des enfants âgés de moins de cinq ans. Parmi les personnes infectées, un million d'adultes et 500 000 enfants ont développé la maladie.

164. Dans la Région africaine, le principal sujet de préoccupation est la propagation de la maladie dans les régions rurales et en Afrique de l'Ouest. Le nombre des infections à VIH et des cas de SIDA a aussi beaucoup augmenté dans certaines parties de l'Asie et en Amérique du Sud. Bien qu'il s'agisse d'une épidémie mondiale, l'attention s'est portée sur les pays en développement où le taux de transmission hétérosexuelle s'est accru rapidement. La transmission hétérosexuelle est aussi en augmentation dans le monde industrialisé. Etant donné le niveau élevé de transmission mère-enfant dû au nombre croissant de femmes infectées, le problème du SIDA chez le nouveau-né retient plus que jamais l'attention.

165. Le Dr Merson a signalé qu'un tiers des enfants nés de mères infectées étaient eux-mêmes infectés et mouraient avant l'âge de cinq ans. Les autres devenaient orphelins étant donné que leur mère mourait rapidement. On estime déjà qu'il y aura 1 à 2 millions d'orphelins en Afrique à la fin du siècle.

166. Les autres faits saillants qui caractérisent la pandémie du SIDA sont les suivants :

- i) la reconnaissance accrue par les gouvernements de l'importance d'une approche vraiment multisectorielle de la prévention du SIDA et de la lutte contre cette maladie;
- ii) la nécessité de mobiliser tous les secteurs de la société (santé, éducation, industrie, agriculture) et toutes les personnes impliquées (femmes, jeunes et travailleurs) pour lutter contre le SIDA;
- iii) la nécessité de travailler avec les groupes communautaires et les ONG; c'est pourquoi le programme GPA a recommandé que 15 % de toutes les ressources extérieures (à l'exception du personnel international) soient mises à la disposition des ONG collaboratrices;
- iv) la nécessité d'accorder un appui aux programmes de lutte contre le SIDA au niveau politique le plus élevé, de façon à leur assurer les ressources nécessaires.

167. En outre, l'OMS fait tout son possible pour renforcer son appui aux programmes nationaux de lutte contre le SIDA en leur fournissant une aide financière et en assurant la formation du personnel de soutien et des administrateurs de programmes; elle négocie aussi la mise à disposition de tests de confirmation de l'infection moins coûteux que le Western Blot et l'achat de réactifs en vrac auprès d'un ou deux fournisseurs, de façon à réduire le coût du dépistage du VIH dans les programmes nationaux.

168. A propos de la régionalisation du Programme de lutte contre le SIDA, le Dr Merson a déclaré que le GPA et le Directeur régional travaillaient en étroite collaboration pour assurer le bon déroulement du processus, avec le minimum de difficultés administratives pour le pays. Jusqu'à maintenant, la décentralisation a touché 26 pays de la Région africaine. Les autres seront décentralisés en 1992. Le GPA et le Bureau régional s'efforcent, de concert avec les pays, de décentraliser les activités de lutte contre le SIDA jusqu'au niveau du district.

169. Le Dr Merson a également appelé l'attention du Comité sur la question de l'alliance OMS-PNUD. La nouvelle approche du PNUD consistant à signer des accords bilatéraux avec les pays pour appuyer la réalisation nationale des projets de lutte contre le SIDA est contraire à l'esprit de l'alliance. Le dialogue se poursuit entre l'OMS et le PNUD pour négocier la meilleure façon d'aborder la mise en oeuvre des programmes et le financement des projets par le PNUD, de façon à éviter les doubles emplois, le gaspillage et la confusion dans l'exécution des programmes nationaux de lutte contre le SIDA. Il a demandé aux pays d'insister pour que l'approche retenue assure un appui technique optimal et coordonné à leurs programmes et simplifie les procédures administratives.

170. L'OMS soutient la recherche sur les médicaments et les vaccins, afin qu'il soit possible de disposer dans un proche avenir de matériels utiles et d'un prix abordable. Les activités de recherche sur le SIDA se heurtent à des difficultés considérables dues à la nature du virus. Le seul médicament agréé disponible ne permet pas la guérison. L'OMS soutient plusieurs études multicentriques, y compris l'essai "Kemron" (Interféron alpha par voie buccale), en Ouganda, au Zimbabwe, au Kenya, au Rwanda et dans d'autres pays. Les laboratoires pharmaceutiques du monde entier consacrent à la recherche pharmacologique sur le SIDA une somme de US \$5 milliards.

171. L'OMS/GPA a conscience du dilemme qui se pose aux pays en Afrique, où un nombre toujours plus grand de cas exigent des soins, et où il est en même temps nécessaire de conserver la priorité aux programmes visant à prévenir l'infection. L'orateur a donné l'assurance que l'OMS poursuivra ses efforts pour mobiliser les ressources nécessaires, mettre au point des modèles moins coûteux de soins communautaires, identifier des approches préventives efficaces et diffuser des informations à ce sujet.

172. Au cours de la discussion qui a suivi, les représentants de 12 Etats Membres et organisations ont pris la parole pour décrire la gravité de l'épidémie dans leurs pays et demander des explications sur un certain nombre de points. Des éclaircissements ont été donnés sur l'épidémiologie, la déclaration des cas de SIDA, le traitement, la recherche et les implications sociales de la pandémie. Des questions ont également été posées sur les soins communautaires, la transmission périnatale, et l'avortement proposé par les services de conseil comme option aux femmes infectées.

173. Dans sa réponse, le Dr Merson a déclaré que la politique de l'OMS recommandant aux femmes infectées d'allaiter au sein leur nourrisson demeure inchangée, en dépit des conclusions récemment publiées d'une étude menée au Rwanda. L'allaitement au sein a un effet protecteur incontestable contre la malnutrition, les diarrhées et les infections respiratoires.

174. En ce qui concerne l'offre de l'avortement que les services de conseil proposent comme option aux femmes infectées, le Dr Merson a indiqué qu'il s'agissait d'une question relevant des autorités nationales. Les conseils donnés dépendront dans une très grande mesure des lois de chaque pays.

175. GPA publie régulièrement un rapport où sont détaillés les résultats de l'évaluation menée dans les centres collaborateurs de l'OMS sur les tests classiques et ceux qui viennent d'être mis au point. Ce rapport ainsi que les directives concernant le dépistage du VIH seront désormais mis à la disposition de tous les pays. GPA préconise une collaboration étroite des programmes nationaux du SIDA et des programmes des maladies sexuellement transmissibles, à tous les niveaux, en raison de l'étroite relation du SIDA et des MST.

176. GPA recommande des activités d'éducation et de conseil ciblées et soutient vigoureusement le développement de programmes communautaires pour la prise en charge et les soins des patients atteints de SIDA et de leur famille.

177. L'OMS continuerait à combattre la discrimination à l'égard des sidéens, sur toutes ses formes, et intensifiera ses efforts pour mobiliser les ressources extérieures à l'appui des programmes mondial et nationaux de lutte contre le SIDA.

RAPPORT DE LA REUNION DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME
(document AFR/RC41/15)

178. Le Dr Shamlaye des Seychelles, Président du Sous-Comité, a introduit le rapport en notant la composition du Bureau : Vice-président Dr Owoma Essomba du Cameroun, Rapporteur Dr F. Diouf du Sénégal. Il a souligné pour s'en féliciter, la participation constructive des membres à la discussion des 14 points de l'ordre du jour et a félicité le Directeur régional, au nom du Sous-Comité, pour la qualité des documents de travail. Il revenait au Dr F. Diouf de présenter le rapport du Sous-Comité.

179. Les travaux du Sous-Comité ont porté sur les points suivants :

Epidémie de choléra dans la Région africaine (document AFR/RC41/INF.DOC/11)

180. Le nombre des cas de choléra recensés par 14 pays de la Région (73 000 cas avec 6800 décès, soit un taux de létalité de près de 10 %) montre qu'il se pose un problème de prise en charge efficace des diarrhées en général et du choléra en particulier. Il devient impérieux d'accorder l'attention nécessaire à l'approvisionnement en eau potable et aux mesures d'assainissement dans le cadre d'une action multisectorielle. Le Sous-Comité fait siennes les recommandations du Directeur régional et lui demande de renforcer le rôle du Bureau régional pour la coordination des activités de prévention et de lutte contre le choléra, notamment entre pays voisins.

181. Le Sous-Comité a approuvé le projet de résolution présenté en annexe et a demandé au Comité de l'adopter.

Initiative africaine pour les Médicaments essentiels
(document AFR/RC41/INF.DOC/10)

182. Le Sous-Comité a noté l'existence dans les pays de beaucoup de médicaments dont la valeur thérapeutique est douteuse et, d'autre part, les coûts élevés des produits pharmaceutiques, ce qui limite l'accès d'une grande partie des populations aux médicaments. Le Sous-Comité a demandé à l'OMS de renforcer sa collaboration avec d'autres institutions du système des Nations Unies, notamment l'ONUDI et l'UNICEF, pour promouvoir et encourager la production pharmaceutique dans les Etats Membres de la Région, en veillant à ce que les projets de production soient viables. A cet effet, les groupements inter pays semblent offrir de meilleures chances de succès. Pour lutter contre

la mise en circulation de médicaments falsifiés ou inefficaces, le Sous-Comité recommande aux Etats Membres de mettre en place un système d'enregistrement des médicaments et de renforcer les mécanismes de contrôle des médicaments dans le respect des listes de médicaments essentiels par pays.

183. Le Sous-Comité a approuvé le projet de résolution présenté en annexe et demande au Comité d'en faire autant.

Bourses d'études - Rapport d'activité sur la mise en oeuvre de la résolution AFR/RC39/R5 relative au développement des personnels de santé et sur les bourses d'études (document AFR/RC41/INF.DOC/4)

184. Le Sous-Comité a reconnu le rôle très important des bourses d'études de l'OMS dans la formation des personnels de santé. Il a félicité le Directeur régional pour les nouvelles initiatives proposées et insisté sur la nécessité d'améliorer la gestion des bourses d'études ainsi que le renforcement du processus de leur évaluation au niveau national. Il a demandé que l'OMS mette à jour le répertoire des institutions de formation, instrument essentiel pour aider les Etats Membres à favoriser la formation des personnels de santé en Ofrique. Il a souligné la responsabilité des Etats Membres en ce qui concerne le choix des lieux de formation dans la Région et outre-mer, tout en marquant l'engagement à privilégier la formation en Afrique.

185. Les Etats Membres peuvent s'appuyer sur les directives de l'OMS en matière de formation en sciences de la santé lorsqu'ils négocient dans le cadre de la coopération bilatérale.

Subventions de l'OMS aux études (document AFR/RC41/INF.DOC/7)

186. Le Sous-Comité s'est félicité de cette nouvelle forme d'appui à la formation lancée par le Bureau régional qui permettra de renforcer la formation des personnels de santé et apparentés opérant au niveau intermédiaire et au niveau du district. Cette approche abaissera le coût de la formation. Elle offre plus de souplesse que les bourses d'études; c'est également un encouragement pour la formation dans les pays.

187. Le Sous-Comité a approuvé le projet de résolution présenté en annexe et a demandé au Comité de l'adopter.

Programme OMS/AFRO de financement des soins de santé (HECAFIP) en faveur des Etats Membres (document AFR/RC41/INF.DOC/9)

188. Le Sous-Comité a noté les différents aspects du nouveau programme, les principes qui sous-tendent son développement, ses composantes et le cadre de sa mise en oeuvre.

189. Ce programme, bien que global, reste centré sur le pays et est suffisamment souple pour s'adapter aux réalités de chaque Etat Membre.

190. HECAFIP prévoit une collaboration entre les individus, les communautés, les gouvernements et leurs partenaires dans le domaine du développement.

191. Le Sous-Comité du Programme admet qu'il n'est plus possible ni raisonnable que le secteur santé dépende des allocations budgétaires limitées en tant que source unique de financement des soins de santé.

192. Toutefois, il faut :

- i) étudier l'expérience des pays africains et d'autres pays en dehors de l'Afrique (en particulier les pays en développement) concernant les mécanismes classiques de financement de soins de santé;
- ii) tenir compte de la crise économique, des programmes d'ajustement structurel, de la détérioration des termes de l'échange, du fardeau de la dette;
- iii) demander aux gouvernements d'accorder une plus grande priorité au secteur de la santé;
- iv) préférer la notion de "partage des coûts" ou de "cofinancement" à celle de "recouvrement des coûts" dont le sens est généralement mal interprété;
- v) considérer que le financement communautaire vient compléter et non remplacer le budget de l'Etat;
- vi) réfléchir sur le financement des soins de santé des personnes qui n'ont pas d'assurance-maladie.

193. Puisqu'il n'existe pas de solution universelle au financement de la santé, il est nécessaire d'instaurer un dialogue social dans chaque pays et d'améliorer la gestion par le biais de la formation et de la recherche.

194. Le Sous-Comité a également noté que le budget du Ministère de la Santé ne constitue qu'une partie des dépenses de santé dans les pays et que les dépenses du secteur privé sont très importantes. Le programme doit se fixer, entre autres, l'objectif de mobiliser les ressources importantes du secteur privé.

195. Le Sous-Comité a approuvé le projet de résolution présenté et a demandé au Comité d'en faire autant.

Critères et formules appliqués dans la détermination des allocations budgétaires aux pays (document AFR/RC41/INF.DOC/8)

196. En rappel de la résolution AFR/RC40/R4 sur l'"Utilisation optimale des ressources de l'OMS : Examen de la politique régionale en matière de budget programme", le Sous-Comité a trouvé opportune l'élaboration de ce document. Compte tenu de son importance, il a demandé au Comité régional de se prononcer sur les critères proposés et suggère qu'un temps de réflexion supplémentaire soit accordé aux pays pour leur permettre de les revoir avant la réunion d'un groupe d'experts à ce sujet.

Deuxième attribution du Prix du Dr Comlan A. A. Quenum pour la Santé publique en Afrique (document AFR/RC41/16)

197. Le Sous-Comité suggère d'augmenter les fonds affectés à ce Prix par des contributions volontaires de membres du personnel OMS, des contributions spéciales des Etats Membres et des allocations régulières provenant du budget de l'OMS.

198. Le Sous-Comité a également approuvé les corrections apportées aux critères de sélection.

Rapport de la douzième Réunion régionale du Programme (RPM.12)
(document AFR/RC41/17)

199. La réunion s'est tenue à Brazzaville du 5 au 16 février 1990 pour élaborer le plan quinquennal d'action de la Région (1990-1994), avec la participation de 43 représentants sur 44, le Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique australe et de l'Est et le Chef de la Division Afrique du FNUAP.

200. Le Sous-Comité a insisté sur l'importance des équipes pays, la gestion, la formation et la recherche. Pour assurer la mise en oeuvre du cadre africain de développement sanitaire, le Directeur régional a dégagé un fonds spécial pour les activités des équipes-pays dans le cadre du programme quinquennal pour l'amélioration des compétences gestionnaires (1990-1992), la formation (1991-1993) et la recherche (1992-1994).

201. Le Sous-Comité a reconnu la pertinence de cette stratégie et souhaite que les modalités de recrutement des membres des équipes-pays soient suffisamment souples tout en notant la nécessité de coordonner les efforts entre les diverses institutions du système des Nations Unies, notamment l'UNICEF et l'OMS.

Rapport du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS) (document AFR/RC41/18 Rév.1)

202. Le CCADS, qui s'est réuni à Brazzaville du 10 au 14 juin 1991, a abordé trois thèmes : la formation des personnels de santé, les contraintes économiques et la stratégie de prévention et de lutte contre le SIDA.

203. La formation constitue, avec la gestion et la recherche, l'un des domaines prioritaires d'intervention pour accélérer la réalisation de l'objectif SPT/2000. Le Comité a rappelé les composantes de la formation : formation initiale, recyclage, perfectionnement et spécialisation. Le district étant le point focal des prestations de soins, le Comité a recommandé la formation initiale et continue des membres de l'équipe de santé de district, qui vont former à leur tour les agents de santé de village et les accoucheuses traditionnelles.

204. Le Sous-Comité a noté que la crise de la santé dans la Région résulte de la crise économique que traversent nos pays et a considéré la proposition du programme de financement des services de santé (HECAFIP) comme une initiative à encourager et à mettre en place au niveau des Etats. La stratégie de prévention et de lutte contre le SIDA doit reposer sur la formation et le recyclage des agents de santé et sur l'IEC.

205. Le Sous-Comité a jugé réalistes les propositions du CCADS.

Promotion de la santé bucco-dentaire dans la Région africaine
(document AFR/RC41/INF.DOC/3 Rév.1)

206. Le Sous-Comité a souligné l'intérêt porté à ce programme dans la Région et a noté que des pays ont formulé des politiques nationales en la matière.

207. Le Sous-Comité a approuvé le cadre schématique d'organisation des soins de santé bucco-dentaire inspiré du Scénario africain de Développement sanitaire.

Contrôle de l'élimination des déchets toxiques et nucléaires pour la protection de la santé en Afrique (document AFR/RC41/INF.DOC/2)

208. Ce document a été réalisé à la suite de la résolution AFR/RC38/R8.

209. Le rapport fait état des efforts entrepris par le Bureau régional pour recueillir les déclarations et les témoignages officiels des Etats Membres, analyser la situation des structures responsables des questions d'environnement, publier et diffuser les informations relatives aux effets des déchets toxiques radioactifs, ainsi que celles relatives aux répercussions de l'accident de Tchernobyl.

Prévention des troubles mentaux, neurologiques et psychosociaux
(document AFR/RC41/INF.DOC/1 Rév.1)

210. Le document a été élaboré à la suite de la résolution AFR/RC38/R1 pour doter l'Afrique d'un modèle de soins de santé mentale au niveau des communautés.

211. Diverses expériences ont été rapportées. Le Sous-Comité a situé l'origine de certains troubles mentaux à la naissance, avec la prématurité, l'asphyxie néonatale, les traumatismes à la naissance, et a attiré l'attention sur la nécessité de créer au Bureau régional un nouveau programme de la santé du nouveau-né.

Situation relative à la résolution 44/211 de l'Assemblée générale des Nations Unies (Coordination des activités opérationnelles des Nations Unies) : rapport du Directeur régional (document AFR/RC41/INF.DOC/8)

212. Le Sous-Comité a insisté sur la nécessité de renforcer la coordination au niveau national des activités opérationnelles entre les institutions du système des Nations Unies.

213. Il partage par ailleurs les réserves indiquées dans le rapport du Directeur régional concernant les mécanismes de mise en oeuvre de cette résolution.

214. Lors de la discussion qui a suivi cette présentation du rapport du Sous-Comité, les délégués ont relevé des problèmes relatifs :

- a) aux médicaments essentiels face à la résistance des pharmaciens d'officine;
- b) au financement des soins de santé requis par des initiatives comme HECAFIP et d'autres innovations comme les mécanismes de solidarité, le co-financement, la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako;
- c) aux bourses d'études pour lesquelles il est recommandé de faire preuve de souplesse en ce qui concerne la durée et les lieux de formation, tout en mettant l'accent sur le renforcement des institutions régionales;
- d) à l'association des sous-groupes économiques de la Région aux programmes de santé, ce qui favorise la coopération régionale et la mise en oeuvre des résolutions du Comité régional.

