

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

**QUARANTE-DEUXIEME SESSION
DU COMITE REGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE
TENUE A BRAZZAVILLE,
REPUBLIQUE DU CONGO
DU 2 AU 9 SEPTEMBRE 1992**

RAPPORT FINAL

**BRAZZAVILLE
Octobre 1992**

SOMMAIRE

PARTIE I

	<u>Page</u>
DECISIONS DE PROCEDURE	
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 1993	2
6. Désignation du Président et du Président suppléant des discussions techniques pour 1993	2
7. Ordre du jour de la quarante-troisième session du Comité régional	2
8. Ordres du jour de la quatre-vingt-onzième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé : Incidences régionales	2
9. Méthode de travail et durée de la Quarante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé	3
10. Désignation des représentants de la Région africaine au Conseil conjoint de Coordination (JCB) du Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales	4
11. Dates et lieux des quarante-troisième et quarante-quatrième sessions du Comité régional	4
12. Désignation du représentant de la Région au Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine (HRP) : Composition du Comité pour les Politiques et la Coordination	4
RESOLUTIONS	
AFR/RC42/R1 - Activités de l'OMS dans la Région africaine - Rapport succinct du Directeur régional pour 1991	5
AFR/RC42/R2 - Projet de budget programme pour l'exercice 1994-1995	6
AFR/RC42/R3 - Achat des vaccins	6
AFR/RC42/R4 - Programme élargi de vaccination : Stratégies régionales d'élimination du tétanos du nouveau-né et éradication de la poliomyélite	8

	<u>Page</u>
AFR/RC42/R5 - Programme de lutte contre le SIDA	9
AFR/RC42/R6 - Réorientation et restructuration des hôpitaux fondées sur les soins de santé primaires en Afrique	11
AFR/RC42/R7 - Rapport final d'évaluation de la Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainis- sment (1981-1990) dans la Région africaine	12
AFR/RC42/R8 - Programme de lutte antipaludique : Progrès accomplis et perspectives pour les années 1990	15
AFR/RC42/R9 - Programme régional de lutte contre la tuberculose et la lèpre	16
AFR/RC42/R10 - Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques	18
AFR/RC42/R11 - Préparation et réponse aux situations d'urgence et assistance humanitaire dans la Région africaine	19
AFR/RC42/R12 - Motion de remerciements	21
AFR/RC42/R13 - Mobilisation générale en faveur de la santé communautaire en Afrique	22

PARTIE II

	<u>Paragraphes</u>
OUVERTURE DE LA SESSION	1 - 28
ORGANISATION DES TRAVAUX DU COMITE	29
ACTIVITES DE L'OMS DANS LA REGION AFRICAINE EN 1991 : RAPPORT SUCCINCT DU DIRECTEUR REGIONAL	30 - 99
RAPPORT DE LA COMMISSION DE VERIFICATION DES POUVOIRS	100
SITUATION DES EPIDEMIES DANS LA REGION AFRICAINE	101 - 108
LUTTE CONTRE LE SIDA : SITUATION ACTUELLE DANS LA REGION AFRICAINE	109 - 123
REORIENTATION ET RESTRUCTURATION DES HOPITAUX FONDEES SUR LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES EN AFRIQUE	124 - 128
MODALITES DE MISE EN OEUVRE DES RESOLUTIONS D'INTERET REGIONAL ADOPTÉES PAR L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE ET LE CONSEIL EXECUTIF	129 - 131

ORDRES DU JOUR DE LA QUATRE-VINGT-ONZIEME SESSION DU CONSEIL EXECUTIF ET DE LA QUARANTE-SIXIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE : INCIDENCES REGIONALES	132 - 135
METHODE DE TRAVAIL ET DUREE DE L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE	136 - 139
RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME	140 - 160
PRESENTATION DU RAPPORT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES	161
CHOIX DU SUJET DES DISCUSSIONS TECHNIQUES EN 1993	162
DESIGNATION DU PRESIDENT ET DU PRESIDENT SUPPLEANT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES EN 1993	163
CHOIX DU SUJET DES DISCUSSIONS TECHNIQUES EN 1994	164
DATES ET LIEUX DES QUARANTE-TROISIEME ET QUARANTE-QUATRIEME SESSIONS DU COMITE REGIONAL EN 1993 ET EN 1994	165 - 167
CLOTURE DE LA QUARANTE-DEUXIEME SESSION	168 - 174