Conclusion

215. Dans sa réponse, le Directeur régional a félicité les membres du Sous-Comité pour le travail accompli et l'a remercié pour ses recommandations. Il a ensuite noté :

- i) La pertinence des réunions du Sous-Comité bien avant la tenue du Comité régional et proposé que les réunions du Sous-Comité se tiennent au mois de juin à Brazzaville.
- ii) La préoccupation des délégués concernant l'octroi des bourses d'études. Une "certaine souplesse" sera effectivement de mise mais il faudra respecter les choix prioritaires de la Région et les spécificités de chaque pays dans le cadre de la commission nationale des bourses. Il convient d'éviter des demandes pour les formations qui peuvent être assurées localement. Des accords sont conclus avec les institutions de formation d'Europe et d'Amérique du Nord, ce qui permettra des échanges pour les stages des étudiants. Conformément aux instructions du guide de formation qui a été distribué, le programme de bourses sera décentralisé pour que les décisions soient prises au niveau local par les commissions nationales dans le cadre des plans nationaux de formation à renforcer ou à développer.
- iii) L'importance du dialogue pour faire comprendre aux comités de santé et de développement l'effort de solidarité nationale pour le financement des soins de santé.
- iv) L'existence d'une importante documentation sur le Fonds spécial de la Santé pour l'Afrique, distribuée par l'OUA, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et les Représentants. Le Directeur régional a rappelé le processus démocratique institué au sein des districts, qui sont les membres et les bénéficiaires du Fonds. Puis il a rappelé la tenue, à l'issue du Comité régional, du Conseil d'administration du Fonds spécial parrainé par l'UNICEF, l'OMS, etc.
- v) L'importance des groupements régionaux pour le développement en général et la santé en particulier, car ils constituent la fondation du développement. Les Représentants de l'OMS dans les pays où sont basés ces sous-groupes économiques travaillent avec le Bureau régional, ce qui s'est déjà avéré utile dans le cas des médicaments essentiels.

216. Le Comité a approuvé le rapport du Sous-Comité du Programme et l'a adopté par acclamation.

217. Au total 15 résolutions ont été examinées et approuvées.

DATES ET LIEUX DES QUARANTE-DEUXIEME ET QUARANTE-TROISIEME SESSIONS
DU COMITE REGIONAL POUR 1992 ET 1993 (documents AFR/RC41/22 et Add.1)

218. Après avoir examiné ce point de l'ordre du jour, le Comité régional a décidé de tenir ses quarante-deuxième et quarante-troisième sessions à Brazzaville, en 1992 et 1993 respectivement, à moins qu'un pays n'invite le Comité régional et supporte les frais supplémentaires qu'entraîne l'organisation de la session du Comité régional hors du Bureau régional.

CHOIX DU SUJET DES DISCUSSIONS TECHNIQUES EN 1992
(document AFR/RC41/21)

219. Le Comité a choisi pour les Discussions techniques de sa quarante-deuxième session, le thème suivant : "Recherche en santé publique" (Décision de procédure No 5).

DESIGNATION DU PRÉSIDENT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES EN 1992
(document AFR/RC41/20 Rév.2)

220. Le Comité a désigné le Professeur Kwesi Nkrumah (Ghana) comme Président des Discussions techniques qui se tiendront lors de la quarante-deuxième session du Comité régional (Décision de procédure No 7). Il a également choisi le Professeur Nangbele Coulibaly (Côte d'Ivoire) comme Président suppléant.

CHOIX DES SUJETS DES DISCUSSIONS TECHNIQUES EN 1993, 1994 et 1995
(document AFR/RC41/21 Add.1)

221. Le Comité a décidé de retenir, pour le prochain cycle triennal, les sujets suivants pour ses Discussions techniques :

- i) Développement des infrastructures sanitaires en 1993
- ii) Sélection et développement des technologies de la santé en 1994
- iii) Financement des soins de santé en 1995.

CLOTURE DE LA QUARANTE ET UNIEME SESSION

222. Le Directeur régional a vivement remercié le Président et les autres membres du bureau de la quarante et unième session, ainsi que les représentants de l'OUA, des organisations du système des Nations Unies, des ONG et des autres institutions ayant participé au Comité régional.

223. Il a exprimé son engagement total dans la mise en oeuvre rapide et efficace des décisions prises par le Comité régional. Il a aussi répondu à quelques questions posées auparavant par les délégués et leur a notamment rendu compte des derniers développements dans la mise en place du Fonds spécial de la Santé pour l'Afrique.

224. Une motion de remerciements au Président du Burundi pour sa participation à la cérémonie d'ouverture de la quarante et unième session a été adoptée à l'unanimité. Dans cette motion, les délégués le remerciaient d'avoir invité l'OMS à organiser la quarante et unième session du Comité régional au Burundi, et exprimaient leur appréciation pour la chaleur de l'hospitalité qui leur a été accordée par le Gouvernement et le peuple burundais.

225. Le Président du Comité régional a remercié tous les délégués pour leur participation enthousiaste qui a fait de la quarante et unième session un succès retentissant. Il a félicité le Directeur régional et ses collaborateurs pour l'excellente qualité des exposés présentés, de même que le secrétariat, les interprètes, les traducteurs et tous ceux qui ont travaillé avec ardeur pour assurer le succès de la quarante et unième session du Comité régional.

226. La quarante et unième session a ensuite été déclarée officiellement close.

ANNEXES



ORDRE DU JOUR

1. Ouverture de la quarante et unième session (AFR/RC41/INFO/01 Rév.3)
2. Adoption de l'ordre du jour provisoire (AFR/RC41/2 Rév.1)
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 (AFR/RC41/3 et Add.1)
 - 6.2 Rapport d'activités du programme élargi de vaccination : Réalisations et défis pour les années 1990 (AFR/RC41/4)
 - 6.3 Programme d'éradication de la dracunculose (ver de Guinée) dans la Région africaine de l'OMS : Progrès réalisés (AFR/RC41/5)
 - 6.4 Infection aiguë des voies respiratoires : Programme de lutte pour les années 1990 et rapport de situation (AFR/RC41/6)
 - 6.5 Rapport d'activités de la Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement dans la Région africaine de l'OMS (AFR/RC41/7)
 - 6.6 Rapport sur la deuxième évaluation de la mise en oeuvre de la stratégie de SPT/2000 dans la Région africaine (AFR/RC41/8)
 - 6.7 Soutien informationnel à la gestion du système de santé de district (AFR/RC41/10)
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 (AFR/RC41/11)
 - 7.2 Ordres du jour de la quatre-vingt-neuvième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé : Incidences régionales (AFR/RC41/12)
 - 7.3 Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé (Décision WHA40(10) (AFR/RC41/13 et Corr.1)
 - 7.4 Discussions techniques à la Quarante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé (AFR/RC41/14)
8. Examen du rapport du Sous-Comité du Programme (AFR/RC41/15)
 - 8.1 Rapport du Prix du Dr Comlan A. A. Quenum de Santé publique en Afrique (AFR/RC41/16)

- 8.2 Rapport de la Réunion régionale du Programme (AFR/RC41/17)
- 8.3 Rapport du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS) (AFR/RC41/18 Rév.1)
9. Discussions techniques "Formation des personnels de santé : Mobilisation des ressources humaines pour la santé" (AFR/RC41/TD/1)
 - 9.1 Présentation du rapport des discussions techniques (AFR/RC41/19)
 - 9.2 Désignation du Président et du Président suppléant des discussions techniques pour 1992 (AFR/RC41/20 Rév.2)
 - 9.3 Confirmation du choix du sujet des discussions techniques pour 1992 (AFR/RC41/21 et Add.1)
10. Dates et lieux des quarante-troisième et quarante-quatrième sessions du Comité régional pour 1993 et 1994 (AFR/RC41/22 et Add.1)
11. Adoption du rapport du Comité régional
12. Clôture de la quarante et unième session.

LIST OF PARTICIPANTS
LISTE DES PARTICIPANTS
LISTA DOS PARTICIPANTES

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

ALGERIE
ALGERIE
ARGELIA

Dr Abdesselam Chakou
Directeur de la Prévention au Ministère de la Santé
Chef de délégation

Dr Yamina Isgueni épouse Chakkar
Médecin-Epidémiologiste chargé de la gestion
des programmes internationaux

ANGOLA

Dr Flávio Fernandes
Ministro da Saúde
Chefe da delegação

Dr Maria Antonio
Delegado Provincial de Saúde de Luanda

Dr Sergio Azevedo Bras
Delegado Provincial de Saúde de Kwanza Sul

BENIN

Dr (Mme) Veronique M. Eunice Lawson
Ministre de la Santé publique
Chef de délégation

Dr (Mme) Omolola G. Dossou
Directrice adjointe de Cabinet du Ministre de la Santé publique

BOTSWANA
BOTSOUANA

Hon. Kematlamang Pitsieyosi Morake
Minister of Health
Leader of delegation

Dr John K. M. Mulwa
Deputy Permanent Secretary/Director of Health Services

Mrs Kealeboga M. Makhwade
Assistant Director Hospital Services

BURKINA FASO

M. S. A. Ouiminga
Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de la Famille
Chef de délégation

Dr Larba T. Kangoye
Directeur du Contrôle des Maladies transmissibles

Dr Kelguebsom B. Sondo
Directeur des Etudes et de la Planification

BURUNDI

Dr N. Ngendabanyikwa
Ministre de la Santé
Chef de délégation

Dr E. Maregeya
Directeur général de la Santé publique

Dr D. Nshimirimana
Médecin-Inspecteur général de la Santé

Dr A. Ciza
Directeur de Département des Soins de Santé

Dr F. Bizimana
Directeur PEV/CCCD

Dr G. Fumba
Directeur du Service de Santé des Forces Armées burundaises

Dr L. Bazira
Doyen de la Faculté de Médecine de Bujumbura

Dr J. Marimbu
Service de Santé et infantile
Université du Burundi, Faculté de Médecine

M. P. Kantabaze
Directeur, Formation et Gestion des Personnels
Ministère de la Santé publique

M. D. Nyandwi
Directeur général de l'Hydraulique et des Energies rurales
Ministère du Développement rural

Dr Yves-Pierre Nicolas Alexandre
Epidémiologiste/Team Leader/GPA/OMS/Bujumbura

M. E. Ndayiragije
Représentant de la PAFE
Directeur chargé de la Gestion du Personnel

CAMEROON
CAMEROUN
CAMAROES

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

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

CAPE-VERDE
CAP-VERT
CABO VERDE

Dr L. S. Nobre Leite
Ministro da Saude e Promoção Social
Chefe da delegação

Dr Jorge Eduardo Figueiredo
Director Geral da Saúde

Dr A. Dupret
Delegado de Saúde - Praia

CENTRAL AFRICAN REPUBLIC
REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
REPUBLICA CENTRAFRICANA

Mme G. Lombilo
Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales
Chef de délégation

Dr F. Sobela
Directeur général de la Santé publique

CHAD
TCHAD
CHADE

Dr Gakaïtangou Fatchou
Responsable du Programme national de Lutte contre la Lèpre

COMOROS
COMORES

Dr M. Velo
Directeur général de la Santé
Chef de délégation

M. Chaïbou Bedja Abdou
Conseiller du Ministre de la Santé, chargé de la Coopération

CONGO

M. P. Ndouna
Ministre de la Santé
Chef de délégation

Prof. J. R. Ekoundzola
Directeur général de la Santé publique

Dr B. Ntari
Conseiller sanitaire du Ministre de la Santé

COTE D'IVOIRE

Prof. Kassi Léopold Manlan
Directeur général, Ministère de la Santé et de la Protection sociale
Chef de délégation

M. Idrissa Gueye
Directeur des Ressources humaines
Ministère de la Santé et de la Protection sociale

M. P. Wolf
Ministère de la Santé et de la Protection sociale

EQUATORIAL GUINEA
GUINEE EQUATORIALE
GUINE EQUATORIAL

Dr V. Sima-Oyana
Directeur général de la Santé

ETHIOPIA*
ETHIOPIE
ETIOPIA

GABON
GABAO

Mme L. Mba
Secrétaire d'Etat à la Santé, Ministère de la Santé
Chef de délégation

Dr L. Adandé Menest
Inspecteur général de la Santé publique

Dr C. Atende
Médecin-Directeur du PNLG/Gabon Directeur des Etablissements sanitaires

M. Bengone Bayi
Conseiller du Ministre de la Santé

THE GAMBIA
GAMBIE
GAMBIA

Mrs Louise Antoinette Njie
Minister of Health and Social Welfare
Leader of delegation
Mr Eddie Bright
Deputy Permanent Secretary, Ministry of Health and Social Welfare

Dr G. Melville Omorlabie
Director of Health Services

GHANA
GANA

Col. E. Mensah Osei-Owusu
PNDC Secretary for Health
Ministry of Health
Leader of delegation

Dr Moses E. K. Adibo
Director of Medical Services

GUINEA
GUINEE
GUINE

Dr C. Loua
Conseiller chargé de la Politique sanitaire
Ministère de la Santé publique et de la Population

GUINEA-BISSAU
GUINEE-BISSAU
GUINE-BISSAU

Dr Celestino Maria Mendes Costa
Secretario de Estado da Saúde Publica

KENYA
QUENIA

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

Dr James Mwanzia
Assistant Director of Medical Services

LIBERIA

Dr Moses K. Galakpai
Chief of health Services - Deputy Minister Planning
Leader of delegation

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

MALAWI

Mr Brenner S. Chawani
Deputy Secretary, Ministry of Health
Leader of delegation

Dr Peter Cosmo Chimimba
Chief of Health Services

MALI

Mme Fatoumata Diakit 
Ministre de la Santé publique, de l'Action sociale et
de la Promotion féminine
Chef de délégation

Dr Amadou Sékou Diallo
Directeur national de la Santé publique

Dr Sory Ibrahim Kaba
Conseiller technique, Ministère de la Santé publique,
de l'Action sociale et de la Promotion féminine

MAURITANIA
MAURITANIE

Dr Ibrahima Kane
Directeur-adjoint de l'Hygiène et de la Protection sanitaire
Chef de délégation

M. Mah Semetta
Chef du Service SMI, Ministère de la Santé et des Affaires sociales

MAURITIUS
MAURICE
ILHA MAURICIA

Mr Siva Subramanien
Principal Secretary, Ministry of Health

MOZAMBIQUE
MOCAMBIQUE

Dr L. Santos Simao
Ministro da Sa de
Chefe da delega ao

Mr Lucas Jeremi s Chomera
Director Nacional Adjunto de Sa de

NAMIBIA
NAMIBIE

Hon. Dr N. Iyambo
Minister of Health and Social Services
Leader of delegation

Ms L. Dessa Onesmus
Ministry of Health

Dr Fritz B. Hochobeb
Senior Medical Officer, Ministry of Health and Social Services

NIGER*

NIGERIA

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

Dr Gabisiu Ayodele Williams
Director of Disease Control and International Health
Federal Ministry of Health

Mr E. Aremu Oniyide
Adviser to the Minister of Health

Dr Cleverley A. B. Sule
Deputy Director (International Health)

Dr Akanni O. O. Sorungbe
Director of Primary Health Care

RWANDA
RUANDA

Dr F. X. Nsengumuremyi
Ministre de la Santé
Chef de délégation

Dr J. B. Kanyamupira
Directeur général de la Santé

Mme J. Barushiywanubusa
Chef de Division Formation au Ministère de la Santé

SAO TOME & PRINCIPE
SAO TOME E PRINCIPE

Dr Joao do Sacramento Bonfim
Ministro dos Assuntos Sociais
Chefe da delegação

Dr Antonio Soares Marques Lima
Director do Hospital Dr Ayres de Menezes

SENEGAL

Dr Assane Diop
Ministre de la Santé publique et de l'Action sociale
Chef de délégation

Dr Lamine Cissé Sarr
Directeur de la Santé publique

Dr Fodé Diouf
Conseiller technique du Ministre de la Santé publique
et de l'Action sociale

SEYCHELLES
ILHAS SEYCHELLES

✓ Dr Conrad Shamlaye
Principal Secretary
Ministry of Health

SIERRA LEONE
SERRA LEOA

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

Dr Bailah Leigh
Directeur MCH/EPI, Ministry of Health

Prof. George N. Gage (Chairman, Technical Discussions)
Professor, Department of Community Health
College of Medicine and Allied Health Sciences
University of Sierra Leone

SWAZILAND
SOUAZILAND
SUAZILANDIA

Dr F. Friedman
Minister of Health
Leader of delegation

Dr John J. Mbambo
Director of Health Services

Mrs Gladys N. Matsebula
Matron Public Health

TOGO

Dr Vignon Devo
Conseiller technique, Ministère de la Santé publique
Chef de délégation

Dr Komi Kpegba
Médecin-Chef, Subdivision sanitaire de l'Ogou

Prof. B. S. Boukari
Directeur de l'Ecole nationale des Auxiliaires médicaux
et Chef du Service Histologie - Embryologie - CHU, Tokoin

UGANDA
OUGANDA

Dr James G. S. Makumbi
Minister of Health
Leader of delegation

Dr Eriyabu G. N. Muzira
Permanent Secretary/Director of Medical Services

Dr Okoth Oketcho
Assistant Director of Medical Services in charge of Training

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

Dr Konrad A. Mmuni
 Chief Medical Officer
 Leader of delegation

Dr Hababu M. Chwaya
 Director of Preventive Health Services

Dr Ali A. Mzige
 Ag Assistant Chief Medical Officer

ZAIRE*

ZAMBIA
 ZAMBIE

Dr Evarist K. Njelesani
 Permanent Secretary and Director of Medical Services
 Leader of delegation

ZIMBABWE
 ZIMBABUE

Dr Rufaro R. Chatora
 Principal Medical Director
 Leader of delegation

Mr Sam Jogue Tapera
 Acting Director, Health Manpower Development

Mrs Sylvia C. Mupepi
 Assistant Director Community Nursing

2. OBSERVER INVITED IN ACCORDANCE WITH RESOLUTION WHA27.37
 OBSERVATEUR INVITE CONFORMEMENT A LA RESOLUTION WHA27.37
 OBSERVADORE CONVIDADOS EM CONFORMIDADE COM A RESOLUCAO WHA27.37

Dr Ralph Mgijima
 Secretary for Health
 P.O. Box 61884
Marshalltown
 2107 South Africa

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

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

M. J. Laubhouet-Akadié
 Chargé de Programme FAO au Burundi
 B.P. 1250
Bujumbura
 Burundi

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

Mrs T. Ndayisenga
Programme Officer in charge of Health Sector
UNDP
B.P. 1490
Bujumbura
Burundi

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

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

Mme B. Abegglen-Verazzi
Représentant de l'UNICEF au Burundi
B.P. 1650
Bujumbura
Burundi

Dr Gladys E. Martin
Senior Health Officer Health - UNICEF
P.O. Box 44145
Nairobi
Kenya

M. J. M. Ndiaye
UNICEF
Ouagadougou
Burkina Faso

Dr Solofo Rahary Ramarason
PHC Project Officer - UNICEF
B.P. 1650
Bujumbura
Burundi

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

M. A. Nzokirishaka
Administrateur national de Programme - FNUAP
B.P. 1490
Bujumbura
Burundi

World Health Organization (WHO)
Organisation mondiale de la Santé (OMS)
Organizaçao Mundial da Saude (OMS)

Dr R. J. Kim-Farley
Director, Expanded Programme on Immunization
World Health Organization
Geneve
Switzerland

Dr Habiba H. Wassef
PCO/ICO - WHO, Geneva

Mr Chin-Min Lee
WHO Principal External Relations Officer to the United Nations
2 UN Plaza (Room 960)
New York, NY 10017
USA

Dr B. Nasah
Director, Regional Centre for Training and Research in Family Health
WHO Kigali
B.P. 1324
Kigali
Rwanda

Mr D. Aitken
ADG/HQ
Geneva

World Meteorological Organization (WMO)
Organisation météorologique mondiale (OMM)
Organizaçao mundial da Meteorologica (OMM)

Mr S. Chacoury
Regional Director
B.P. 605
Bujumbura
Burundi

High Commissioner for Refugee (HCR)
Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés

Mr F. Lau
Programme Officer, HCR
B.P. 307
Bujumbura
Burundi

Mrs J. Emiksen
Programme Officer/HCR, Bujumbura

M. N. K. Mbaidjow
Délégué HCR, Bujumbura

4. REPRESENTATIVES OF INTERGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS
 REPRESENTANTS DES ORGANISATIONS INTERGOUVERNEMENTALES
 REPRESENTANTES DOS ORGANIZACOES INTERGOVERNAMENTAS

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

M. Wawa-Ossay Leba
 Directeur du Département ESCAS (Education, Culture, Sciences,
 Affaires sociales)
 B.P. 3243
Addis Abeba
 Ethiopie

Dr Omar Juma Khatib
 Head Health Bureau - OAU
 Box 3243
Addis Ababa
 Ethiopia

Communauté économique des Pays des Grands Lacs (CEPGL)

M. S. Matata
 Secrétaire exécutif de la CEPGL
 B.P. 58
Gisenyi
 Rwanda

Dr Sambu Nzita
 Expert en Santé/CEPGL - Gisenyi

5. REPRESENTATIVES OF NON-GOVERNMENTAL ORGANIZATIONS
 REPRESENTANTS DES ORGANISATIONS NON-GOUVERNEMENTALES
 REPRESENTANTES DAS ORGANIZACOES NAO-GOVERNAMENTAS

Commonwealth Regional Health Secretariat
Secrétariat sanitaire régional du Commonwealth

Mrs Rosalie M. Kakande
 Regional Coordinator for Nursing Affairs
 Commonwealth Regional Health Community Secretariat for East,
 Central and Southern Africa
 P.O. Box 1009
Arusha
 Tanzania

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

Mrs Nomajoni Ntombela
 President (Swaziland Infant Nutrition Action Network)
 P.O. Box 2758
Mbabane
 Swaziland

Inter-African Committee on Traditional Practices
Comité inter-africain sur les pratiques traditionnelles

Dr I. T. Modupe
Vice-President
P.O. Box 6051
Lagos
Nigeria

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

M. C. Pintaud
15-21, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris Cedex 06
France

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

M. C. Pintaud
Représentant IFPMA/FIIM
11 bis, rue César Franck
75015 Paris
France

African Medical Research Foundation (AMREF)
Fondation internationale pour la Médecine et la Recherche en Afrique

Prof. Nimrod Odundo Bwibo
Director Training Department - AMREF
P.O. Box 30125
Nairobi
Kenya

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

Prof. K. Mukelabai
President of Association of Medical Schools in Africa (AMSA)
Dean, School of Medicine - University of Zambia
P.O. Box 50110
Lusaka
Zambia

* Unable to attend/N'a pas pu participer/Nao pôde participar.

ALLOCUTION DU MINISTRE DE LA SANTE DE L'ANGOLA,
PREMIER VICE-PRESIDENT DE LA QUARANTIEME SESSION DU COMITE REGIONAL

Monsieur le Président de la République du Burundi,

Mesdames et Messieurs les Membres du Gouvernement,

Monsieur le Directeur général de l'OMS,

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

Madame le Directeur régional de l'UNICEF,

Mesdames et Messieurs les Représentants des organisations régionales,
internationales, et non gouvernementales,

Mesdames et Messieurs les Délégués,

Mesdames et Messieurs les Journalistes,

Mesdames et Messieurs,

A l'occasion de la cérémonie officielle d'ouverture de la quarante et unième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, réuni en cette belle ville de Bujumbura, j'ai l'honneur, le privilège et l'agréable devoir de m'adresser à cet éminent auditoire.

Nous n'aurions certainement pas pu choisir un meilleur endroit ni - chose plus importante - un meilleur moment pour cette réunion, qui coïncide avec le quatrième anniversaire de la Troisième République du Burundi. Aussi convient-il ici de féliciter le Président, le Gouvernement et le peuple de la République du Burundi pour les succès économiques obtenus particulièrement ces quatre dernières années ainsi que pour la paix qui règne désormais sans partage dans le pays.

Monsieur le Président, votre présence en cette occasion est pour nous une source de fierté et d'inspiration. Elle témoigne de votre intérêt et de votre appui pour notre Organisation et ses efforts pour s'attaquer avec vigueur aux problèmes de santé de notre Région.

La Région a connu ces dernières années une crise économique catastrophique qui a freiné notre action en vue d'instaurer la santé pour tous d'ici l'an 2000. Pour aggraver un problème déjà complexe, le SIDA est venu saper nos forces productives, ralentissant par là encore nos efforts pour parvenir aux buts économiques et sociaux que nous nous sommes fixés.

Par la suite, certaines des anciennes maladies, à savoir le choléra et le paludisme, n'ont pas seulement refait leur réapparition mais prennent d'ores et déjà des dimensions épidémiques. Nos gouvernements sont néanmoins déterminés à ne pas se laisser décourager par ces énormes problèmes économiques et sociaux. Au contraire, nous sommes plus résolus que jamais à poursuivre sans relâche la mise en place de nos initiatives africaines actuelles dans le secteur de la santé, à savoir le Scénario de Développement sanitaire en trois phases et l'Initiative de Bamako, respectivement approuvés par le Comité régional à ses trente-cinquième et trente-septième sessions. Compte tenu de l'énormité des tâches qui nous attendent, nous devons lancer de nouvelles initiatives pour compléter les précédentes, afin de surmonter ces obstacles socio-économiques qui freinent nos progrès dans le secteur de la santé.

Nous voudrions, en tant que Comité régional, exprimer notre sincère gratitude à nos Chefs d'Etat et de Gouvernement pour leur indéfectible appui moral, financier et matériel qui nous a permis d'accomplir la gigantesque tâche qui est la nôtre.

Je saisis cette occasion pour exprimer au Directeur général de l'OMS, le Dr Hiroshi Nakajima, au Directeur régional pour l'Afrique, le Dr G. L. Monekosso, ainsi qu'à son personnel, notre satisfaction pour le travail accompli, les décisions prises et l'empressement à nous aider dont ils ne se sont jamais départis, ainsi que pour l'appui constant offert à nos pays. Je voudrais également exprimer notre profonde gratitude à nos amis et collaborateurs pour leur aide dans nos efforts de développement sanitaire dans la Région. Pour les années à venir et au vu de l'ampleur des tâches qui nous attendent, je voudrais ajouter que nous continuerons à avoir besoin d'un appui aussi important, sinon plus, de leur part.

Une fois encore, Monsieur le Président, je voudrais vous remercier sincèrement d'avoir trouvé le temps, malgré votre emploi du temps chargé, de participer à cette cérémonie d'ouverture.

Vive la République du Burundi '

Vive la coopération internationale '

Vive l'Organisation mondiale de la Santé '

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

Monsieur le Président,

Excellences,

Honorables représentants,

Mesdames et Messieurs,

Chers collègues et amis,

Je suis heureux de me trouver aujourd'hui parmi vous à Bujumbura pour la quarante et unième session du Comité régional de l'Afrique.

L'année dernière, devant ce même Comité régional, j'évoquais la nécessité de faire en sorte que les années 90 ne soient pas une "décennie d'endettement et de pauvreté" mais une "décennie d'opportunités". J'ai aussi mis en garde contre le risque de voir ces années, faute de leadership, de volonté d'innover et de préparation appropriée, devenir une décennie de crise et de catastrophe.

Il y a un an, le monde allait basculer dans un nouveau conflit armé - en apparence "régional". Mais ses causes et ses conséquences ne trompaient pas : il s'agissait en réalité d'une crise "mondiale". Les canons, aujourd'hui, se sont tus et, comme toujours, ils n'ont laissé derrière eux que spoliation et désolation. Une fois encore, c'est aux populations locales, avec leurs maigres ressources et l'appui de la communauté internationale du développement, de faire leur possible pour réparer les dégâts et continuer à vivre. Pareillement, en Europe centrale et orientale et dans de nombreux pays de toutes les régions du monde, nous assistons à de profonds bouleversements politiques et socio-économiques.

Ce ne sont là que des exemples supplémentaires de "l'incessant va-et-vient de la misère humaine". Nous retrouvons le même schéma dans toutes les catastrophes naturelles ou dues à l'homme. Les tornades et les inondations qui ont affecté le Bangladesh et la Chine cette année suivent, elles aussi, le même schéma, tout comme les flambées de choléra que connaissent actuellement l'Afrique et l'Amérique du Sud. C'est encore le même schéma qui se dessine dans la pandémie mondiale de SIDA, grave problème qui touche désormais tous les continents. L'incidence accrue du paludisme et de la tuberculose témoigne aussi de cette détérioration socio-économique.

S'il incombe à chaque Etat Membre d'assurer un développement sanitaire durable et autonome à l'intérieur de ses frontières, il est évident que les changements fondamentaux auxquels nous assistons aujourd'hui dans le domaine de la santé et sur le plan socio-économique transcendent les limites des pays, voire des régions, et appellent une coopération mondiale et des solutions mondiales, aussi bien que locales. Demain, comme aujourd'hui, les enjeux sanitaires déborderont le "secteur" conventionnel de la santé et exigeront que nous révisions notre perception du lien qui existe entre santé et économie. La santé, dans son acception la plus complète, devient un élément essentiel du développement national en général.

Cette évolution spectaculaire des principes politiques et économiques de base n'a pas toujours été accompagnée de politiques et de stratégies cohérentes du développement. Dans les années 70, le but de la santé pour tous en l'an 2000 et la Déclaration d'Alma-Ata ont été basés sur l'hypothèse d'un équilibre dynamique entre situation économique, progrès scientifiques et systèmes sociaux pour le bien-être de l'humanité. Mais dans les années 80, les systèmes de marché du type occidental ont davantage penché vers des économies de l'offre, privilégiant, dans les pays industrialisés, les politiques monétaires et s'assortissant d'un déficit général des ressources financières disponibles. Parallèlement, les économies planifiées ont réduit leurs dépenses, mettant l'accent non plus sur la consommation mais sur la production. Du fait de l'évolution de ces deux systèmes, les filets de sécurité dont ils étaient munis ont été supprimés. Dès lors que les conditionnalités sociales n'étaient plus protégées, ces changements ont eu pour effet de marginaliser le développement social durable. C'est ainsi qu'a été rompue la cohérence normale entre politique économique et politique sociale. Pendant ce temps, de nombreux pays dits du "tiers monde" souffraient de la détérioration économique et les "solutions" consistant à opérer des ajustements structurels qui leur étaient proposées freinaient le développement social. Les politiques économiques des années 80 se sont distinguées par leur incapacité à investir dans la population. Le monde s'est trouvé sans solution pragmatique ni modèle viable de développement socio-économique, en un mot sans "paradigme".

Si j'ai employé des termes d'économie comme "principes de base", "ajustement structurel", "marginalisation" et "paradigme" à propos du développement humain, c'est pour souligner l'ampleur du changement, le lien qui existe entre les questions économiques et sociales sous-jacentes et l'importance de la gageure que représentent les opportunités et les solutions qui s'offrent à nous. J'ai insisté sur les problèmes de disponibilité, d'allocation et d'utilisation des ressources. J'ai tenté de redéfinir en termes pragmatiques et réalistes les bases de la tâche qui nous incombe pour parvenir à un développement durable, c'est-à-dire la recherche de l'équité en matière de santé, de l'égalité et de la justice face à l'accès aux soins de santé et d'une répartition plus égale des ressources face aux besoins de l'être humain. En bref, j'ai demandé que la relation entre développement économique et développement humain, dans le cadre général du développement social, soit perçue sous un angle nouveau et de façon cohérente, conformément aux politiques du développement durable de la quatrième Décennie des Nations Unies pour le Développement.

Pour l'OMS et pour chacun de ses Etats Membres, il s'ensuit que nous devons accorder davantage d'attention aux questions fondamentales telles que : a) les droits de chacun et de la communauté; b) les indicateurs des besoins de l'homme, du développement sanitaire et de la qualité de la vie; et c) l'utilisation des ressources pour le développement sanitaire et humain en général. Quels que soient les progrès accomplis ces dernières années en ce qui concerne l'état de santé moyen dans le monde, il nous faut malheureusement admettre que la disparité, pour ne pas dire l'écart, entre riches et pauvres s'accroît, tant dans les pays qu'entre les pays. L'équité dans le développement sanitaire progresse souvent lentement, et parfois même régresse, comme en témoignent les indicateurs suivants : espérance de vie globale, espérance de vie sans incapacité, mortalité infantile, vaccination, incapacité, disponibilité de médicaments essentiels, produit national brut par habitant, balance commerciale, situation alimentaire et nutritionnelle, détérioration de l'environnement, revenu disponible et disponibilité de ressources. C'est aussi ce qui ressort de la disparité concernant l'infrastructure et le potentiel logistique. En outre, même la prétendue supériorité d'une économie planifiée est mise en doute. En même temps, si

la santé est un droit, elle ne peut être laissée aux seules forces du marché. Et il nous faut aussi répondre à la question de savoir qui paie, combien et pourquoi, pour assurer la santé de chacun. Existe-t-il aujourd'hui un seul pays qui détienne toutes ces réponses ?

A l'OMS comme dans les pays, chacun de nous doit veiller plus attentivement à la façon dont nous administrons les ressources techniques, matérielles, humaines et financières que nous possédons. Les décisions concernant l'utilisation des ressources de l'OMS aux fins de la coopération technique entre les pays ne doivent pas être prises exclusivement en fonction des priorités nationales; elles doivent aussi refléter les politiques et les priorités internationales du développement sanitaire. Nous devons réagir face aux problèmes critiques. Qu'entendons-nous produire ou réaliser ? Quels résultats cherchons-nous à obtenir pour le bien de nos peuples et pour assurer l'efficacité du système de santé ? C'est pour définir cette quête que j'ai évoqué la nécessité d'un "paradigme de la santé". Il ne s'agit pas de substituer ce "paradigme" à notre but commun de la santé pour tous, mais d'aider à définir un cadre possible pour l'élaboration d'un programme de travail réalisable et efficace et à trouver le moyen d'assurer sa mise en oeuvre grâce à l'utilisation appropriée des soins de santé primaires. J'insiste sur le mot "appropriée" car de nombreux pays en développement ne considèrent encore les soins de santé primaires que comme une "initiative spéciale" allant de pair avec une mise en oeuvre "sélective" et ils n'ont toujours pas mis en place un système de soins de santé basé sur des soins de santé primaires intégrés et complets.

Dans sa coopération technique avec les pays, l'OMS continue de mettre l'accent sur les huit éléments essentiels des soins de santé primaires, conformément aux priorités définies au plan national. Ces éléments comprennent au minimum : une éducation sur les problèmes de santé les plus répandus et les méthodes propres à les prévenir et à les combattre; la promotion de l'approvisionnement alimentaire et d'une bonne nutrition; un approvisionnement suffisant en eau potable et un assainissement de base; des soins de santé maternelle et infantile, planification familiale comprise; la vaccination contre les principales maladies infectieuses; la lutte contre les maladies endémiques locales; le traitement approprié des maladies et traumatismes courants et la fourniture des médicaments essentiels. A cet effet, nous devons choisir des modes d'action qui incluent le développement humain, le développement technique et le développement des ressources financières. Un nouveau pragmatisme s'impose et nous devons rechercher les bases sur lesquelles reposera son édification.

Il nous faut en même temps nous adapter aux réalités, aux exigences et aux opportunités nouvelles. Après avoir entendu les six Comités régionaux de l'OMS, le Conseil exécutif et l'Assemblée mondiale de la Santé débattre de ces questions, j'ai voulu cerner quelques-uns des domaines majeurs qui requièrent une attention spéciale. Dans mes instructions relatives à la préparation du projet de budget programme pour l'exercice 1994-1995, j'ai demandé aux Directeurs régionaux de faire apparaître une augmentation sensible en termes réels¹ des allocations régionale aux programmes concernant cinq domaines, à savoir : 1) la relation entre l'état de l'économie mondiale et le développement sanitaire durable, dans la mesure où elle affecte les pays les moins avancés; 2) la santé de l'homme dans un environnement physique qui se dégrade; 3) une alimentation et une nutrition convenables pour le développement sanitaire; 4) une approche intégrée de la lutte contre la maladie; et 5) la diffusion d'informations pour le plaidoyer en faveur de la santé et à des fins éducatives, gestionnaires et scientifiques.

¹ D'au moins 5 %.

Mesdames et Messieurs les représentants, chers amis des Etats Membres de la Région africaine, lorsque vous entreprendrez votre programmation en liaison avec l'OMS l'année prochaine, je vous demande donc de veiller tout particulièrement à ces cinq domaines. Les chiffres provisoires de planification par pays pour la coopération technique avec l'OMS qui vous seront communiqués par le Directeur régional serviront de base aux discussions conjointes. Mais je me permets de rappeler que toutes les ressources de l'OMS, y compris les allocations aux pays, sont communes à tous les Etats Membres; elles n'appartiennent à aucun pays en particulier. Je dois disposer d'une marge de manoeuvre suffisante pour pouvoir récupérer, reprogrammer ou redistribuer les ressources de l'OMS au sein des pays, entre les programmes, voire entre les pays et les régions, si les exigences et les priorités mondiales l'exigent. De votre côté, vous ne devez pas non plus penser seulement en termes d'activités ne devant pas déborder le cadre restreint du petit budget ordinaire de l'OMS. Tous les efforts nécessaires doivent être faits pour obtenir des ressources supplémentaires auprès de toutes les sources possibles, selon les besoins. Lorsque vous demanderez à l'OMS sa coopération technique et son soutien, je vous saurai gré d'utiliser les critères convenus collectivement pour définir les priorités du programme.

En ma qualité de Directeur général, des pressions sont constamment exercées sur moi pour m'amener à modifier les priorités. Je vous convie à relire les 22 fonctions qui incombent à l'OMS aux termes de sa Constitution; vous constaterez que l'Organisation, en tant qu'autorité technique directrice et coordonnatrice, est tenue de couvrir le monde entier et la totalité du domaine de la santé - défini globalement. Chacun est prêt à me conseiller de nouvelles activités "hautement" prioritaires, mais bien peu me signalent des nouvelles activités "faiblement" prioritaires. On me demande souvent pourquoi l'OMS ne se contente pas simplement de quelques programmes prioritaires attrayants et bien visibles, de cinq à dix programmes pas plus, auxquels elle se consacrerait, faisant fi du reste. J'entreprendrais volontiers quelques croisades jouissant d'une grande popularité, comme ce fut le cas de l'éradication de la variole. Notre guerre contre le SIDA n'est-elle pas l'une de ces croisades ? Mais, si nous étions contraints de nous en tenir à un budget ordinaire limité, ces efforts supplémentaires ne pourraient être déployés qu'aux dépens d'autres problèmes de santé importants. Si nous voulons nous lancer dans de nouvelles croisades, nous devons donc faire appel à des contributions extrabudgétaires qui ne nous lient pas indûment. Il ne s'agit pas, toutefois, de laisser les donateurs devenir notre force motrice; c'est aux besoins des Etats Membres, à vos besoins, que nous devons répondre. Et l'augmentation des fonds extrabudgétaires ne doit pas non plus avoir de répercussions financières néfastes sur le budget ordinaire.

Seule la situation sanitaire et les besoins immédiats d'un pays ne peuvent dicter les priorités de la coopération technique de l'OMS, qui doivent aussi refléter les objectifs d'avenir et les stratégies en faveur d'un développement sanitaire et social durable. La santé pour tous commence fort heureusement à être perçue comme signifiant que tout le cycle de vie d'un individu doit être pris en compte - en passant par la maternité sans risque, la survie et le développement de l'enfant, la santé des adolescents, la santé pendant toute la durée de la vie productive et, enfin, une vieillesse exempte de toute incapacité. La question se pose de savoir comment générer et répartir les ressources requises pour résoudre, par la promotion de la santé, le traitement et la réadaptation, les problèmes de santé qui se font jour à chaque phase de ce cycle de vie. Aussi des efforts particuliers doivent-ils être faits pour cerner les principaux problèmes de santé et trouver les moyens d'y remédier. Le processus décisionnel concernant la santé pour tous doit reposer sur un principe de base tendant vers l'harmonie, c'est-à-dire l'équité entre tous les peuples de la communauté et leur participation, et la

créativité dans l'utilisation de la technologie et des ressources à ces fins. Nous devons surveiller et évaluer en permanence le rapport coût-efficacité des produits et, en définitive, l'efficacité des résultats, en termes d'effets sur le développement sanitaire et le développement socio-économique dans son ensemble.