ANNEXES

	<u>Page</u>
1. Ordre du jour	55
2. Liste des participants	57
3. Allocution d'ouverture du Dr N. Ngendabanyikwa, Ministre de la Santé publique du Burundi, Président de la quarante et unième session du Comité régional de l'Afrique	75
4. Allocution du Dr G. L. Monekosso, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique	78
5. Allocution du M. Jimmy Carter, Ancien Président des Etats-Unis d'Amérique	80
6. Allocution du Professeur Pascal Lissouba, Président de la République du Congo	84
7. Allocution du Dr Hiroshi Nakajima, Directeur général, Organisation mondiale de la Santé	86
8. Allocution de M. Pascal Gayama, Secrétaire général adjoint de l'OUA	94
9. Allocution de M. Cole P. Dodge, Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique orientale et australe	98

	<u>Page</u>
10. Allocution de Monsieur Stanislas S. Adotevi, Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique occidentale et centrale	102
11. Rapport du Sous-Comité du Programme	106
12. Rapport de la réunion du Sous-Comité du Programme tenue les 8 et 9 septembre 1992	129
13. Rapport des discussions techniques	135
14. Ordre du jour provisoire de la quarante-troisième session du Comité régional	140
15. Liste des documents	142

PARTIE I

DECISIONS DE PROCEDURE

1. Composition du Sous-Comité des Désignations

Le Comité régional a nommé un Sous-Comité des Désignations composé des représentants des 12 Etats Membres suivants : Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Guinée équatoriale, Ethiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya et Lesotho. Le Sous-Comité a élu le Dr Manlan Kassi Léopold de Côte d'Ivoire Président au cours de sa première réunion du mercredi 2 septembre 1992.

Troisième séance, 3 septembre 1992

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 (Hon) B. Kawimbe Ministre de la Santé (Zambie)
<u>1er Vice-Président</u>	:	M. C. Dabire Ministre de la Santé (Burkina Faso)
<u>2ème Vice-Président</u>	:	Dr (Mme) D. F. Bragança Gomes Ministre de la Santé (Sao Tomé et Principe)
<u>Rapporteurs</u>	:	Dr (Lt. Col.) A. A. Gibril (Sierra Leone) Dr B. J. Andriamahefazafy (Madagascar) Dr F. Fernandes (Angola)

Rapporteurs des Discussions techniques

Dr E. G. Muzira (Ouganda)
Prof. Pierre Guissou (Burkina Faso)
M. J. L. Chomera (Mozambique).

Quatrième séance, 3 septembre 1992

3. Composition du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs

Le Comité régional, conformément à l'Article 16 du Règlement intérieur, a nommé un Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs composé de représentants des 12 Etats Membres suivants : Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cap-Vert, République centrafricaine, Tchad, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Namibie et Niger.

Le Sous-Comité a élu Mme G. Lombilo de la République centrafricaine comme Président.

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, Tchad, République centrafricaine, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Guinée équatoriale, Ethiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Togo, Ouganda, République Unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

Le Sous-Comité n'a pas été en mesure de vérifier les pouvoirs du Libéria et du Zaïre.

Neuvième séance, 8 septembre 1992

5. Choix du sujet des discussions techniques de 1993

Le Comité régional a reconfirmé que les discussions techniques qui auront lieu à sa quarante-troisième session porteront sur le thème suivant : "Développement de l'infrastructure sanitaire".

Neuvième séance, 8 septembre 1992

6. Désignation du Président et du Président suppléant des discussions techniques pour 1993

Le Comité régional a désigné le Professeur K. L. Manlan en tant que Président des discussions techniques de la quarante-troisième session, et l'Architecte Alberto Pires Comacho Ribeiro comme Président suppléant.

Neuvième séance, 8 septembre 1992

7. Ordre du jour de la quarante-troisième session du Comité régional

Le Comité régional a approuvé l'ordre du jour provisoire de la quarante-troisième session du Comité régional proposé par le Directeur régional dans l'Annexe 3 du document AFR/RC42/8 Corr.2.