A l'exemple du poète John Donne, nous pouvons dire que nul homme en soi n'est une île, que chacun est singulier et partie du grand tout. Ce n'est que par la solidarité internationale, des groupements régionaux à une action mondiale, que des progrès seront réalisés. Les Nations Unies offrent un cadre propice à cette action. Mais il arrive trop souvent que des événements politiques majeurs échappent à l'Organisation des Nations Unies et à son Conseil de Sécurité, que des décisions économiques soient prises en dehors de son champ d'action et que des institutions spécialisées, telles que l'OMS, se retrouvent seules pour prendre les mesures sociales qui s'imposent. Il nous faut donc relever le gant et, pour assurer notre avenir, investir dans la population. Le moment est venu de définir et de dresser un cadre de travail au sein de la famille des Nations Unies, en y incluant le PNUD, la Banque mondiale, le FMI et le GATT, pour un développement socio-économique durable centré sur le développement humain.

Honorables représentants, l'ordre du jour de cette session est très chargé. Je sais que votre Président dirigera vos travaux avec compétence, avec l'appui éclairé du Docteur Monekosso et de son Secrétariat. J'attends avec grand intérêt l'issue de vos débats.

ALLOCUTION DE MONSIEUR WAWA OSSAY LEBA,
REPRESENTANT DU SECRETAIRE GENERAL DE L'ORGANISATION DE L'UNITE AFRICAINE

Monsieur le Président,

Excellence Monsieur le Président de la République du Burundi,

Excellences Mesdames, Messieurs les Ministres de la Santé et Chefs de délégation,

Excellences Messieurs les Ambassadeurs et Chefs de Missions diplomatiques,

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

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

Honorables Délégués,

Distingués Invités,

Mesdames et Messieurs,

C'est un grand honneur et un privilège à la fois pour moi de prendre la parole devant le quarante et unième Comité régional de l'OMS pour l'Afrique au nom du Secrétaire général de l'Organisation de l'Unité africaine, Dr Salim Ahmed Salim, qui par suite d'engagements pris antérieurement n'a pas pu être des vôtres.

Permettez-moi tout d'abord de saluer la présence parmi nous de Son Excellence Major Pierre Buyoya, Président de la République du Burundi qui, participant personnellement à cette cérémonie solennelle d'ouverture de votre Conférence, et ce malgré ses nombreuses charges, la marque ainsi d'un sceau tout particulier.

A travers votre Auguste Personne, Excellence Monsieur le Président, je voudrais exprimer à votre Gouvernement et à votre Peuple la gratitude du Secrétaire général de l'OUA pour la contribution multiforme que vous apportez à l'OUA, dans la réalisation de ses objectifs et singulièrement pour les vertus de dialogue et de tolérance qui caractérisent votre politique nationale et celle de bon voisinage, contribuant ainsi à l'instauration de la paix sur le Continent.

Le Secrétaire général de l'OUA m'a chargé également de transmettre au Professeur Monekosso, Directeur du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, ses remerciements pour l'aimable invitation qu'il a bien voulu lui adresser ainsi que ses appréciations pour la manière fort exemplaire dont s'exerce la collaboration entre nos deux organisations.

Monsieur le Président,

Excellences Mesdames, Messieurs les Ministres et Chefs de délégations,

Honorables Délégués,

Depuis la réunion de votre dernier Comité régional qui s'est tenue à Brazzaville en septembre 1990, le monde en général et l'Afrique plus particulièrement ne cessent d'enregistrer des transformations marquantes.

En effet, la rivalité entre les super-puissances cède de plus en plus à un nouvel esprit de dialogue, d'entente et de soutien réciproque dans la conduite des affaires du monde.

Un vent souffle sans cesse dans le sens des réformes politiques et économiques qui modifient le paysage géopolitique de la planète.

S'agissant de l'Afrique, les grands développements qui s'y opèrent notamment en Afrique du Sud, laissent augurer une ère nouvelle pour le Continent, à condition que les mesures qui sont prises se poursuivent et que leur mise en oeuvre soit effective.

Dans leur sagesse, les Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'OUA ont, lors de leur vingt-septième Sommet à Abuja, débattu de la situation en Afrique du Sud, et adopté une déclaration fort significative. Ils ont en outre examiné la situation du Continent marquée entre autres par des conflits internes et inter-étatiques, lesquels compromettent la stabilité, la sécurité et le développement.

Tel est le visage politique du Continent en quelque sorte. Au plan socio-économique, la situation n'est guère meilleure. L'Afrique demeure le Continent où certaines tendances se maintiennent si elles ne se détériorent pas davantage, telles le degré de pauvreté qui s'accroît au moment où le rythme de la croissance économique est tout juste supérieur à celui de la croissance démographique et où la dette extérieure est à présent plus élevée que la production économique totale.

La gravité de la situation ne doit pas être sous-estimée. Les années 90 s'annoncent très dures compte tenu des défis qui s'érigent devant le Continent et parmi lesquels, il y a celui de la situation sanitaire très préoccupante.

Ce thème a fait l'objet de réflexion au cours de la IVème Conférence des Ministres de la Santé qui s'est tenue en avril 1991 à Mbabane, au Swaziland.

Du débat fructueux de la Conférence a résulté la Déclaration AHG/Decl.3 (XXVII) que le vingt-septième Sommet des Chefs d'Etat et de Gouvernement a adopté à Abuja en juin 1991 sur la crise sanitaire en Afrique.

Cette Déclaration, à l'instar de celle de 1987, reconnaît la santé comme base de développement et invite les Etats Membres à appliquer des politiques et de programmes de planification qui prennent en compte les préoccupations du domaine sanitaire.

A titre d'exemple, les politiques fiscales devraient déterminer leur influence sur les choix en matière de santé (consommation des substances nocives); la promotion du développement industriel devrait prendre en compte l'octroi de subventions et des crédits aux industries fabriquant des produits qui sont bons pour la santé; l'intensification des activités scientifiques et culturelles et éducatives dans le domaine de la santé devrait figurer parmi les priorités nationales.

L'objectif de la santé pour tous consigné dans la Déclaration d'Alma-Ata en 1978 devrait se traduire par la réalisation d'un niveau de santé qui permette à tous les peuples du monde de mener une vie socialement et économiquement productive.

Dès qu'un tel état de santé est garanti, c'est alors que les conditions de développement en tant que processus par lequel les pays et les peuples comptent sur eux-mêmes et décident d'eux-mêmes des buts à atteindre, traduiront véritablement l'objectif de participation communautaire dans la gestion des questions de santé.

Mais pour atteindre cet objectif, il importe qu'une coopération intersectorielle s'instaure au niveau des institutions publiques qui déterminent la législation et les grandes orientations à définir en ce qui concerne la promotion de la santé. Ainsi les Ministères de l'Agriculture, des Travaux publics, de l'Education nationale, des Affaires sociales devraient reconnaître l'impact de leurs activités sur la santé et la population et qu'ils devraient prendre conscience du fait que les fonctions particulières qu'ils assurent à la population bénéficieront d'une amélioration de la santé.

C'est alors que le développement sanitaire justifiera son lien étroit avec le développement économique.

La santé contribuera au développement social et économique de la même façon que le développement lui-même favorisera la santé.

Monsieur le Président,
Excellences Mesdames, Messieurs les Ministres et Chefs de délégations,
Honorables Délégués,

L'Organisation de l'Unité africaine accorde une attention particulière aux activités de l'Organisation mondiale de la Santé compte tenu de la dimension que ses objectifs et son champ opérationnel confèrent à l'homme en tant que élément moteur de la société appelé à façonner notre Continent en crise, classé parmi les plus pauvres de la planète et constitué de la majorité des pays les moins avancés.

Cependant les raisons d'espérer ne manquent pas car il est réconfortant de constater que l'Afrique conçoit et applique généralement des stratégies et un cadre de politique générale universellement acceptés pour relever les défis qui se posent à elle.

Dans le domaine de la santé, nous devons reconnaître le mérite des projets et programmes conduits en coopération avec l'Organisation mondiale de la Santé à savoir : le lancement du Fonds spécial de la Santé pour l'Afrique, un fonds de peuple à peuple, plaçant l'homme au centre de son action, liant ainsi les différents Etats Membres du Continent et les autres Régions du monde qui veulent bien venir au secours de l'Afrique.

C'est le lieu pour lancer un appel aux Etats Membres au nom du Président du Conseil d'Administration du Fonds afin que les commentaires sur le projet de Statut qui leur a été transmis tant à Mbabane que par l'entremise des représentations diplomatiques à Addis Abeba, nous soient communiqués dans les meilleurs délais possibles avant la prochaine session du Conseil d'Administration.

D'autres initiatives, telles que les déclarations adoptées lors des vingt-troisième et vingt-septième Conférences au Sommet des Chefs d'Etat et de Gouvernement sur la situation sanitaire en Afrique, auxquelles il convient d'ajouter les programmes relatifs à la lutte et la prévention contre le SIDA, la vaccination universelle, la pharmacopée africaine sont à verser au crédit de la coopération agissante entre l'OMS et l'OUA.

A travers cette sommaire énumération, il ressort que la coopération entre l'OMS et l'OUA qui se fonde sur les instruments juridiques qui les ont créées à savoir la Constitution de l'OMS (article 70) et la Charte de l'OUA (article II) y compris la résolution A/Res./45/13 du 29 novembre 1990 de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la coopération entre les Nations Unies et l'OUA, se doit d'être renforcée par leurs organes appropriés sur les questions relatives à la santé et aux domaines apparentés qui sont de leur ressort et présentant un intérêt commun.

C'est dans ce contexte, que le Docteur Salim Ahmed Salim, Secrétaire général de l'OUA a apprécié à sa juste valeur, la décision du Directeur général de l'OMS, Docteur Nakajima d'étendre les responsabilités du Bureau de Liaison de l'OMS auprès de l'OUA jusqu'à la région Nord et Est africaine placée sous la supervision de l'OMS/EMRO. Car en effet, cela permettra à l'OUA de suivre plus adéquatement les activités qui s'opèrent dans le domaine de la santé sur le territoire de certains de ses Etats Membres qui ne font pas partie de votre Comité.

L'Organisation de l'Unité africaine entend du reste se concerter avec l'Organisation mondiale de la Santé sur les voies et moyens susceptibles de renforcer leur coopération et réactiver le mécanisme de consultation périodique sur les questions d'intérêt commun dans l'optique de la nouvelle structure du Bureau de Liaison d'Addis Abeba.

Les souhaits de parvenir à un partenariat fructueux qu'exprime l'OUA, doivent laisser entendre également le fait que, quelles que soient les bonnes dispositions qui l'animent, notre Organisation continentale se trouve confrontée à un manque de ressources humaines et financières. Nous sommes conscients du fait que l'OMS n'est pas une organisation de financement. Mais ensemble, l'OUA et l'OMS peuvent trouver un consensus sur les priorités des Etats Membres afin d'y allouer les ressources disponibles.

Pour l'OUA plus particulièrement, sa quote-part dans la coopération se traduit par le support politique à travers des résolutions, recommandations et déclarations qui sont adoptées au niveau continental à travers la Conférence biennale des Ministres de la Santé, les sessions du Conseil des Ministres de l'OUA et la Conférence des Chefs d'Etat et de Gouvernement. De cette manière, l'OUA contribue à l'action d'orientation politique, de coordination et de la diffusion de l'information sanitaire.

Monsieur le Président,

Excellences Mesdames, Messieurs les Ministres de la Santé
et Chefs de délégation,

Honorables Délégués,

Atteindre l'objectif : "la santé pour tous d'ici l'an 2000 et au-delà" par l'entremise de la Déclaration Santé, pierre angulaire du Développement en Afrique, ne sera pas une tâche aisée pour les Ministres de la Santé. C'est pourquoi, l'OUA, dans le cadre de sa coopération avec la CEA, sollicitera que les Ministres chargés de la Planification du Développement se penchent sur la question au cours de leur prochaine session d'avril 1992. Nous souhaitons que les experts du domaine concerné donnent leurs points de vues aux professionnels de la santé, car ils portent également une responsabilité dans la mise en oeuvre de cette Déclaration des Chefs d'Etat et de Gouvernement. Un rapport sera fait ensuite à la Cinquième Conférence des Ministres Africains de la Santé en 1993.

Monsieur le Président,

Excellences Mesdames et Messieurs les Ministres et Chefs de délégation,

Honorables Délégués,

La protection de l'environnement est désormais une question d'ampleur dont la solution requiert des mesures à l'échelle mondiale.

C'est une question qui est liée à celle de la santé car la santé humaine est tributaire d'une grande variété de facteurs environnementaux de la plus haute importance. L'on dit que la prévention des risques pour la santé par le biais de la protection de l'environnement est vitale, la réduction de la pollution et la restauration d'un environnement salubre assurent un bon état de santé, et mieux, le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être exigent un développement selon un système durable.

C'est ainsi nous saluons la tenue en juin 1992 de la Conférence des Nations Unies sur l'Environnement et le Développement prévue à Rio, au Brésil, laquelle mobilise en ce moment la communauté internationale et l'Afrique.

C'est dire que le secteur santé devrait assumer la responsabilité de la surveillance épidémiologique en rassemblant, en compilant et en analysant des données et en évaluant les risques pour la santé encourus du fait des facteurs environnementaux, ainsi que la tâche d'informer les autres secteurs de la société et le grand public des tendances et des besoins prioritaires.

Les questions relatives aux perturbations mondiales de l'environnement, telles que la destruction de la couche d'ozone et les changements climatiques, la planification de l'urbanisation, l'approvisionnement en eau potable, les pratiques agricoles notamment l'emploi des engrais et des pesticides et la question des déchets dangereux sont là autant de questions qui doivent intéresser votre Conférence dans le cadre de la préparation de l'Afrique aux assises de Rio.

L'Organisation de l'Unité africaine qui a été mandatée pour encadrer les Etats africains au cours des conférences préparatoires à la Conférence de Rio 1992, s'efforce de convaincre la communauté internationale qu'il est fallacieux d'imputer aux pays en développement la responsabilité principale des menaces qui pèsent sur l'environnement terrestre alors que les pressions écologiques exercées sur le patrimoine mondial commun sont en grande partie dues aux pays développés du Nord.

En effet, le Nord qui ne compte que 20 % de la population du globe, consomme 85 % des ressources mondiales en énergie non renouvelable, en brûlant des combustibles fossiles (charbon, pétrole). Le Nord produit de loin les plus importantes émissions de gaz nocifs pour l'atmosphère en particulier de gaz carbonique responsable de l'effet de serre et de dioxyde de soufre qui est à l'origine des pluies acides.

Il en est de même des menaces sur la vie marine due à l'industrialisation du Nord qui déverse des tonnes de déchets toxiques dans les océans.

Nous souscrivons en faveur de la création d'un Fonds de Protection de la Planète sous les auspices des Nations Unies, "idée avancée par l'Inde" au cours du Sommet des Non-Alignés tenu à Belgrade en septembre 1989.

Monsieur le Président,

Excellences Mesdames et Messieurs les Ministres et Chefs de délégation,

Honorables Délégués,

Mesdames et Messieurs,

A Abuja en juin dernier, les Chefs d'Etat et de Gouvernement ont signé le traité instituant la Communauté économique africaine. En tant que oeuvre de portée socio-économique, l'édification de cette communauté suppose la conjonction d'un certain nombre de facteurs économiques tout d'abord à l'intérieur de l'espace africain et bien sûr avec le reste du monde par le biais de la coopération internationale. Dans ce contexte, l'OUA lance une fois de plus l'appel à l'OMS afin qu'elle poursuive et intensifie l'assistance aux Etats Membres pour leur permettre de prendre les dispositions requises dans le secteur de la santé.

Monsieur le Président,

Excellences Mesdames et Messieurs les Ministres et Chefs de délégation,

Honorables Délégués,

Qu'il me soit permis de vous assurer que l'OUA est résolue à utiliser au mieux ses potentiels pour lever tous les obstacles qui s'opposent au développement socio-économique de l'Afrique. La promotion de la santé en Afrique est actuellement conçue comme un pilier de notre développement socio-économique et par conséquent doit être partie intégrante de nos priorités. Pour réaliser des progrès dans ce domaine, nous comptons sur l'assistance et le partenariat de l'OMS et de la communauté internationale en général, qui, en collaboration avec l'OUA et en particulier avec le bureau de la santé de l'OUA, soutiendront nos activités et joueront pour nous le rôle de partenaires importants.

Pour terminer, nous voudrions remercier les autorités burundaises, pour l'accueil typiquement africain qui nous a été réservé et les facilités qui sont mises à notre disposition dans le cadre de la conférence.

Je vous remercie pour votre aimable attention.

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

Excellence, Monsieur le Président de la République du Burundi,

Monsieur le Président du Comité régional,

Excellences, Mesdames et Messieurs les Ministres de la Santé
et Chefs de délégation,

Monsieur le Directeur général de l'OMS, Dr Hiroshi Nakajima,

Excellences, Messieurs les Ambassadeurs et Chefs de Mission diplomatique,

Excellence, Monsieur le Représentant du Secrétaire général de l'OUA,

Excellences,

Mesdames et Messieurs,

Permettez-moi tout d'abord de remercier Son Excellence, le Major Pierre Buyoya, Président du Comité militaire pour le Salut national et Président de la République du Burundi, le Gouvernement et le Peuple du Burundi pour avoir bien voulu inviter le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique à tenir sa quarante et unième session dans sa belle capitale, Bujumbura, ville verdoyante au climat doux et agréable, située au bord du Lac Tanganyika, l'un des plus prestigieux lacs du monde où se rencontrèrent en 1871 les plus célèbres explorateurs du continent : Stanley et Livingstone.

Monsieur le Président, votre présence à cette réunion démontre la volonté politique de votre Gouvernement et du Peuple burundais de réaliser la santé pour tous.

Nous tenons à vous exprimer notre gratitude pour votre adhésion totale à la coopération avec l'OMS et pour le soutien inlassable que votre Gouvernement apporte à notre Bureau de la Représentation ainsi qu'à l'Equipe interpays de Développement sanitaire No 2 basés à Bujumbura.

Dr Hiroshi Nakajima, Directeur général de l'OMS, je vous souhaite la bienvenue. Votre assiduité à nos assises constitue pour nous une source d'encouragement dans notre combat pour le développement sanitaire et nous vous en sommes reconnaissants.

Nous saluons les membres du Corps diplomatique, les Représentants des Organisations intergouvernementales et non gouvernementales, les collègues de toutes les institutions soeurs des Nations Unies. Votre présence est un gage de notre commune volonté d'accroître notre coopération et notre collaboration pour le développement socio-économique des populations de la Région africaine.

Mesdames et Messieurs les Ministres,

Mesdames et Messieurs les Chefs de délégation,

Nous saisissons cette occasion pour vous remercier du soutien continu et des encouragements que vous ne cessez d'adresser à votre Organisation dans la Région africaine. Malgré certains obstacles inévitables, vous avez toujours fait preuve d'un engagement total à la cause de la santé pour l'Afrique.

Excellences,

Mesdames et Messieurs,

Nous avons, tous ensemble, accordé la "PRIORITE A L'ACTION" en adoptant le "SCENARIO AFRICAÏN DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE", inspiré de l'expérience de certains Etats Membres de la Région ainsi que des expériences que nous avons observées en Amérique Latine et en Asie et qui font de la communauté la finalité et le partenaire privilégié des gouvernements dans le processus du développement sanitaire dans le sens le plus large de ce concept.

Nous avons donc précisé les rôles respectifs des différents partenaires "CONDAMNES A REUSSIR" le développement sanitaire de l'Afrique à travers une autopsie en charge individuelle, une autoresponsabilité familiale et une auto-organisation communautaire à tous les niveaux du système de santé :

- nous avons réalisé que la santé pour tous était "A PORTEE DE MAIN" si nous mettons effectivement en oeuvre la décentralisation qui sous-entend à la fois la délégation de l'autorité, du pouvoir de décision et des ressources;
- nous avons constaté que "LE TRAIN DE LA SANTE ETAIT EN MARCHÉ DANS LA REGION", comme le démontraient les analyses des activités menées respectivement aux niveaux local (districts) et intermédiaire (régions ou provinces);
- nous avons explicité "L'INITIATIVE DE BAMAKO" et justifié la création d'un Fonds spécial de la Santé pour l'Afrique;
- enfin, nous avons souligné les liens indissociables entre santé et développement.

"La santé pour tous et tous pour la santé" avec pour but final une population en bonne santé dans un environnement sain, voilà la démarche de la mise en oeuvre du Scénario faisant ressortir certaines échéances pour l'éradication des maladies dans la Région : dracunculose et tétanos néonatal en 1995, poliomyélite en l'an 2000.

Nous avons enfin mis l'accent sur la mobilisation communautaire et défini un nouveau type de partenariat entre les peuples et leurs gouvernements dans une quête commune d'un développement sanitaire soutenu.

Excellences,

Mesdames et Messieurs,

En écoutant les discours des plus hautes autorités du continent africain, nous ne sommes pas surpris lorsqu'il est fait référence au Scénario de Développement sanitaire. En effet, depuis la Déclaration des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'OUA en juillet 1987 reconnaissant la santé comme "Fondement du Développement sanitaire", le Scénario africain de Développement sanitaire est devenu partie intégrante de la stratégie opérationnelle du Plan d'Action de Lagos adoptée en avril 1980 par la deuxième session extraordinaire de la Conférence des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'Organisation de l'Unité africaine (OUA). Ce Scénario met en exergue l'assise communautaire du développement ayant la santé comme pierre angulaire.

A travers le monde, les voix les plus autorisées des responsables de l'Organisation mondiale de la Santé, de l'UNICEF, etc., font état de l'importance du développement sanitaire à assise communautaire.

De Lusaka à Bujumbura, nos actions successives nous mènent aujourd'hui à réfléchir sur le thème "REALISER LA SANTE POUR TOUS".

REALISER LA SANTE POUR TOUS

Réaliser "la santé pour tous" grâce à l'approche des soins de santé primaires sous-entend la mobilisation de "tous pour la santé". Cela impliquera la recherche des solutions aux questions fondamentales, en adoptant un cadre organisationnel pour le développement sanitaire national et en surmontant les obstacles majeurs. C'est pourquoi j'aimerais maintenant évoquer les grandes lignes d'un document d'orientation qui résume pour les décideurs des politiques de santé, les multiples sujets variés et complexes ainsi que les problèmes et les interventions correspondantes.

RESOUDRE LES QUESTIONS FONDAMENTALES

Les politiques nationales de santé devraient être révisées en vue d'obtenir un consensus sur les problèmes de santé communautaire, les principales interventions des services de santé pour les résoudre et les moyens de partager le fardeau des coûts de ces services.

Les stratégies nationales de santé devront comprendre les éléments indispensables à l'initiation, l'institutionnalisation et la pérennité du processus de développement sanitaire pouvant transformer l'état sanitaire de la communauté pour passer de la médiocrité vers l'excellence.

Les services nationaux de santé seront analysés en vue de définir clairement les soins primaires, secondaires et tertiaires, ainsi que la manière dont ces services seront organisés à différents niveaux tout en s'assurant que les ressources des services de santé sont équitablement partagées.

ADOPTER UN CADRE ORGANISATIONNEL

L'ETABLISSEMENT D'UN CADRE DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE comprendra :

- a) la subdivision de l'objectif santé pour tous en différentes composantes qui recouvriront la santé de l'individu, de la famille et de la communauté sous forme de "checklist" pour déterminer les priorités et établir les buts;
- b) la création des districts sanitaires, lieux privilégiés pour la mise en oeuvre des soins de santé primaires en tant qu'unités opérationnelles pour la planification, l'organisation et le financement des activités de santé communautaire;
- c) l'organisation d'un réseau national de développement sanitaire qui pourra apporter un appui - opérationnel, technique et stratégique - pour ces activités aux niveaux local, intermédiaire et central.

LES SYSTEMES NATIONAUX DE SANTE seront restructurés compte tenu de ce cadre :

- a) les bureaux de santé du district (niveau local) vont "intégrer" les initiatives sanitaires des collectivités dans les activités des équipes de santé et l'appui gestionnaire des comités de santé et de développement;

- b) les bureaux provinciaux de santé vont "coordonner" les soins médicaux, la santé publique et les activités apparentées à la santé, organisés respectivement par les hôpitaux, les bureaux de santé publique et les autres secteurs et institutions;
- c) les Ministères de la Santé vont "collaborer" avec d'autres secteurs en vue d'apporter l'appui aux institutions médico-sanitaires, aux programmes de santé publique (promotion de la santé, lutte contre la maladie, soins médicaux) et aux systèmes d'assurance-maladie.

LA MISE EN PLACE DES CAPACITES NATIONALES se fera en utilisant le cadre pour :

- a) l'établissement de cycles de gestion pour le développement sanitaire à tous les niveaux de manière à lier les structures de gestion et les institutions de mise en oeuvre;
- b) assurer le pérennité des interventions extérieures en incorporant les experts nationaux dans les activités de santé aux niveaux communautaire, national et international;
- c) l'organisation des activités complémentaires de développement et de santé au niveau local, en vue de faire de la santé la fondation du développement social et économique.

SURMONTER LES PRINCIPAUX OBSTACLES

LES PRINCIPALES CONTRAINTES STRUCTURELLES, ECONOMIQUES ET SOCIALES devront être surmontées respectivement pour :

- a) la décentralisation et l'intégration des programmes de santé ainsi que les programmes apparentés au niveau local avec l'appui de systèmes simples d'information sanitaire;
- b) la promotion d'un dialogue national pour le partage équitable des budgets de la santé, le financement des activités de santé communautaire, l'organisation de l'assurance-maladie;
- c) la mobilisation sociale, la satisfaction des besoins fondamentaux liés à la santé ainsi que l'établissement d'un système effectif d'éducation sanitaire du public.

LES ACCORDS DE COOPERATION TECHNIQUE ET FINANCIERE permettront de surmonter les obstacles à travers :

- a) les organisations non gouvernementales apportant l'appui aux initiatives de santé communautaire en encourageant l'autosuffisance dans la planification, l'organisation et le financement des projets;
- b) les agences multilatérales et bilatérales ainsi que les banques de développement qui travailleront avec les institutions médico-sanitaires, les programmes de santé publique et les systèmes d'assurance-maladie et,
- c) les universités et les instituts de recherche et de gestion mettant en oeuvre des stratégies qui servent de catalyseur pour le développement sanitaire (information, éducation et communication, sciences et technologies de la santé, méthodologie d'amélioration de la gestion).

LA COOPERATION DE "PEUPLE A PEUPLE" permettra de surmonter les obstacles à travers les aides réciproques. Les communautés vont partager leurs expériences et leurs ressources, et, ce faisant, créer une chaîne de solidarité humaine pour la santé. Cela renforcera la coopération intergouvernementale en la complétant et contribuera à l'accélération de l'autosuffisance communautaire. Il y aura des liens :

- a) à l'intérieur des pays, entre les communautés (villages) du même district, de la même province et de différentes provinces;
- b) entre les pays de la même Région ou du même continent : échanges entre les comités de santé des districts, les équipes de santé et les conseillers de la santé;
- c) entre les pays des différents continents : échanges d'expérience dans le domaine de la santé, d'équipements et de financement.

Mais se pose maintenant la question : Que se passe-t-il en réalité ?

SOLUTION DES QUESTIONS FONDAMENTALES

Dans la plupart des pays de la Région se tiennent des réunions fréquentes de concertation entre les différents intervenants aux programmes de santé. A cela s'ajoutent les réunions régulières entre les responsables nationaux de santé et l'OMS pour la préparation des budgets programmes. Ces forums constituent des occasions privilégiées pour revoir les politiques, les stratégies et les services de santé des Etats Membres, ce qui entraîne parfois des réajustements "ad hoc" des orientations de politiques sanitaires compte tenu des problèmes spécifiques qui peuvent se poser. Malgré tout cela, il n'en demeure pas moins que les problèmes d'équité et de justice sociale dans le domaine de la santé méritent encore une attention particulière et soutenue.

ADOPTION D'UN CADRE ORGANISATIONNEL

Il existe déjà dans la Région environ 4000 districts sanitaires dont la répartition géographique correspond aux divisions administratives.

Le renforcement du "leadership" dans le domaine de la santé, le processus gestionnaire, la fourniture des équipements et des médicaments, la réhabilitation des infrastructures sanitaires, voici autant de domaines qui, dans le cadre organisationnel du système de santé, peuvent bénéficier des apports des divers donateurs afin de pallier les insuffisances éventuelles.

C'est également selon ce cadre organisationnel que la majorité des pays ont entrepris la restructuration de leur système de santé avec pour objectif de renforcer les relations entre les différents secteurs de santé, entre ceux-ci et les autres secteurs apparentés à la santé, ce qui débouche progressivement sur une meilleure collaboration au niveau central, une coordination technique au niveau intermédiaire et une intégration des initiatives communautaires au niveau local. Nous pouvons, à titre d'exemple, signaler la restructuration de certains ministères de la santé à la suite des réunions interministérielles regroupant les secrétaires généraux des ministères de la santé, de l'agriculture, du développement communautaire, des travaux publics, de l'enseignement et de l'information, entre autres.

Il en va de même pour la création des administrations sanitaires de province et de district compte tenu du cadre organisationnel.

Malgré les progrès notoires réalisés, beaucoup reste encore à faire, notamment en ce qui concerne l'autosuffisance nationale car nous continuons à subir l'exode des cerveaux vers les pays où les systèmes de santé sont mieux organisés - ce qui semble souvent plus incitatif pour les techniciens que l'appât du gain.

SURMONTER LES PRINCIPAUX OBSTACLES

Des textes législatifs et réglementaires ont été adoptés dans certains pays pour rendre opérationnelle la décentralisation.

A titre d'exemple, nous pouvons citer :

- l'autosuffisance de quelques pharmacies villageoises au niveau des districts;
- la généralisation de l'utilisation des 27 indicateurs par les communautés elles-mêmes pour mesurer leur état de santé, la couverture des services qui leur sont offerts et la satisfaction d'autres besoins apparentés à la santé.

De même, il convient de signaler la création de systèmes nationaux d'assurance-maladie parallèlement à la multiplication des initiatives de financement des services de santé suivant l'INITIATIVE DE BAMAKO adoptée par le Comité régional en septembre 1987 et par le Conseil exécutif de l'UNICEF en mars 1988.

La stratégie régionale de lutte contre le SIDA a mis en exergue l'éducation sanitaire du public ainsi que le volet information et communication à travers les différents médias : journaux, radios et télévision, etc.

Dans le domaine des accords de coopération technique et financière, nous tenons à souligner le très grand rôle joué par les organisations non gouvernementales dans certaines zones rurales où elles sont seules à appuyer le système de santé. Nous les remercions et les félicitons pour cet appui qu'elles apportent au développement sanitaire des pays de la Région. Cependant, nous leur lançons un appel afin qu'elles encouragent l'autosuffisance dans la planification, l'organisation et le financement des projets.

Nous lançons également un appel à tous les responsables des services de santé pour que les universités - étudiants et enseignants - puissent jouer un rôle actif dans la réalisation du but ultime de la santé.

Quant à la COOPERATION DE "PEUPLE A PEUPLE", elle reste un secteur très peu exploité même si nous pouvons citer des exemples limités de l'entraide entre les communautés en Afrique, en Amérique et aux Caraïbes. C'est surtout en Asie du Sud-Est que l'on rencontre une véritable "coopération technique" entre les villages.

Nous avons eu le privilège de mettre en place le Fonds spécial de la Santé pour l'Afrique qui a été lancé officiellement par l'OUA en juillet 1990, afin d'encourager les communautés à gérer leur propre fonds pour les initiatives de santé communautaire en complément des services des gouvernements. C'est dans ce contexte que l'échange d'expériences, le jumelage des districts entre pays et entre continents pourront entraîner une émulation. C'est dans le même esprit que s'instaure peu à peu dans la Région la compétition des districts d'un même pays.

Les initiateurs du Fonds spécial de la Santé pour l'Afrique espèrent qu'à travers ce Fonds, les Africains créeront un patrimoine pour la santé qui restera intact pour les générations futures puisque seuls les intérêts du Fonds seront utilisés.

En conclusion, Excellences, Mesdames et Messieurs, les problèmes que nous venons d'évoquer ont comme dénominateur commun leur impact sur la santé, le bien-être et la survie des hommes et des peuples. Le Scénario africain de Développement sanitaire nous montre que l'individu, la famille et la communauté sont des partenaires effectifs des gouvernements et des autres agences de coopération pour "REALISER LA SANTE POUR TOUS".

Nous espérons que le cadre qui vient d'être présenté ici va stimuler la discussion, la prise de décisions et l'action. Chaque pays, province ou district pourra établir son propre cadre au service de la population concernée, des gouvernements et des partenaires. Nous devons tirer pleinement profit de cette approche face aux grands défis mondiaux de l'heure, à savoir : arrêter la pandémie du SIDA, faire face aux désastres écologiques et contenir la montée en spirale des coûts des services de santé.

Je vous remercie.

ALLOCUTION DE SON EXCELLENCE LE MAJOR PIERRE BUYOYA,
PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE DU BURUNDI

Mesdames, Messieurs les Membres du Comité Central du Parti UPRONA,

Monsieur le Premier Ministre,

Monsieur le Secrétaire général du Parti UPRONA,

Monsieur le Président de la quarante et unième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique,

Mesdames, Messieurs les Ministres,

Monsieur le Directeur général de l'OMS,

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

Mesdames, Messieurs les Chefs de Missions diplomatiques et consulaires,

Distingués Délégués,

Honorables Invités,

Mesdames, Messieurs,

C'est pour nous un honneur et un agréable devoir d'accueillir en terre burundaise cette auguste assemblée réunie sous l'égide du Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé dont vous me permettez de forger la devise de la circonstance : "l'Unité pour le Progrès socio-sanitaire des peuples d'Afrique, par la solidarité régionale et internationale, mais aussi et surtout avec leur pleine adhésion et leur active participation".

Permettez-moi donc de souhaiter à vous tous et à chacun la chaleureuse bienvenue et de vous exprimer notre joie de compter parmi nous autant de représentants des Etats Membres de notre Région et des hautes personnalités du monde de la santé publique.

Il nous plaît à cette occasion de féliciter le Docteur Hiroshi Nakajima, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, pour toute la perspicacité et toute l'intelligence avec lesquelles il dirige notre Organisation. Nous le remercions solennellement d'avoir accepté d'effectuer une visite officielle dans notre pays et d'honorer de sa présence cette cérémonie.

Nous félicitons également le Docteur Gottlieb Monekosso, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, pour les efforts qu'il ne cesse de consentir en direction de la santé pour tous en Afrique.

Nous réitérons enfin notre gratitude au Comité régional qui a choisi le Burundi pour accueillir la quarante et unième session ordinaire.

Nous avons tenu à être personnellement parmi vous à cette occasion solennelle pour marquer l'intérêt que nous attachons à la promotion de la santé et à la qualité de la vie de nos populations. Notre présence est aussi une reconnaissance de la confiance que nous ont témoignée les Etats Membres de notre Organisation en acceptant notre invitation à tenir les présentes assises à Bujumbura.

Mesdames,

Messieurs,

Notre continent fait face aux conséquences néfastes de la grave crise économique mondiale persistante depuis les années 1970. Des efforts remarquables sont déployés au niveau des pays des Sous-Régions et de la Région africaine entière. Cependant, ils ne peuvent pas aboutir dans le contexte socio-économique dépendant et instable qui caractérise notre continent.

Les cours des matières premières que nous exportons s'effondrent les uns après les autres, aggravant la détérioration des termes de l'échange. La dévaluation fréquente de nos monnaies alourdit l'endettement extérieur qui étrangle déjà nos économies. L'enclavement géographique de certaines régions, dont la nôtre, taxe notre commerce extérieur par des coûts de transport difficiles à supporter. La croissance démographique galopante sape nos efforts de croissance économique. Notre environnement et notre patrimoine foncier se dégradent. La faiblesse de l'épargne intérieure, la faible rentabilité des investissements et le rendement quelque peu décevant des institutions devant piloter la promotion du développement, autant d'handicaps parmi d'autres que nos pays doivent surmonter alors que les financements extérieurs sous forme de dons se réduisent et que l'aide des pays riches se détourne de l'Afrique au profit d'autres bénéficiaires. C'est dans cet environnement défavorable que nous devons pourtant relever et porter à un niveau satisfaisant la situation sanitaire de notre continent.

Nous ne relèveront pas ces défis majeurs sans le courage de prendre des options nouvelles et adaptées de gestion politique et économique de nos sociétés.

Les choix décisifs que nous prendrons devront relever de tous ceux qui sont concernés par ces mêmes choix et qui doivent y participer avec responsabilité.

Dans les circonstances actuelles, le redressement économique passe par une logique et une rigueur en termes de compression des dépenses publiques en général et des investissements sociaux en particulier. Les programmes d'ajustement structurel initiés à partir des années 1980 pour essayer de redresser les déséquilibres économique-financiers et restructurer nos économies en stimulant les secteurs productifs et l'investissement privé n'offrent malheureusement pas encore les résultats attendus pour la plupart de nos États. En outre, la dimension sociale de ces programmes n'est pas suffisamment soutenue financièrement par nos partenaires de développement.

En dépit de ces contraintes matérielles, nous avons le sentiment que nos peuples respectifs ont intérêt à cimenter et à sauvegarder ce qu'ils ont encore de plus cher et qui les a mieux définis comme nations. Nous pensons en particulier à notre unité, à notre culture, à nos valeurs positives de progrès, à notre solidarité, à notre généreuse vision de l'entité familiale, à notre sens de la communauté, à notre attachement au respect de la vie et de la personne humaine et à la cohésion du tissu social dans le temps et dans l'espace.

Comme les autres politiques, nos politiques de santé procèdent ainsi d'une vision globale de nos sociétés. Nous avons intérêt à investir dans les générations montantes et futures en empruntant les voies les mieux éclairées pour développer nos systèmes sanitaires et en réévaluant les stratégies mises en oeuvre pour atteindre l'objectif ambitieux mais réalisable d'assurer une "santé pour tous et par tous d'ici l'an 2000".

Ces stratégies doivent répondre à notre contexte de stagnation où de nouveaux fléaux émergent alors que la croissance démographique est insoutenable.

Les maladies tropicales endémiques demeurent persistantes et graves malgré les moyens de lutte initiés à gros frais.

Le paludisme continue à occuper le premier rang parmi les causes de mortalité et de morbidité de la plupart des pays d'Afrique. Il sort de son écosystème traditionnel pour frapper nos populations des hauts plateaux. Comme en témoignent les récentes épidémies de Madagascar, du Swaziland, du Rwanda et du Burundi pour ne citer que celles-là.

La tuberculose est en recrudescence ces dernières années, tandis que la progression de l'épidémie du SIDA reste alarmante en Afrique et que son poids pèse de plus en plus lourdement sur nos systèmes de santé.

Bien que les défis soient, à l'évidence, nombreux et importants, il est heureux et encourageant de constater que ces importants problèmes de santé publique ont fait l'objet d'analyses et de résolutions appropriées lors de la quarantième session ordinaire du Comité régional, tenue à Brazzaville du 5 au 12 septembre l'an dernier. Mieux encore, certaines de ces résolutions ont déjà été traduites en actions concrètes dans les pays membres avec le soutien du Siège et du Bureau régional de l'OMS.

La quarante et unième session a inscrit à son agenda d'autres problèmes de santé publique aussi importants, notamment les infections respiratoires aiguës qui sont chaque année à l'origine du décès de près de 13 millions d'enfants de moins de cinq ans.

A l'heure actuelle, une dizaine de pays africains ont déjà mis en place des programmes opérationnels. J'ai bon espoir qu'après les déclarations d'intention, les gouvernements entreprendront des actions concrètes de lutte.