Neuvième séance, 8 septembre 1992

8. Ordres du jour de la quatre-vingt-onzième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé : Incidences régionales

Le Comité régional a pris note des ordres du jour provisoires de la quatre-vingt-onzième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, ainsi que leur corrélation avec l'ordre du jour provisoire de la quarante-troisième session du Comité régional.

Neuvième séance, 8 septembre 1992

9. Méthode de travail et durée de la Quarante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé

Président de l'Assemblée mondiale de la Santé

9.1 Durant la quarante-troisième session du Comité régional, la Région africaine désignera un candidat à la Présidence de l'Assemblée mondiale de la Santé en 1994. Le candidat sera choisi parmi les pays membres de la Sous-Région III.

Vice-Président de l'Assemblée mondiale de la Santé

9.2 Le Président de la quarante-deuxième session du Comité régional sera proposé pour l'un des postes de Vice-Présidents de la Quarante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé en mai 1993. Si, pour une raison ou une autre, le Président du Comité régional n'est pas en mesure d'assumer ces fonctions, il sera remplacé par l'un des Vice-Présidents du Comité régional choisi suivant l'ordre établi après le tirage au sort (1er et 2ème Vice-Présidents). Au cas où le Président en exercice du Comité régional et ses deux Vice-Présidents sont dans l'impossibilité d'assumer les fonctions de Vice-Président de l'Assemblée mondiale de la Santé, les chefs des délégations des pays d'origine du Président en exercice du Comité régional, du Premier Vice-Président et du Second Vice-Président assumeront, suivant l'ordre de priorité établi, les fonctions de Vice-Président.

Membres habilités à désigner les personnes devant siéger au Conseil exécutif

9.3 Le mandat du Rwanda, de Sao Tomé et Príncipe, du Sénégal et des Seychelles au Conseil exécutif expireront à la clôture de la Quarante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé en mai 1993. Par conséquent, suivant l'habituel ordre alphabétique anglais, le Togo, l'Ouganda, la République Unie de Tanzanie et le Zaïre seront les nouveaux membres habilités à désigner une personne devant siéger au Conseil exécutif à partir de la quatre-vingt-douzième session du Conseil exécutif en mai 1993, immédiatement après la Quarante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé.

Clôture de la Quarante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé

9.4 Le Représentant de la République du Bénin prendra la parole au nom de la Région africaine à la clôture de la Quarante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, si l'ordre du jour le prévoit, conformément à la Décision 6 (11) de la trente-troisième session du Comité régional de l'Afrique.

Réunion informelle du Comité régional

9.5 Le Directeur régional convoquera cette réunion le lundi 4 mai 1993 à 10 heures au Palais des Nations, à Genève, pour confirmer les décisions prises par le Comité régional à sa quarante-deuxième session.

Neuvième séance, 8 septembre 1992

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

Le mandat de Sao Tomé et Príncipe venant à expiration le 12 décembre 1992, l'Algérie a été désignée comme nouveau membre et rejoindra le Sénégal pour représenter la Région africaine au Conseil conjoint de Coordination (JCB) du Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales.

Le mandat de trois ans de l'Algérie commencera en janvier 1993.

Neuvième séance, 8 septembre 1992

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

Le Comité régional décide de tenir sa quarante-troisième session à Brazzaville (Congo), son siège régional, en septembre 1993, conformément à la résolution AFR/RC35/R10, 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.

La quarante-quatrième session qui adoptera le Budget Programme 1996-1997 se tiendra à Brazzaville en 1994.

Neuvième séance, 8 septembre 1992

12. Désignation du représentant de la Région au Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine (HRP) : Composition du Comité pour les Politiques et la Coordination

Le Comité régional a remercié le Sénégal, membre sortant du Comité pour les Politiques et la Coordination (PCC), des services rendus au Comité et, selon l'ordre alphabétique anglais, a désigné l'Ouganda pour siéger au Comité pendant les trois prochaines années.

Le mandat de l'Ouganda commencera en janvier 1993.