La maladie causée par le ver de Guinée, qui frappe près du double de la population que compte le Burundi, est déclarée dans 18 pays de notre Région. La population à risque est estimée à 120 millions. Il n'existe, à l'heure actuelle, aucun traitement satisfaisant de la maladie. Cependant, elle est susceptible d'être éradiquée par des mesures préventives que l'on sait onéreuses, mais qui permettraient de réduire ses effets néfastes sur la santé, l'agriculture et l'éducation.

Nous saluons et encourageons en même temps les efforts déjà entrepris par nos Etats et nos partenaires privilégiés pour que ce fléau puisse être complètement éradiqué d'ici l'an 2000.

La quarante et unième session nous invite également à évaluer de façon globale les progrès réalisés non seulement dans le cadre du biennium écoulé, mais aussi tout au long de la décennie 1980-1990 en ce qui concerne les principaux programmes régionaux et mondiaux d'envergure, notamment le programme élargi de vaccination, l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement.

Il me plaît de constater que le programme élargi de vaccination contre les six maladies cibles a largement contribué à la réduction de morbidité et de mortalité. Beaucoup d'efforts restent toutefois à faire pour relever les défis de cette dernière décennie du siècle, en l'occurrence l'éradication de la poliomyélite et l'élimination du tétanos néonatal. Nous saisissons l'occasion pour interpeller les différents partenaires à redoubler d'énergie

pour soutenir la déclaration du récent Sommet mondial de l'Enfance qui a placé la vaccination parmi les grands programmes à renforcer en priorité au cours des années 1990.

La période 1981-1991 a été proclamée "Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement" par la Conférence des Nations Unies sur l'Eau en mars 1977. Bien que la couverture en zones urbaines soit satisfaisante, beaucoup reste à faire en milieu rural et dans les zones péri-urbaines. Etant donné le rôle primordial de l'approvisionnement en eau saine dans la lutte contre les maladies liées à l'eau, il importe que les Etats Membres et leurs partenaires pour le développement accroissent leurs efforts pour intensifier les activités entreprises au cours de la décennie écoulée.

Excellences,

Mesdames,

Messieurs,

La détérioration quelque peu alarmante de l'état de santé de millions d'hommes, de femmes et d'enfants dans nos pays respectifs ne devrait pas pour autant démobiliser notre Organisation et nos gouvernements respectifs. Fort heureusement, tel n'a pas été le cas. L'OMS et les pays membres n'ont cessé d'étudier et de mettre en place des stratégies novatrices afin de faire face aux situations générées par la crise économique mondiale. C'est ainsi que le processus de gestion qui constitue le nerf sensible de tout projet de développement, a fait l'objet d'une attention particulière. Aujourd'hui, tous nos pays ont mis en application le "Scénario de Développement sanitaire en trois phases".

Cependant, dans la plupart des cas, les structures et les capacités managériales des systèmes de santé n'ont pas encore atteint des niveaux acceptables de performance. De même, suite à la situation économique défavorable décrite plus haut, les Ministres de la Santé des Etats africains ont lancé en 1987, dans le cadre du Comité régional de l'OMS, ce qu'il a été convenu de baptiser "INITIATIVE DE BAMAKO". Celle-ci est centrée sur les communautés de base et s'articule sur trois conditions primordiales, à savoir :

- améliorer l'efficacité des services;
- limiter le coût des services;
- assurer la continuité de leur financement.

Quatre ans après la résolution du Comité régional, force est de constater qu'il reste beaucoup à faire si l'on veut atteindre l'objectif universel de la santé pour tous en l'an 2000.

Afin de répondre aux besoins prioritaires de santé des populations, il est fondamental de revitaliser les systèmes de santé au niveau communautaire, c'est-à-dire à la Commune ou au District. Plusieurs conditions sont nécessaires pour réussir une telle entreprise, entre autres :

- la participation de la communauté à la conception, la réalisation, le suivi et l'évaluation des activités;
- un approvisionnement régulier en médicaments essentiels et en matériels suffisants;
- des ressources financières régulières, étant entendu que la communauté assure une participation conséquente à cet égard.

Revitaliser le système sanitaire au niveau local procède de la volonté d'impliquer davantage les populations dans les efforts de satisfaction de leurs propres besoins et les rendre ainsi plus responsables de leur destin.

Cette démarche est conforme aux orientations générales du Burundi, dont l'expérience montre à suffisance que l'Initiative de Bamako peut être opérationnelle. Outre que notre système de santé s'articule au niveau local sur la structure communale, noyau du développement communautaire, nous oeuvrons pour que notre action en matière de santé publique s'inscrive dans une stratégie globale et intégrée de développement socio-économique.

Cette action sanitaire met un accent sur la vulgarisation des soins de santé, notamment selon un principe d'équité et d'accessibilité géographique et financière. C'est ainsi qu'actuellement, plus de 80 % des ménages sont desservis par un centre de santé à moins de 6 kilomètres et que nous avons instauré une carte d'assurance-maladie susceptible de couvrir toute la population des secteurs non structurés et accessible au coût de US \$2,5 par an et par famille.

Mais il ne suffit pas d'accroître le réseau des infrastructures et d'assurer les soins de santé à la population comme cela se fait actuellement. Il faut d'abord et avant tout réfléchir sur les voies et moyens de limiter les charges récurrentes, notamment en maximisant le recouvrement de certains coûts par le biais d'une plus grande participation communautaire.

Bien entendu, les gouvernements ne devraient pas se désengager du jour au lendemain dans le financement d'un tel secteur, mais ils devraient être en mesure de réduire les charges jusqu'ici presque entièrement supportées par le trésor public.

Excellences,

Mesdames,

Messieurs,

Faut-il rappeler l'importante Déclaration d'Alma-Ata en septembre 1978 sur les soins de santé primaires comme base de l'instauration de la santé pour tous ? Cette approche a conduit à des plans d'actions concrètes et réalistes dont les résultats sont aujourd'hui mesurables.

Déjà, l'évaluation à mi-parcours effectuée à Riga en 1988 avait fait ressortir un bilan largement positif et tout semble indiquer que des résultats encore meilleurs seront notés à l'analyse du rapport inscrit à l'ordre du jour de vos travaux.

C'est dire donc que la santé pour tous d'ici l'an 2000 est un objectif à notre portée.

Vous pourrez constater, cependant, qu'il subsiste encore des difficultés majeures qui s'expriment parfois en termes de défis. Nous savons d'expérience qu'il ne tient qu'à nous et à notre volonté de conjuguer nos efforts pour surmonter ces difficultés, comme nous avons pu en surmonter d'autres.

Cela étant, nous en appelons à la communauté internationale pour que toutes les nations, en particulier les plus nanties d'entre elles, redoublent de solidarité au profit d'une cause commune aussi vitale.

C'est sur cet appel et en souhaitant un agréable séjour à tous et à chacun et pleins succès aux présentes assises que nous déclarons ouverte la quarante et unième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique.

Vive l'Organisation mondiale de la Santé !

Vive la solidarité entre les peuples !

Vive la santé pour tous et par tous !

Je vous remercie.

RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME

INTRODUCTION

1. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni à Bujumbura les 2 et 3 septembre 1991 sous la Présidence du Dr C. Shamlaye (Seychelles). En l'absence de la Sierra Leone, élue au poste de Rapporteur lors de la quarantième session, le Dr F. Diouf (Sénégal) a été nommé Rapporteur suppléant.

2. Etant donné qu'à l'ouverture de la réunion, l'élection du Vice-Président avait été reportée à plus tard, le Dr R. Essomba Owona (Cameroun) a été élu Vice-Président du Sous-Comité du Programme.

3. Après avoir souhaité la bienvenue aux participants, le Dr G. L. Monekosso, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, a fait un bref compte rendu des problèmes de santé que doit affronter la Région africaine. Il a relevé que le programme de travail du Sous-Comité de Programme était beaucoup plus chargé que d'habitude, et il a exprimé l'espoir que la détermination et les efforts soutenus du Sous-Comité permettent à celui-ci de mener à bien sa tâche. Il a ajouté que le travail du Comité régional allait être considérablement allégé grâce au rapport que présenterait le Sous-Comité après étude et examen de nombreux documents. Pour terminer, le Dr Monekosso a souhaité aux participants plein succès dans leur travail, et un agréable séjour à Bujumbura.

4. Le Président a remercié le Directeur régional et le Sous-Comité de l'honneur fait à lui-même et à son pays pour son élection à la présidence de la réunion, et de l'accueil chaleureux réservé à lui-même et aux délégués à leur arrivée.

5. On trouvera en Appendice 1 la liste des participants et en Appendice 2 le programme de travail adopté à l'unanimité.

EPIDEMIE DE CHOLERA DANS LA REGION AFRICAINE (document AFR/RC41/INF.DOC/11)

6. Le document AFR/RC41/INF.DOC/11 a été introduit par le Secrétariat.

7. Depuis l'apparition de cette septième pandémie de choléra dans notre Région au début des années 1970, chaque pays a connu au moins deux flambées épidémiques. Mais, 1991 semble être l'année de tous les dangers.

8. A la fin du mois d'août, sur 14 pays en situation épidémique, les chiffres disponibles, sans doute incomplets, indiquent 73 000 cas et 6800 décès, c'est-à-dire un taux de létalité de près de 10 %.

9. Bien que l'Afrique n'ait notifié que 19 % des cas déclarés dans le monde, on enregistre cependant 67 % de décès. Le choléra a fait donc plus de morts en Afrique que partout ailleurs dans le monde.

10. Il se pose sérieusement le problème du développement et de l'extension du programme de lutte contre les maladies diarrhéiques dans les pays en question, en particulier la capacité des personnels des services de santé et des communautés d'assurer un traitement rapide et adéquat des cas de diarrhée, car bien que plus dramatique, le choléra en est une.

11. Le Sous-Comité du Programme s'est déclaré inquiet de la situation qui prévaut actuellement dans la Région, eu égard à l'épidémie de choléra.

12. La plupart des pays de la Région continuent à faire face aux épidémies. Nul n'ignore en effet que le choléra, la méningite cérébro-spinale, la fièvre jaune, pour ne citer que les maladies les plus importantes, sévissent régulièrement sous forme épidémique, avec des taux de létalité souvent très élevés. La peste et le paludisme sont également notifiés sous forme épidémique dans certains pays.

13. Il est bien connu qu'à une épidémie de maladie transmissible s'ajoute toujours une "épidémie" de panique. Et c'est dans cette situation de panique plus ou moins généralisée que toutes sortes de réactions et d'actions sont faites ou prises. Dans la plupart des cas, une requête est envoyée en urgence au Directeur régional, souvent sans beaucoup d'informations adéquates. Le Directeur régional essaie de répondre dans la limite des ressources et des informations disponibles.

14. Etant donné que le décès par choléra est essentiellement dû à la déshydratation, il va de soi que si les taux d'accès et d'utilisation précoce de la réhydratation orale étaient élevés, les taux de létalité ne seraient pas aussi excessifs. Pour ce faire, la formation des agents de santé à tous les niveaux, y compris les agents de santé communautaire et les membres des communautés, est indispensable. Or, bien que la formation soit une composante importante du programme de lutte contre les maladies diarrhéiques, il apparaît que les objectifs sont loin d'être atteints.

15. Par ailleurs les stratégies de lutte contre le choléra et les connaissances en la matière ont évolué à tel point qu'il est inadmissible que le choléra continue à se manifester sous forme épidémique et à provoquer autant de décès.

16. Le Sous-Comité a insisté sur le fait que l'épidémie de choléra est directement liée à l'absence d'approvisionnement en eau de boisson saine, à la pauvreté et à l'insuffisance des mesures d'assainissement, en particulier l'évacuation hygiénique des excréta. Ceci appelle une action multisectorielle.

17. Le Sous-Comité fait siennes les recommandations faites par le Directeur régional concernant la répartition des tâches de prévention et de lutte contre le choléra, aux trois niveaux des systèmes nationaux de santé.

18. Le Bureau régional a été prié de renforcer son rôle de coordination des activités de lutte contre le choléra, notamment entre pays voisins.

19. Un projet de résolution approuvé par le Sous-Comité a été soumis au Comité régional pour adoption.

INITIATIVE AFRICAINE POUR LES MEDICAMENTS ESSENTIELS (document AFR/RC41/INF.DOC/10)

20. Après avoir examiné attentivement le document AFR/RC41/INF.DOC/10, le Sous-Comité du Programme a félicité le Directeur régional pour le contenu et pour la présentation de ce document. Il a formulé diverses observations et soulevé un certain nombre de points auxquels le Secrétariat a répondu.

21. Les membres du Sous-Comité du Programme ont fait remarquer qu'il y avait trop de médicaments en circulation dans la Région; certains n'ont qu'une valeur thérapeutique limitée, et d'autres sont de qualité douteuse. Ils ont déploré la pénurie de médicaments qui touche la plupart des Etats Membres, et cité le coût élevé des produits pharmaceutiques comme l'un des principaux facteurs qui empêchent la population d'accéder plus largement aux médicaments. Le Sous-Comité a regretté la pénurie de pharmaciens dans

le secteur public, et a fait remarquer que certains médecins voyaient dans les listes de médicaments essentiels une entrave à leur liberté de prescription. En outre, de nombreux pays de la Région voient leurs stocks amenuisés à cause des détournements de médicaments par les agents de santé eux-mêmes. Le Sous-Comité a conseillé à l'OMS de renforcer sa coopération avec d'autres institutions du système des Nations Unies, notamment l'ONUDI et l'UNICEF, pour promouvoir et encourager la production pharmaceutique dans les Etats Membres de la Région.

22. En réponse à certaines de ces questions ou observations, le Secrétariat a expliqué que l'on ne pouvait lutter contre la mise en circulation de médicaments falsifiés ou inefficaces qu'en instituant certaines mesures telles que :

- i) mise en place dans les Etats Membres d'un système d'assurance de qualité;
- ii) création de systèmes d'enregistrement des médicaments;
- iii) renforcement des mécanismes de contrôle par les pays eux-mêmes;
- v) respect par les pays de leurs listes de médicaments essentiels, en assurant leur usage rationnel.

23. Les participants ont estimé par ailleurs que si la production locale de médicaments est de toute première importance, on doit cependant veiller attentivement à ce que les projets de production soient viables. Des groupements interpays (PTA, ECOWAS, etc.) semblent offrir de meilleures chances de succès parce qu'ils permettent des "économies d'échelle".

24. Un projet de résolution approuvé par le Sous-Comité a été soumis au Comité régional pour adoption.

BOURSES D'ETUDE - RAPPORT D'ACTIVITE SUR LA MISE EN OEUVRE DE LA RESOLUTION AFR/RC39/R5 (document AFR/RC41/INF.DOC/4)

25. Ce document d'information retrace les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de la résolution AFR/RC39/R5, laquelle présentait aux Etats Membres et à l'OMS des recommandations sur le développement des personnels de santé et sur les bourses d'étude.

26. Tout en reconnaissant le rôle des bourses d'étude de l'OMS dans la formation des personnels de santé, les membres du Sous-Comité du Programme ont souligné que cela coûtait très cher. Ils se sont déclarés satisfaits des progrès enregistrés et des nouvelles initiatives envisagées.

27. Le Sous-Comité du Programme a insisté sur la nécessité d'améliorer davantage la gestion des bourses d'étude, et de renforcer le processus d'évaluation au niveau national.

28. Un délégué a souligné tout particulièrement l'importance de l'établissement par l'OMS d'un répertoire des institutions de formation dans la Région africaine, instrument essentiel pour aider les Etats Membres à favoriser activement la formation des personnels en Afrique même.

29. Il a été indiqué au Sous-Comité que la mise à jour du répertoire existant a d'ores et déjà été entreprise par l'Unité des Bourses d'Etudes. Le document sera mis à la disposition des Etats Membres dès son achèvement.

30. Le Sous-Comité a bien insisté sur le fait qu'il appartenait aux Etats Membres de choisir entre la formation dans la Région et la formation outre-mer, et sur l'importance de leur engagement à encourager une formation en Afrique.

31. Le Sous-Comité du Programme a jugé que les directives de l'OMS qui représentent la mise en oeuvre du mandat de l'OMS pour la formation en sciences de la santé, pouvaient être également un précieux instrument pour les Etats Membres lorsqu'ils négocient des contributions au titre de la coopération bilatérale dans ce domaine.

SUBVENTIONS AUX ETUDES DE L'OMS (document AFR/RC41/INF.DOC/7)

32. Le document AFR/RC41/INF.DOC/7 expose le concept des "subventions aux études de l'OMS" - une forme nouvelle d'appui à la formation créée par le Bureau régional de l'Afrique - destinées à renforcer la formation des personnels de santé et apparentés, opérant au niveau intermédiaire et à celui du district, en vue d'abaisser le coût et élargir la couverture de cet appui, de manière à augmenter l'impact de la formation sur le développement des personnels de santé. Un projet de résolution a été proposé.

33. Le Directeur régional a expliqué que ces subventions aux études seraient un outil plus souple que les bourses d'études, pour lesquelles il existe déjà des règles administratives que l'on ne peut écarter.

34. En discutant ce rapport, le Sous-Comité y a apporté d'utiles contributions. Il a félicité le Directeur régional de cette initiative nouvelle, qu'il a totalement approuvée.

35. Le Directeur régional a ajouté que l'initiative avait également pour but d'encourager la formation dans les pays mêmes, et que les chiffres correspondant aux subventions aux études, cités dans le document, pouvaient faire l'objet de négociations avec les autorités des Etats Membres.

36. Un projet de résolution approuvé par le Sous-Comité a été soumis à l'attention du Comité régional.

PROGRAMME OMS/AFRO DE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTE (HECAFIP) EN FAVEUR DES ETATS MEMBRES (document AFR/RC41/INF.DOC/9)

37. Le document AFR/RC41/INF.DOC/9 intitulé "Programme OMS/AFRO de financement des soins de santé (HECAFIP) en faveur des Etats Membres" a été introduit par le Secrétariat. Ce document présente brièvement, entre autres, les différents aspects du nouveau programme, les principes qui sous-tendent son développement, ses composantes et le cadre de sa mise en oeuvre.

38. On a insisté sur le fait que le programme était certes un programme global, mais néanmoins centré sur les pays, et qu'il était suffisamment flexible pour être adapté aux réalités de chaque Etat Membre souhaitant le mettre en oeuvre. Il fut également rappelé que le Bureau régional et l'ensemble du réseau qu'il a mis en place se tenaient prêts à aider les pays membres à mettre en oeuvre ce programme, qui prévoit une collaboration entre les individus, leurs familles, les communautés, les gouvernements et leurs partenaires dans le domaine du développement.

39. Le Sous-Comité du Programme a remercié le Directeur régional de lui avoir soumis en temps utile le document d'information sur ce nouveau programme. La discussion qui a suivi a montré le haut degré d'intérêt que les pays membres portent à cette nouvelle initiative.

40. Tout en admettant qu'il n'était plus possible ni raisonnable, dans la plupart des pays de la Région, que le secteur de la santé publique dépende d'allocations budgétaires limitées en tant que source unique de financement des soins de santé, et que, par conséquent, le projet de programme se justifiait à leurs yeux, les délégués ont fait les observations suivantes sur le programme :

- i) Il est nécessaire que chaque pays, de même que le Bureau régional, étudie l'expérience des pays africains et d'autres pays en dehors de l'Afrique (en particulier les pays en développement), eu égard aux divers mécanismes conventionnels de financement des soins de santé. De fructueuses leçons pourront en être tirées.
- ii) La crise économique, les programmes d'ajustement structurel, des termes de l'échange défavorables, le fardeau de la dette comptent parmi les facteurs qui contribuent à la diminution des ressources mises à la disposition des services de santé dans la plupart des pays. Il est donc nécessaire de chercher à ce que les créanciers consentent des allègements de la dette et de solliciter auprès de sources extérieures des crédits supplémentaires pour le secteur de la santé.
- iii) Les gouvernements dans la Région doivent accorder une plus grande priorité au secteur de la santé et, parallèlement, réduire la part consacrée aux secteurs "non productifs", comme le secteur "militaire".
- iv) Le "partage des coûts" ou le "cofinancement" doivent être l'un des objectifs et/ou méthodes de tout programme ou système de financement des soins de santé, de préférence au "recouvrement des coûts", dont le sens est généralement mal interprété.
- v) Le financement de la santé communautaire doit être considéré comme un moyen de compléter plutôt que de remplacer la part budgétaire allouée par le gouvernement à la santé.
- vi) Un système national d'assurance-maladie ne peut pas couvrir de façon adéquate une grande partie de la population; il convient donc de réfléchir à la façon de financer les services de santé assurés aux personnes travaillant à leur compte, sans emploi, ou autres.
- vii) Le partage des coûts est essentiel à l'amélioration du système de prestation des services de santé.
- viii) Dans nombre de pays, on répugne encore à permettre aux communautés de participer au processus décisionnel, à la planification, à la mise en oeuvre et à la gestion des ressources financières; il s'agit là d'un des problèmes qui font obstacle à une réelle participation.
- ix) Pour des raisons politiques, le concept de "partage des coûts" n'est pas encore accepté dans de nombreux pays.
- x) Plutôt qu'une approche "descendante" (du sommet vers la base), une approche "ascendante" (de la base au sommet) semble être un moyen plus approprié d'arriver à une participation communautaire, en particulier en ce qui concerne le financement des soins de santé.
- xi) Il conviendrait peut-être d'incorporer "l'éducation pour la santé" dans tout programme de financement des soins de santé afin d'assurer le succès de ce dernier.

- xii) Les agents de santé, et non seulement les politiciens, doivent être pris en considération comme le reste de la population lorsque l'on tente de venir à bout de sources potentielles de résistance au programme de financement des soins de santé.
- xiii) Il convient de connaître, le cas échéant, la relation entre le Fonds Spécial de la Santé pour l'Afrique et la composante Fonds autorenouvelable de Santé communautaire du nouveau programme.

41. Le Directeur régional a répondu à certaines des contributions des délégations en faisant les commentaires suivants :

- i) Certains commentaires proviennent peut-être du fait que le document présenté est plus un résumé qu'une description complète du programme.
- ii) L'idée qui sous-tend le programme est qu'il n'existe pas de solution universelle au financement des services de santé; c'est pourquoi le programme insiste sur la nécessité d'un dialogue social dans chaque pays afin d'aboutir à des mécanismes de financement des soins de santé équitables, abordables et viables.
- iii) La formation et l'éducation permettant à des agents de santé, administrateurs, planificateurs, etc., d'acquérir les compétences nécessaires (en économie de la santé, budgétisation de programme et gestion financière par exemple) sont des aspects importants de tout programme de financement des soins de santé; c'est pourquoi le nouveau programme met l'accent sur l'amélioration de la gestion par le biais de la formation et de la recherche.
- iv) L'enveloppe attribuée au secteur de la santé par le gouvernement sur le budget national est bien au-dessous du minimum de 5 % recommandés par l'OMS, et il est donc nécessaire que chaque gouvernement augmente son allocation budgétaire à ce secteur.
- v) Le budget du Ministère de la Santé ne constitue qu'une partie des dépenses sanitaires dans les pays. Dans nombre d'entre eux, les dépenses de santé privées sont très importantes. Aussi, l'un des objectifs du programme est-il de mobiliser les ressources importantes provenant du secteur privé pour améliorer l'efficacité de la prestation des soins de santé.
- vi) Les pays de la Région ne doivent pas s'attendre à ce que le monde extérieur paie pour la santé de leurs populations. Il s'agit là encore de l'une des justifications du projet de programme.
- vii) L'établissement d'un partenariat avec les populations, grâce à un dialogue social, doit précéder l'introduction de l'idée d'un partage des coûts. Une fois ce partenariat établi, il sera probablement possible de faire accepter le partage des coûts par les populations.
- viii) Le Fonds spécial de la Santé pour l'Afrique est une forme d'appui au financement de la santé communautaire et au Fonds autorenouvelable de santé communautaire figurant au programme, tous étant conçus pour apporter les devises étrangères qui permettront d'étendre les services de santé locaux.

42. Le Secrétariat a donné quelques explications complémentaires sur des points soulevés par les délégués. Pour conclure, tout en réaffirmant la nécessité de mettre en oeuvre le programme dans la ligne de ce que le monde

extérieur (Banque mondiale, donateurs, etc.) a récemment demandé de faire, le Secrétariat a pris note des précieuses contributions du Sous-Comité du Programme qui, a-t-il dit, seront extrêmement utiles pour la mise en oeuvre du programme.

43. Un projet de résolution approuvé par le Sous-Comité a été soumis à l'attention du Comité régional.

EXAMEN DES CRITERES ET DES FORMULES APPLIQUES DANS LA DETERMINATION DES ALLOCATIONS BUDGETAIRES DES PAYS (document AFR/RC41/INF.DOC/8)

44. Ce point a été présenté par le Secrétariat qui a rappelé la résolution AFR/RC40/R4 - "Utilisation optimale des ressources de l'Organisation mondiale de la Santé : Examen de la politique régionale en matière de budget programme" ayant permis au Comité régional de donner mandat au Directeur régional de réexaminer les critères et formules appliqués pour la détermination de l'allocation-pays.

45. Après une longue et fructueuse discussion, le Sous-Comité a trouvé opportune l'élaboration d'une telle étude et, compte tenu de son importance, a demandé que le Comité régional puisse se prononcer sur les critères proposés d'une part, et qu'un temps de réflexion supplémentaire soit accordé aux pays d'autre part, pour revoir les critères proposés avant qu'un groupe d'experts ne puisse se prononcer à ce sujet.

46. Enfin, le Sous-Comité n'a pas jugé urgente l'application des nouveaux critères pour le biennium 1994-1995 et a suggéré qu'un temps suffisant soit accordé à cette importante question.

47. Le document d'information devrait toutefois être soumis au Comité pour discussions et observations éventuelles à l'attention du Directeur régional.

DEUXIEME ATTRIBUTION DU PRIX DU DR COMLAN A. A. QUENUM POUR LA SANTE PUBLIQUE EN AFRIQUE (document AFR/R41/16)

48. Le Sous-Comité du Programme a apprécié l'initiative et la présentation du second Prix Dr Comlan A. A. Quenum. Des suggestions ont été formulées pour augmenter les fonds affectés à ce Prix, par des contributions volontaires des membres du personnel, des contributions spéciales de pays membres et des allocations régulières provenant du budget de l'OMS.

49. Les corrections apportées aux critères de sélection proposés par le comité de sélection ont été approuvées.

RAPPORT DE LA DOUZIEME REUNION REGIONALE DU PROGRAMME (RPM.12) (document AFR/RC41/17)

50. Le Secrétariat a présenté le rapport de la douzième Réunion régionale du Programme (RPM.12) qui s'est tenue au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, à Brazzaville, du 5 au 16 février 1991, avec pour objectif global, l'élaboration du plan quinquennal d'action de la Région pour la période 1990-1994.

51. Participaient à cette réunion, présidée par Son Excellence le Dr Ossebi-Douniam, Ministre de la Santé et des Affaires sociales du Congo, 43 des 44 Représentants de l'OMS, le Dr G. L. Monekosso, Directeur régional de l'OMS, le Dr M. Racelis, Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Est et Australe, M. Ndiaye, Chef de la Division Afrique du FNUAP et Son Excellence le Citoyen Pendje Demodeito-Yako, Commissaire d'Etat à la Santé publique de la République du Zaïre.

52. Pour atteindre les objectifs spécifiques de cette réunion, à savoir l'établissement par chaque Représentant d'une liste des activités concrètes à mener en 1990 et 1991, y compris les sources de financement et la formation des équipes-pays, la méthodologie suivante a été utilisée :

- a) en groupe de travail, présentation par chaque Représentant de son projet de programme d'action discuté ensuite par ses pairs et amendé en conséquence;
- b) présentation au Directeur régional du projet revu, pour apprécier la cohérence des actions retenues ainsi que les moyens financiers, matériels et humains envisagés pour la mise en oeuvre du programme.

53. L'application du même processus au niveau des équipes-pays permettrait d'identifier les interventions requises par les pays de chaque Sous-Région. Les programmes de coopération de l'OMS avec certains partenaires comme l'UNICEF ou le FNUAP, ainsi que des projets particuliers (eau et assainissement, médicaments essentiels, santé maternelle et infantile, etc.) ont fait l'objet d'exposés techniques de même que le programme de lutte contre le SIDA, et les progrès réalisés dans la décentralisation progressive de la gestion de ce programme du Siège vers la Région africaine.

Résultats de la RPM.12

54. De l'analyse des plans d'action élaborés par les Représentants ressortent les remarques suivantes :

- i) Les plans d'action ont tenu compte :
 - a) des programmes prioritaires de la Région : lutte contre la maladie; santé maternelle et infantile/planification familiale; approvisionnement en eau et assainissement du milieu;
 - b) des contraintes économiques contre lesquelles des stratégies, comme l'Initiative de Bamako, doivent être développées;
 - c) des contraintes sociales aggravées par le SIDA et qui nécessitent la mobilisation sociale.
- ii) A chaque niveau du système de santé correspondent des activités spécifiques des programmes prioritaires et du choix à la carte :
 - a) au niveau périphérique, 23 activités identifiées, dont les médicaments essentiels, la réhabilitation communautaire, un habitat salubre et la santé des jeunes;
 - b) au niveau intermédiaire, 14 activités pour l'appui technique aux soins de santé primaires, aux programmes de lutte contre la maladie et la sécurité du sang et, parmi les choix à la carte : la surveillance de la maladie, la gestion hospitalière du district, le soutien aux laboratoires, l'éducation pour la santé à l'école, la sécurité de l'eau de boisson et l'assainissement en milieu urbain;
 - c) au niveau central, 12 activités, parmi lesquelles la restructuration des unités techniques des Ministères de la Santé (31 pays); la participation des universités aux activités de santé (29 pays); l'organisation et le soutien des activités sanitaires multisectorielles (28 pays); l'établissement des liens avec les autres secteurs (26 pays).

iii) Les équipes-pays composées d'experts nationaux de haut niveau technique, réparties en trois groupes : soutien administratif et logistique; soutien aux programmes prioritaires et soutien à l'accélération des soins de santé primaires, présentent une grande importance. Les activités à réaliser par les équipes interpays en collaboration avec les équipes-pays ont été également précisées dans trois domaines :

- a) gestion (management) pour : apprécier l'opérationnalité des systèmes de santé en formant les formateurs des enquêtes d'opérationnalité des districts; améliorer la gestion des programmes prioritaires, la collecte et la diffusion de la documentation sur la gestion des programmes, y compris les indicateurs appropriés; assurer la surveillance des progrès réalisés vers la SPT/2000 et adapter la méthodologie des enquêtes dans les ménages à leurs contextes et faire des rapports des activités de gestion et de progrès dans chaque pays;
- b) formation à partir des trois objectifs : renforcer les compétences en gestion des programmes prioritaires; renforcer les compétences en SMI/PF, lutte contre la maladie (y compris le SIDA), l'eau et l'assainissement; renforcer les compétences dans la formulation des projets de développement sanitaire, et pour chaque objectif, identifier les besoins en formation, la confection ou l'adaptation des programmes de formation et l'organisation de formation des formateurs dans chaque pays;
- c) recherche pour initier les techniciens de la santé à la méthodologie de la recherche opérationnelle : renforcer la capacité d'exécution des projets de recherche opérationnelle et promouvoir l'utilisation des résultats de la recherche opérationnelle.

55. Afin de tenir compte de la similitude des problèmes de santé entre certains pays, le Directeur régional a mis en place une stratégie qui regroupe les pays en : pays insulaires (par exemple Seychelles), pays qui ont connu la guerre (par exemple, Ouganda) et pays couvrant de grandes superficies (par exemple Nigéria).

56. Pour assurer la mise en oeuvre du cadre africain de développement sanitaire, le Directeur régional a dégagé un fonds particulier pour les activités de santé pour tous des équipes-pays, pour l'amélioration des compétences gestionnaires (1990-1992), la formation (1991-1993) et la recherche (1992-1994), tout en développant les stratégies de lutte contre les contraintes économiques et sociales.

57. La Douzième Réunion régionale du Programme a mis en évidence l'importance des plans d'action cohérents, le rôle des équipes-pays et des équipes interpays et l'harmonisation des méthodes de travail de l'ensemble des équipes OMS pour l'appui à tous les niveaux des systèmes de santé des Etats Membres en vue de la réalisation de la SPT/2000.

58. Les membres du Sous-Comité du Programme ont félicité le Directeur régional pour la clarté du document présenté par le Secrétariat et relevé deux préoccupations :

- a) la mise à leur disposition des critères et modalités de recrutement des membres des équipes-pays, qu'ils considèrent comme une excellente innovation;
- b) l'importance de la coordination des efforts entre les institutions du système des Nations Unies, notamment l'UNICEF qui utilise le même type de professionnels que l'OMS et met à la disposition des pays beaucoup plus de moyens financiers.

59. Le Secrétariat a apporté des clarifications en réponse aux questions posées, et rappelé que le document relatif au recrutement des équipes-pays sera mis à la disposition des Etats Membres, toutefois les procédures de recrutement suivent les règles de l'OMS.

60. Par ailleurs, le Président du Sous-Comité a noté le cas des pays pour lesquels l'esprit de partenariat entre l'OMS et le pays favorise l'utilisation judicieuse par les deux parties des ressources humaines disponibles.

RAPPORT DU COMITE CONSULTATIF AFRICAIN POUR LE DEVELOPPEMENT SANITAIRE (CCADS)
(document AFR/RC41/18 Rev.1)

61. Le Secrétariat a présenté le rapport du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS) réuni du 10 au 14 juin 1991 à Brazzaville pour sa onzième session, sous la présidence du Professeur Nkrumah. Le Directeur régional, le Dr G. L. Monekosso qui a ouvert les travaux, a insisté sur l'esprit d'indépendance et le souci de proposer des solutions réalistes qui doivent chaque fois animer ce comité.

62. Trois thèmes ont été débattus :

i) Formation des personnels de santé

- a) La formation des personnels de santé constitue, avec le management et la recherche, les domaines prioritaires d'intervention pour l'accélération du processus de mise en oeuvre de la stratégie de la SPT/2000 selon le cadre africain de développement sanitaire. Le CCADS a reconnu la performance des ressources humaines comme étant la finalité du processus de formation dont les autres composantes principales sont la formation initiale, le recyclage, le perfectionnement et la spécialisation.
- b) Le CCADS ayant noté des blocages entre la volonté politique, l'engagement des institutions et la mise en oeuvre des résolutions adoptées en matière de formation, a souhaité que des études soient entreprises pour définir les causes de ces obstacles afin de trouver des solutions adéquates au niveau de chaque pays. Par ailleurs, le CCADS a recommandé que la composition des structures de décision du niveau central soit élargie afin de refléter le caractère multisectoriel de la promotion de la santé. Dans le même esprit, un effort soutenu doit être consenti pour la formation des personnels des secteurs apparentés à la santé. Le district étant le point focal des prestations de soins, le Comité a recommandé la formation initiale et continue des membres de l'équipe de santé du district, afin qu'ils puissent, à leur tour, former les agents de santé de village et les accoucheuses traditionnelles.

- c) Comme méthodes de formation efficaces, le CCADS a encouragé l'apprentissage en situation, la formation technique continue, la supervision et le suivi de la formation. Dans tous les cas, les programmes de formation devraient tenir compte des besoins exprimés et de données épidémiologiques des communautés. Le Comité a insisté sur la motivation des agents de santé pour soutenir leur moral, accroître la productivité et arrêter l'exode des cadres hors de notre Région.
- d) Enfin, le CCADS a souligné la nécessité et l'importance de renforcer le réseau d'établissements de formation de santé publique ainsi que l'importance de la recherche qui devrait avoir une perspective large : clinique, biomédicale et en système de santé (notamment pour les SSP).

ii) Contraintes économiques

- a) Le second thème du CCADS était en rapport avec l'initiative du Bureau régional pour aider les Etats Membres à surmonter les contraintes économiques qui entravent les progrès dans le secteur de la santé (HECAFIP).
- b) Notant que la crise de la santé dans la Région est le résultat de la crise économique que traversent nos pays et contre laquelle certains pays ont adopté des programmes d'ajustement structurel qui débouchent souvent sur l'aggravation de la crise de la santé en réduisant le budget de la santé qui défavorise déjà dans sa répartition le niveau du district, le Comité a considéré la proposition de programme de financement des services de santé (HECAFIP) comme une initiative à encourager et à mettre en place au niveau des Etats.
- c) Il convient pour cela de mettre un accent particulier sur la volonté politique et l'engagement au plus haut niveau du pays pour adopter cette initiative; la promotion du financement des services de santé compte tenu de la nature "productive" de la santé; la protection des pauvres et des indigents pour le recouvrement des coûts; les plans d'assurance-maladie à mettre en place au niveau des pays.

iii) Stratégie de prévention et de lutte contre le SIDA

- a) La stratégie de prévention et de lutte contre le SIDA était le troisième thème débattu par le CCADS.
- b) Puisque les agents de santé actuels de la Région ont été formés avant la pandémie de SIDA, le CCADS a estimé urgent leur recyclage pour mieux appréhender la dimension du problème et les interventions à entreprendre. L'information, l'éducation et la communication en matière de santé constituent la stratégie la plus efficace et servent de lien pour les neuf impulsions de la stratégie adoptée par la Région.

63. Le CCADS a pris bonne note de la décentralisation en cours du Programme GPA et a encouragé sa poursuite jusqu'au niveau du district. Il a également souligné le rôle des hommes tant pour la transmission du SIDA et d'autres maladies sexuellement transmissibles que pour l'importance des décisions politiques, économiques et sociales. Il a également relevé l'importance de la recherche, y compris la recherche sociale et comportementale. Quant au groupe d'âge compris entre 5 et 19 ans, celui-ci mérite la plus grande protection car il est relativement épargné.

64. Dans l'esprit du cadre africain de développement sanitaire, le Comité a recommandé de déployer des efforts particuliers pour que la communauté participe aux soins des patients et que le personnel qualifié soit chargé de l'information, l'éducation et la communication en matière de santé. Une structure suprasectorielle de coordination de la lutte contre le SIDA au niveau de chaque pays a enfin été recommandée par le CCADS pour apporter le maximum d'appui et d'efficacité à ce programme.

65. Les membres du Sous-Comité du Programme ont félicité le Directeur régional pour le document présenté par le Secrétariat et qu'ils ont jugé excellent. Deux suggestions ont été apportés au paragraphe 24 (ix) :

- b) ajouter le terme "adéquat" à financement; lire "promotion du financement adéquat ...";
- d) ajouter les termes "si possible"; il faut lire : "des plans d'assurance-maladie si possible ...".

PROMOTION DE LA SANTE BUCCO-DENTAIRE DANS LA REGION AFRICAINE
(document AFR/RC41/INF.DOC/3 Rév.1)

66. Le rapport du Directeur régional sur ce sujet a été présenté par le Secrétariat qui a d'abord fait l'historique des faits marquant l'évolution de l'intérêt porté au programme de santé bucco-dentaire dans la Région, notamment :

- i) la conférence des chefs de services de santé bucco-dentaire en 1969;
- ii) la résolution AFR/RC24/R9 adoptée en 1974 relative à la mise en place d'un service consultatif au Bureau régional;
- iii) les discussions techniques sur la santé bucco-dentaire en 1975;
- iv) la réunion d'un comité d'experts régionaux en 1978;
- v) la résolution AFR/RC30/R4, adoptée en 1980, préconisant l'intégration des soins bucco-dentaires aux soins de santé primaires;
- vi) la création par le Bureau régional, en 1988, en collaboration avec le Gouvernement du Nigéria, du premier Centre interpays de Gestion, de Formation et de Recherche en Santé bucco-dentaire, à Jos.

67. Il a été souligné que malgré l'existence dans la Région des activités relatives aux soins bucco-dentaires, rares sont les pays qui ont formulé des politiques nationales en la matière, ont des plans nationaux dignes de ce nom dans le même domaine, ou ont dépassé le stade de la couverture adéquate des soins d'urgence pour atteindre celui de l'organisation des services de soins curatifs efficaces sur toute l'étendue du territoire national, ou l'organisation des activités préventives.