Neuvième séance, 8 septembre 1992

RESOLUTIONS

AFR/RC42/R1 Activités de l'OMS dans la Région africaine - Rapport succinct du Directeur régional pour 1991

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport succinct du Directeur régional pour l'année 1991;

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

Notant avec satisfaction que ce rapport couvre les domaines prioritaires, tels que l'appui aux systèmes nationaux de santé, la protection et la promotion de la santé, la lutte contre la maladie y compris le SIDA;

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

1. APPROUVE le rapport du Directeur régional;
2. FELICITE le Directeur régional pour la qualité et la pertinence du document;
3. INVITE les Etats Membres à :
 - i) prendre les mesures appropriées pour la mise en oeuvre des programmes prioritaires en se référant au cadre africain de Développement sanitaire;
 - ii) renforcer les systèmes nationaux de santé fondés sur les soins de santé primaires, en portant une attention particulière à la gestion, à la formation et à la recherche;
 - iii) accroître les ressources budgétaires nationales accordées à la santé;
4. PRIE le Directeur régional de :
 - i) renforcer davantage les bureaux des Représentants de l'OMS, notamment par une plus grande délégation d'autorité, y compris en matière budgétaire, et appuyer davantage les équipes OMS/pays;
 - ii) prendre les mesures appropriées pour mobiliser les ressources extrabudgétaires requises en vue d'accélérer la mise en oeuvre des programmes prioritaires, en particulier au niveau local.

Neuvième séance, 8 septembre 1992

AFR/RC42/R2 Projet de Budget Programme pour l'exercice 1994-1995

Le Comité régional,

Ayant étudié en détail le rapport soumis par le Sous-Comité du Programme sur le Projet de Budget Programme pour l'exercice 1994-1995,

1. NOTE que le Budget Programme 1994-1995, le troisième du Huitième Programme général de Travail, a été préparé conformément aux directives fixées par la politique régionale en matière de budget programme et que la budgétisation globale a été établie sur la base d'un taux de croissance zéro en termes réels;
2. FELICITE le Directeur régional d'avoir mis concrètement en oeuvre les directives politiques données par les Organes directeurs;
3. APPROUVE le rapport du Sous-Comité du Programme;
4. APPROUVE le Projet de Budget Programme, et
5. PRIE le Directeur régional de transmettre le Projet de Budget Programme pour l'exercice 1994-1995 au Directeur général pour examen et inclusion dans le Projet de Budget Programme de l'Organisation pour l'exercice 1994-1995.

Neuvième séance, 8 septembre 1992

AFR/RC42/R3 Achat des vaccins

Le Comité régional,

Considérant le rapport du Directeur régional sur les stratégies de lutte contre les maladies cibles du PEV dans les années 1990;

Rappelant les résolutions AFR/RC39/R2, WHA41.28, WHA42.32 et le Sommet mondial de l'Enfance qui ont fixé les cibles à atteindre par les programmes de vaccination dans les années 1990;

Rappelant la résolution AFR/RC41/R1 qui demande aux Etats Membres d'accélérer la mise en oeuvre des plans d'opérations pour les initiatives spécifiques aux maladies et de préciser comment les acquis du programme peuvent être maintenus et consolidés par la fourniture des ressources nécessaires;

Se félicitant des efforts fournis par les organisations du système des Nations Unies, les agences et organisations gouvernementales et non gouvernementales qui ont assuré une fourniture régulière de vaccins aux Etats Membres;

Préoccupé par la forte hausse des prix des vaccins du Programme élargi de Vaccination;

Ayant conscience que les ressources disponibles au niveau des bailleurs de fonds pour l'achat des nouveaux vaccins du PEV, y compris les vaccins contre l'hépatite B et la fièvre jaune, sont de plus en plus limitées,

1. RECONNAIT le soutien de l'UNICEF, du ROTARY International, des organisations du système des Nations Unies, des organisations gouvernementales et non gouvernementales, pour améliorer les prestations des services de vaccination et la mise en oeuvre des stratégies pour atteindre les objectifs et les cibles du PEV dans les années 1990;

2. INVITE les Etats Membres :

- i) à contribuer à l'achat de vaccins du PEV les moins onéreux, dans la limite des ressources nationales disponibles;
- ii) à encourager, là où c'est possible, le partage des coûts comme un moyen d'assurer la viabilité du PEV;
- iii) à envisager, là où c'est possible, les moyens de produire des vaccins de haute qualité;
- iv) à s'assurer que les vaccins produits localement répondent aux normes de l'OMS;
- v) à s'assurer que la commercialisation des vaccins produits localement se fait dans toute la Région;

3. INVITE les Etats Membres et les partenaires du PEV à accorder un soutien financier et technique supplémentaire pour atteindre les objectifs du PEV et les cibles opérationnelles fixées pour les années 1990;

4. PRIE le Directeur régional :

- i) de collaborer avec l'UNICEF et les autres organisations internationales engagées dans le Programme élargi de Vaccination, pour négocier avec les fabricants de vaccins du PEV afin d'en maintenir les prix à un niveau abordable pour les pays en développement;
- ii) d'assurer, en collaboration avec l'UNICEF et d'autres organisations internationales, la mobilisation des ressources pour l'achat de nouveaux vaccins;
- iii) de fournir le soutien technique, logistique et gestionnaire aux pays ayant la capacité de produire des vaccins de haute qualité;
- iv) de faire rapport au Comité régional sur les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de cette résolution.

AFR/RC42/R4 Programme élargi de Vaccination : Stratégies régionales d'élimination du tétanos du nouveau-né et éradication de la poliomyélite

Le Comité régional,

Considérant la résolution AFR/RC38/R2 relative à l'élimination du tétanos néonatal en Afrique d'ici 1995;

Considérant la résolution AFR/RC39/R3 relative aux stratégies régionales d'élimination du tétanos néonatal et d'éradication de la poliomyélite d'ici l'an 2000;

Considérant le bilan du Programme élargi de Vaccination présenté lors de la quarante et unième session du Comité régional;

Ayant examiné le rapport du Directeur régional relatif à la mise à jour des stratégies régionales de réduction de l'incidence des maladies cibles du PEV,

1. APPROUVE les orientations stratégiques proposées dans le rapport du Directeur régional;
2. INVITE les organisations internationales, gouvernementales et non gouvernementales qui soutiennent les activités du PEV dans la Région, à accroître leurs contributions pour atteindre les objectifs du programme fixés par la communauté internationale et les Etats Membres;
3. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :
 - i) à se fixer les objectifs de réduction d'incidence du tétanos néonatal et de la poliomyélite dans les milieux urbains et les autres zones à forte densité de population;
 - ii) à améliorer les activités de surveillance épidémiologique au niveau des districts;
 - iii) à accroître leur contribution aux frais des opérations du programme;
4. PRIE le Directeur régional :
 - i) d'améliorer, en collaboration avec l'UNICEF, ROTARY International et les autres organisations gouvernementales, la coordination des ressources et des activités tant au niveau régional qu'au niveau national;
 - ii) d'assurer le suivi régulier des progrès des Etats Membres et, le cas échéant, de modifier les orientations stratégiques du programme pour que les cibles fixées pour 1995 soient atteintes;
 - iii) de présenter chaque année un rapport de progrès au Comité régional.

AFR/RC42/R5 Programme de lutte contre le SIDA

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du Directeur régional contenu dans le document AFR/RC42/5 Rév.1;

Rappelant les résolutions WHA40.26, WHA41.24, AFR/RC41/R14, WHA42.33, WHA42.34, WHA45.35, la résolution 46/203 de l'Assemblée Générale des Nations Unies, et la Déclaration AHG/DECL.1 (XXIII) des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'OUA;

Notant avec satisfaction la mise en oeuvre des résolutions AFR/RC37/R5, AFR/RC39/R7 et AFR/RC40/R6;

Préoccupé par le fait que la pandémie du SIDA se propage toujours rapidement et à un taux alarmant dans les pays en développement en général et dans les pays de la Région africaine en particulier, dans le contexte actuel de crise de la santé qu'a décrit la Déclaration de l'OUA (AHG/DECL.3 (XXVII));

Reconnaissant que le virus de l'immunodéficience humaine, l'agent qui cause le SIDA, se propage des zones urbaines aux zones rurales des pays de la Région, dans lesquels la majorité des populations vivent;

Reconnaissant que la transmission hétérosexuelle est le mode de transmission du VIH le plus prédominant dans la Région;

Très préoccupé par l'émergence des graves conséquences sociales et économiques de la maladie dues à la prévalence élevée de l'infection chez les hommes, les femmes et les enfants, par l'accroissement du nombre des malades du SIDA, et le pourcentage croissant des infections opportunistes telles que la tuberculose dans les communautés, situation qui a pour conséquence l'alourdissement du fardeau que supportent les services de santé déjà surchargés, et exige une étroite collaboration entre les programmes de lutte contre le SIDA et la tuberculose;

Convaincu que la lutte efficace contre le SIDA exige un engagement politique de haut niveau et des efforts substantiels de mobilisation communautaire;

Notant l'effet salubre que la décentralisation de la stratégie mondiale de lutte contre le SIDA a eu sur les efforts de lutte contre le SIDA;

Reconnaissant avec satisfaction la collaboration active de toutes les organisations et de toutes les agences du système des Nations Unies et de nombreuses organisations internationales dans la stratégie de lutte contre le SIDA;

Exprimant son appréciation des ressources techniques, matérielles et financières importantes que les agences multilatérales, bilatérales et des Nations Unies et les organisations non gouvernementales ont fourni à l'appui de la stratégie mondiale de lutte contre le SIDA en général et des programmes nationaux de lutte contre le SIDA des Etats Membres de la Région africaine en particulier;

Notant avec satisfaction les efforts déployés par les Etats Membres dans la mise en oeuvre des plans nationaux de lutte contre le SIDA;

Reconnaissant le rôle directeur du Bureau régional et le soutien qu'il accorde aux programmes nationaux de lutte contre le SIDA dans les Etats Membres,

1. FELICITE le Directeur régional pour son rapport;
2. FAIT SIENNES des recommandations et des actions menées pour la mise en oeuvre de la stratégie globale et des impulsions régionales pour la prévention et la lutte contre le SIDA dans les Etats Membres;
3. REMERCIE le Directeur général d'avoir actualisé la stratégie mondiale et déployé des efforts continus pour mobiliser des ressources en faveur du programme mondial de lutte contre le SIDA;
4. FAIT APPEL à la communauté internationale pour qu'elle accroisse son soutien aux pays de la Région afin de leur permettre de satisfaire les besoins croissants du nombre de plus en plus grand de malades du SIDA, d'orphelins, et de faire face aux graves conséquences économiques de la maladie sur les communautés;
5. FAIT APPEL aux Etats Membres pour :
 - i) qu'ils manifestent un engagement politique, technique et financier le plus élevé en faveur de la lutte contre le SIDA au plan national;
 - ii) qu'ils redoublent d'efforts pour mettre en oeuvre les domaines d'impulsion régionaux et la stratégie mondiale actualisée de lutte contre le SIDA, en accordant une attention particulière aux actions visant les femmes, les enfants et les adolescents ainsi qu'aux besoins en soins de santé des malades et de leurs familles;
 - iii) qu'ils renforcent leurs comités nationaux de lutte contre le SIDA et la gestion de leurs programmes nationaux de lutte contre le SIDA;
 - iv) qu'ils mobilisent les ressources nationales et internationales pour la création des services nationaux de transfusion sanguine y compris le développement et le renforcement des services de laboratoire au niveau de district et au niveau national et assurer la prévention de l'infection par le VIH du sang et des produits de sang en passant au crible toutes les donations de sang, en fournissant conseil, assistance et autres éléments préventifs;
 - v) qu'ils adoptent une approche multisectorielle aux niveaux national et international pour la lutte contre le SIDA et pour la mobilisation des ressources;
 - vi) qu'ils veillent aux droits de l'homme en prenant toutes les mesures nécessaires pour protéger les droits de l'homme et la dignité des malades du SIDA et qu'ils s'opposent à la discrimination contre les personnes et les groupes connus comme étant infectés par le SIDA ou soupçonnés de l'être;
 - vii) qu'ils redoublent d'efforts pour mettre en place des programmes complets de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et les intègrent dans le programme de prévention et de lutte contre le SIDA;

viii) qu'ils intègrent les activités nationales de lutte contre le SIDA et les maladies sexuellement transmissibles dans les soins de santé primaires et poursuivent la décentralisation des programmes de lutte contre le SIDA et des maladies sexuellement transmissibles vers les niveaux du district et de la communauté;

6. PRIE le Directeur régional :

- i) de continuer à inciter les Etats Membres à manifester l'engagement le plus élevé en faveur des programmes nationaux de lutte contre le SIDA;
- ii) de renforcer la capacité gestionnaire des Etats Membres par la fourniture d'une assistance technique et par l'organisation d'activités de formation technique et gestionnaire pour les fonctionnaires nationaux participant à la lutte contre le SIDA;
- iii) de fournir des orientations techniques aux Etats Membres dans la planification, la programmation, l'examen et la formulation des plans à moyen terme de la deuxième génération, en mettant l'accent sur la réponse multisectorielle à la lutte contre le SIDA;
- iv) d'assister les Etats Membres dans leurs efforts de mobilisation des ressources à l'appui des programmes nationaux de lutte contre le SIDA et de réponse multisectorielle à la pandémie;
- v) d'encourager les Etats Membres et de leur fournir une assistance technique pour l'organisation de soins domiciliaires à assise communautaire au bénéfice des malades souffrant du SIDA, de leurs familles et des communautés;
- vi) d'aider les Etats Membres à mettre en oeuvre des interventions et à évaluer leur impact afin d'améliorer les stratégies de lutte contre le SIDA dans tous les composants du programme;
- vii) de fournir des orientations techniques aux pays pour la mobilisation des jeunes, des femmes, des hommes, des travailleurs et de la communauté;
- viii) de faire rapport à la quarante-troisième session du Comité régional sur la situation du SIDA dans la Région et sur la mise en oeuvre de cette résolution.

Neuvième séance, 8 septembre 1992

AFR/RC42/R6 Réorientation et restructuration des hôpitaux fondées sur les soins de santé primaires en Afrique

Le Comité régional,

Ayant examiné le document AFR/RC42/6 sur la "Réorientation et restructuration des hôpitaux fondées sur les soins de santé primaires" présenté par le Directeur régional;

Notant la situation non satisfaisante prévalant dans la plupart des hôpitaux de la Région africaine;

Prenant acte des importants défis que se doivent de relever les hôpitaux africains dans la perspective d'une contribution plus efficace à la réalisation de la santé pour tous les Africains;

Rappelant la décision unanime des Etats Membres d'accélérer la mise en oeuvre des soins de santé primaires dans la Région conformément aux dispositions du Cadre africain de Développement sanitaire, approuvées à Lusaka en 1985,

1. FELICITE le Directeur régional pour son rapport;
2. APPROUVE les options et approches proposées dans le document AFR/RC42/6 en vue d'aider les pays de la Région à réexaminer le rôle des hôpitaux dans la mise en oeuvre des soins de santé primaires;
3. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :
 - i) à revoir les rôles, les fonctions, l'organisation et la gestion de leurs hôpitaux sur la base des orientations suggérées;
 - ii) à adopter les textes réglementaires pour redéfinir la mission de l'hôpital, redéfinir ses relations institutionnelles avec les autres structures et institutions de santé, avec les secteurs apparentés et les communautés;
 - iii) à renforcer la formation des personnels hospitaliers en matière de soins de santé primaires;
 - iv) à renforcer les capacités techniques, administratives et logistiques des hôpitaux ainsi que celles des institutions périphériques pour tenir compte des nouvelles fonctions de l'hôpital;
4. DEMANDE au Directeur régional :
 - i) de poursuivre les efforts de recherche dans le domaine;
 - ii) d'apporter tous les appuis possibles sur les plans technique et financier aux initiatives des pays;
 - iii) de faire rapport sur les progrès réalisés à la quarante-troisième session du Comité régional.

Neuvième séance, 8 septembre 1992

AFR/RC42/R7 Rapport final d'évaluation de la Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement (1981-1990) dans la Région africaine

Le Comité régional,

Ayant examiné le document sur l'Evaluation de la Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement (1981-1990) dans la Région africaine de l'OMS, présenté par le Directeur régional;

Rappelant la résolution WHA42.25 de l'Assemblée mondiale de la Santé appelant à un effort soutenu au cours des années 90 pour permettre l'extension et l'intensification des activités entreprises au cours de la Décennie dans le cadre de la stratégie de la santé pour tous, et la résolution AFR/RC41/R4 sur l'accélération de la mise en oeuvre des programmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement dans la Région africaine de l'OMS;

Notant qu'en dépit des progrès notables accomplis pendant la