68. Par la suite, un cadre schématique d'organisation des soins de santé bucco-dentaire inspiré du Scénario africain de Développement sanitaire a été présenté pour servir de base, aux pays qui ne l'ont pas encore fait, d'une réflexion susceptible de combler, dans leurs systèmes nationaux de santé respectifs, le vide concernant les soins préventifs, curatifs et promotionnels dans le domaine de la santé bucco-dentaire.

69. Le cadre organisationnel en question met l'accent sur : i) une répartition de fonctions et de tâches au niveau du district et de la province, et au niveau central; ii) une hiérarchisation des personnels nécessaires, depuis les agents de santé bucco-dentaire et les auxiliaires dentaires dans les districts jusqu'aux chefs des services de santé bucco-dentaire au Ministère de la Santé, en passant par les dentistes et chirurgiens-dentistes des hôpitaux provinciaux et autres institutions des niveaux tertiaire et quartenaire.

70. Le documnt a été considéré comme bien élaboré, important et opportun compte tenu du peu d'importance attribuée par les pays de la Région aux problèmes de la santé bucco-dentaire, et le Directeur régional a été félicité d'avoir présenté ce thème.

71. Les délégués ont donné des informations relatives aux activités mises en oeuvre sur le sujet en discussion dans les pays respectifs, notamment une étude exhaustive (comprehensive survey) entreprise au Nigéria, qui pourrait inspirer d'autres pays de la Région africaine, et l'expérience sénégalaise d'extension progressive des activités de santé bucco-dentaire sur tout le territoire depuis la création d'une "Division de Santé bucco-dentaire" au niveau du Ministère de la Santé.

72. Le délégués du Sénégal et de l'Ouganda ont fait part des efforts déployés dans leurs pays pour la formation de personnels pour remédier à l'insuffisance des cadres de santé bucco-dentaire de toute catégorie. L'Ouganda a formulé un plan de santé bucco-dentaire à incorporer dans le programme de développement sanitaire du district et le Sénégal attache beaucoup d'importance aux activités du programme dans le cadre de la santé scolaire avec l'information adéquate des familles et des élèves, pour la prévention des affections bucco-dentaires liées à des habitudes alimentaires.

73. Aux Seychelles, les activités de santé bucco-dentaire, négligées jusqu'il a quelques années, sont devenues importantes aux yeux des autorités concernées, compte tenu de l'alarme suscitée par l'augmentation des taux de prévalence des maladies d'affluence, notamment les caries dentaires, l'hypertension artérielle et les maladies cardio-vasculaires. Le Président du Sous-Comité a attiré l'attention sur le fait que les professionnels classiques de santé bucco-dentaire sont réfractaires aux activités de prévention et de promotion de la santé dans ce domaine. Aux Seychelles, une catégorie nouvelle de "Dental therapists" a été créée.

CONTROLE DE L'ELIMINATION DES DECHETS TOXIQUES ET NUCLEAIRES POUR LA PROTECTION DE LA SANTE EN AFRIQUE (document AFR/RC41/INF.DOC/2)

74. Le document AFR/RC41/INF.DOC/2 sur ce thème a été présenté par le Secrétariat au nom du Directeur régional. Il a été élaboré à la suite de la résolution AFR/RC38/R8, prise par le Comité régional au cours de sa session de septembre 1988, en réaction aux dénonciations relatives aux dépôts de déchets toxiques et nucléaires dans certains pays de la Région, dont quelques-uns ont été confirmés.

75. Le rapport a fait état des efforts entrepris par le Bureau régional pour : i) le recueil des déclarations et des témoignages officiels des Etats Membres en la matière (25 pays seulement ont répondu); ii) l'analyse de la situation dans les pays de la Région, relativement à l'existence de structures ou de mécanismes responsables des questions liées à l'environnement, aux ressources humaines en la matière, et à la législation s'y rapportant; iii) la publication et la diffusion des informations relatives aux effets des déchets toxiques et radioactifs sur la santé; et iv) la diffusion de

l'information concernant les répercussions de l'accident de Tchernobyl sur la santé en Afrique, particulièrement sur les risques d'importation d'aliments contaminés par la radioactivité.

76. Le rapport a fait référence ensuite : i) à la participation du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique aux activités concernant la promotion du réseau mondial de la surveillance des rayonnements présents dans l'environnement (GERMON), et ii) au canevas de base de projets spéciaux concernant la nouvelle stratégie mondiale d'hygiène de l'environnement, dont quelques-uns ont trait à la gestion et au contrôle des déchets dangereux. Enfin, un aperçu des activités à envisager dans la Région relatives à la lutte contre la pollution de l'environnement a été présenté aux délégués.

77. L'opportunité de l'information a été soulignée par les délégués, qui ont félicité le Directeur régional pour la qualité du document, malgré la brièveté de celui-ci.

78. Le délégué du Nigéria a attiré l'attention des participants sur les dangers de production de déchets toxiques par les industries naissantes en Afrique, particulièrement celles qui utilisent l'amiante qui est considérée aujourd'hui comme un dangereux facteur de cancers liés à l'activité professionnelle.

79. Les délégués ont souscrit à une proposition demandant au Bureau régional de prendre les initiatives nécessaires pour : i) l'inventaire des industries considérées comme dangereuses du fait de la pollution, et ii) l'élaboration de guides susceptibles de prévenir les effets des sous-produits de ces industries sur la santé des populations dans la Région. L'appui technique nécessaire à la formulation d'une législation appropriée serait aussi appréciée.

80. Le délégué du Cameroun a soulevé la question de la coordination entre les différentes institutions des Nations Unies pour des activités menées au niveau des pays, à propos d'un malentendu enregistré entre les départements des Ministères de la Santé et celui de l'enseignement supérieur sollicité par l'OMS et le PNUE; respectivement pour la mise en oeuvre d'activités ayant rapport avec l'environnement. La discussion a permis de conclure qu'au niveau des pays, les mécanismes destinés à promouvoir la coordination des activités des organismes de coopération et à prévenir la duplication des efforts et le gaspillage des ressources relèvent des autorités nationales. Il a été indiqué, par ailleurs, qu'au niveau de la Région africaine, il existe un cadre de coopération étroite entre l'OMS et le PNUE pour des questions d'intérêt commun liées à l'environnement.

81. Le délégué de Seychelles a indiqué que selon l'expérience d'un petit pays insulaire comme le sien, les Etats Membres de la Région gagneraient à élaborer un plan bien défini de gestion et de protection de l'environnement s'ils veulent se préparer à faire face aux risques liés à l'environnement et éviter des catastrophes par des décisions extemporanées susceptibles d'entraîner des erreurs. Ces plans de gestion et de protection de l'environnement devraient être élaborés en étroite liaison avec les secteurs de la santé et autres apparentés.

PREVENTION DES TROUBLES MENTAUX, NEUROLOGIQUES ET PSYCHOSOCIAUX (document AFR/RC41/INF.DOC/1 Rév.1)

82. Ce rapport a été présenté par le Secrétariat au nom du Directeur régional.

83. Il a été élaboré à la suite de la résolution AFR/RC38/R1 qui faisait rapport sur l'existence des "Groupes nationaux de santé mentale" dans 26 pays de la Région, signalait les progrès enregistrés par le "Groupe africain

d'Action en Santé mentale" dont les membres sont passés de 13, connus entre 1977 et 1989, à 28 actuellement, et annonçait la désignation en cours de quatre nouveaux centres collaborateurs de l'OMS en santé mentale à Harare, Kinshasa, Nairobi et Yaoundé, en plus de ceux déjà opérationnels à Abeokuta et Ibadan (Nigéria); Dakar (Sénégal).

84. Le document a fait mention du rapport du Directeur régional à la quarantième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique sur "les soins de santé mentale communautaire fondés sur l'approche du système de santé du district en Afrique" pour répondre à la sollicitation faite en 1988 (résolution AFR/RC38/R1) au Directeur régional d'élaborer un modèle pour l'Afrique de soins de santé mentale dans les communautés.

85. Les membres du Sous-Comité du Programme ont été unanimes à féliciter le Directeur régional pour le document, jugé excellent et utile. Le délégué du Nigéria a situé l'origine de certains troubles mentaux à la naissance, avec la prématurité, l'asphyxie néonatale, les traumatismes à la naissance, etc., et a attiré l'attention sur la nécessité de créer au Bureau régional, à l'instar de ce qui a été fait au Siège, un nouveau programme concernant la santé du nouveau-né. Il lui a été répondu qu'au Bureau régional, ces questions sont gérées dans le cadre de la SMI/PF, particulièrement dans les activités liées à l'initiative de la maternité sans risque, notamment la consultation prénatale, l'accouchement assisté et la prévention du faible poids à la naissance. Il lui a été signalé l'existence du Centre collaborateur de l'OMS en Néonatalogie d'Addis Abeba.

86. Le délégué du Sénégal a rappelé l'expérience de son pays dans la gestion des troubles neurologiques liés aux crises d'adaptation à la société moderne, par l'approche de réinsertion sociale où les valeurs et références culturelles jouent un rôle fondamental, dans une psychothérapie de groupe, mise au point au Centre hospitalier neuropsychiatrique de Fann, à Dakar. L'expérience nigériane a été aussi rappelée pendant la discussion.

87. Le Président du Sous-Comité du Programme, le délégué des Seychelles, a exposé aux participants l'insuffisance de cadres spécialisés en santé mentale et la dépendance du pays de la coopération internationale en la matière. Il a évoqué aussi la question de l'abus de drogues et d'alcool, et la fréquence grandissante des suicides, comme des problèmes de santé publique dans la Région. Aux Seychelles, compte tenu des modifications dans le style de vie et de l'affluence de troubles neuropsychiques, l'intérêt pour la santé mentale est évident, non seulement au sein des structures dépendant du Ministère de la Santé, mais aussi dans les autres secteurs, dont celui de l'éducation.

88. Le délégué du Swaziland a souligné l'absence dans son pays de spécialistes autochtones de santé mentale ainsi que de l'aide reçue du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique dans ce domaine. Le Ministère tente de surmonter ces difficultés par la formation d'infirmières susceptibles de prendre en charge au niveau du district des patients atteints de troubles neuropsychiques. Cette solution de rechange a été citée par d'autres délégués provenant de pays confrontés aux problèmes d'insuffisance de cadres de toutes catégories dans le domaine de la santé mentale. La nécessité de redynamisation technique entre pays en développement (CTPD) a été évoquée.

89. Le délégué de l'Ouganda, tout en reconnaissant le peu d'importance accordée à la santé mentale dans de nombreux pays, a estimé que le Bureau régional devrait faire les efforts nécessaires pour la valorisation, dans les programmes de formation des personnels de santé, des aspects psychiques, sociaux et culturels de la santé. Il a fait ressortir l'importance accordée par les populations africaines en général aux tradithérapeutes.

SITUATION RELATIVE A LA RESOLUTION 44/211 DE L'ASSEMBLEE GENERALE
DES NATIONS UNIES (COORDINATION DES ACTIVITES OPERATIONNELLES DES
NATIONS UNIES) : RAPPORT DU DIRECTEUR REGIONAL
(document AFR/RC41/INF.DOC/6)

90. Le Sous-Comité du Programme a ensuite examiné le rapport du Directeur régional relatif à la mise en oeuvre de la résolution 44/211 de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la coordination des activités opérationnelles des Nations Unies.

91. Le Sous-Comité a insisté sur la nécessité de renforcer la coordination, au niveau national, des activités opérationnelles entre les institutions du système des Nations Unies.

92. Il partage par ailleurs les réserves indiquées dans le rapport du Directeur régional concernant les mécanismes de mise en oeuvre.

REPARTITION DES TACHES POUR LA PRESENTATION AU COMITE REGIONAL DU
RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME

93. Le Président du Sous-Comité du Programme introduira devant le Comité régional le rapport du Sous-Comité, que le Rapporteur présentera ensuite.

CONCLUSIONS

94. Les résolutions suivantes ont été approuvées par le Sous-Comité du Programme pour soumission au Comité régional en vue de leur adoption : épidémie de choléra; Initiative africaine pour les Médicaments essentiels; subventions aux études de l'OMS; programme OMS/AFRO de financement des soins de santé.

95. Le Sous-Comité du Programme a examiné la façon de renforcer et améliorer son travail, afin de faciliter davantage les sessions du Comité régional.

96. Le Sous-Comité recommande unanimement que le Comité régional et le Directeur régional considèrent la possibilité d'organiser désormais les réunions du Sous-Comité du Programme deux ou trois mois avant la session du Comité régional.

APPENDICE 1

LISTE DES PARTICIPANTS

CAMEROUN

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

NIGER*

NIGERIA

Dr G. A. Williams
Director of Disease Control and International Health
Federal Ministry of Health

Mr Cleverley A. B. Sule
Deputy Director (International Health)

RWANDA

Dr J. B. Kanyamupira
Directeur général de la Santé

SAO TOME ET PRINCIPE

Dr Joao do Sacramento Bofim
Ministro dos Assuntos Sociais

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

SENEGAL

Dr Fodé Diouf
Conseil technique du Ministre de la Santé publique et de l'Action sociale

SEYCHELLES

Dr Conrad Shamlaye
Principal Secretary of Health

SIERRA LEONE

Dr Bailah Leigh
Director, MCH/EPI
Ministry of Health

* N'a pas pu participer.

Appendice 1

SWAZILAND

Dr Fanny Friedman
Minister of Health

Dr John M. Mbambo
Director of Health Services

Mr Gladys N. Matsebula
Matron, Public Health Unit
Ministry of Health

TOGO

Dr V. Devo
Conseiller technique
Ministère de la Santé publique

OUGANDA

Dr Eriyabu G. N. Muzira
Permanent Secretary/Director of Medical Services

ZAIRE*

SECRETARIAT

Dr G. L. Monekosso
Directeur régional

Dr S. Calvani
Directeur, Coordination, Promotion et Information

Dr A. D'Almeida
Chef de Programme, Soutien aux Systèmes nationaux de Santé

Dr M. Boal
Chef de Programme, Appui à la formation et à la Protection de la Santé
en général

Dr D. Barakamfitiye
Chef de Programme, Prévention et Lutte contre la Maladie

Dr Y. A. Angate
Chef de Programme, Financement des soins de santé

DR P. Fasan
Chef de Programme, SIDA

Dr R. Bail
Coordonnateur, Stratégie de la Santé pour tous

M. S. Ngalle Edimo
Fonctionnaire régional, Unité de la Gestion du Programme

Appendice I

Dr A. Sanneh

Fonctionnaire régional, Bourses d'études

Dr E. Chelemu

Fonctionnaire régional, Médicaments et vaccins essentiels

M. P. Mukasa

Fonctionnaire régional, Budget et Finances

M. A. Yalanzele

Fonctionnaire régional, Budget

M. Bunmi Makinwa

Fonctionnaire régional, Unité de la Presse et de l'Information

APPENDICE 2

PROGRAMME DE TRAVAIL

1. Ouverture de la réunion
2. Epidémie de choléra dans la Région africaine (document AFR/RC41/INF.DOC/11)
3. Initiative africaine pour les Médicaments essentiels (document AFR/RC41/INF.DOC/10)
- 4.a) Rapport d'activités sur la mise en oeuvre de la résolution AFR/RC39/R5 (document AFR/RC41/INF.DOC/4)
- 4.b) Subventions aux études de l'OMS (document AFR/RC41/INF.DOC/7)
5. Programme OMS/AFRO de financement des soins de santé (HECAFIP) en faveur des Etats Membres (document AFR/RC41/INF.DOC/9)
6. Détermination des chiffres de planification des pays (document AFR/RC41/INF.DOC/8)
7. Rapport du Prix du Dr Comlan A. A. Quenum de Santé publique en Afrique (document AFR/RC41/16)
8. Rapport de la Réunion régionale du Programme (AFR/RC41/17)
9. Rapport du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS) (document AFR/RC41/18 Rév.1)
- 10.a) Promotion de la santé bucco-dentaire dans la Région africaine (document AFR/RC41/INF.DOC/3 Rév.1)
- 10.b) Contrôle de l'élimination des déchets toxiques et nucléaires pour la protection de la santé en Afrique (document AFR/RC41/INF.DOC/2)
- 10.c) Prévention des troubles mentaux, neurologiques et psychosociaux (document AFR/RC41/IND.DOC/1 Rév.1)
11. Rapport du Directeur régional sur la situation de la résolution 44/211 des Nations Unies (document AFR/RC41/INF.DOC/6)
12. Adoption du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC41/15)
13. Répartition des tâches pour la présentation au Comité régional du rapport du Sous-Comité du Programme
14. Clôture de la réunion.

FORMATION CONTINUE DU PERSONNEL

16. Il est apparu, de l'expérience des participants, que certains pays de la Région ont mis en place des éléments de l'approche décrite dans le document de travail, notamment au niveau du district de santé. Toutefois, ils ont insisté sur la nécessité d'une adaptation aux contextes nationaux.

17. Les propositions faites pour chacun des trois niveaux des systèmes de santé sont assez proches de celles du document. On a insisté sur la nécessité d'une coordination étroite, dont la responsabilité pourrait incomber au niveau intermédiaire. Le test de cette approche dans des pays de la Région permettrait d'en mesurer la faisabilité, partant d'en faciliter la généralisation.

18. Pour rendre cette approche plus opérationnelle, il est apparu souhaitable de définir au préalable les catégories de personnel que chaque niveau (district, province, national) du système de santé sera chargé de former. Il a été, par ailleurs, fortement recommandé, pour être plus pertinent et efficace, d'adopter la stratégie de formation en équipe.

INTEGRATION DES SYSTEMES DE FORMATION INITIALE ET DE FORMATION CONTINUE

19. Les participants pensent que celle-ci devra reposer sur la supervision périodique et systématique des personnels de santé, l'évaluation de leurs performances au regard des compétences acquises pendant leur formation. Ils ont également admis que les formateurs eux-mêmes devraient être impliqués dans ce type d'exercice, dans le cadre d'un dialogue permanent entre les secteurs santé et éducation.

20. Ils ont suggéré la mise en place d'un système de collecte d'information en matière de formation continue, en vue d'organiser et de la renforcer. Le rôle des universités, des hôpitaux et des institutions de formation en sciences de la santé a été mis en exergue.

CONCLUSION

21. Les participants ont insisté sur le rôle de coordination et d'impulsion que le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique devra jouer dans le domaine du développement des ressources humaines pour la santé. Ils l'encouragent à continuer de mettre en place des organes professionnels de coordination sous-régionale, régionale, voire continentale.

22. Ils ont fortement recommandé que les Discussions techniques, vu l'ampleur et la complexité des thèmes qui y sont débattus, soient programmées sur une journée entière.

ORDRE DU JOUR PROVISOIRE DE LA QUARANTE-DEUXIEME SESSION
DU COMITE REGIONAL POUR L'AFRIQUE

1. Ouverture de la quarante-deuxième session
2. Adoption de l'ordre du jour provisoire
3. Constitution du Sous-Comité des Désignations
4. Election du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs
5. Désignation du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
6. Activités de l'OMS dans la Région africaine
 - 6.1 Rapport succinct du Directeur régional
 - 6.2 Rapport d'appréciation de fin de la Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement
 - 6.3 Programme régional de lutte antipaludique : progrès accomplis et perspectives pour les années 1990
 - 6.4 Situation de l'épidémie du choléra dans la Région africaine
 - 6.5 Lutte contre le SIDA : situation actuelle dans la Région africaine
 - 6.6 Réorientation et restructuration des hôpitaux de district
 - 6.7 Situation des épidémies dans la Région africaine
7. Corrélation 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
 - 7.2 Ordres du jour de la quatre-vingt-dixième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Sixième 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-Sixième Assemblée mondiale de la Santé
8. Examen du rapport du Sous-Comité du Programme
 - 8.1 Examen du budget programme (1994-1995)
 - 8.2 Rapport du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS)

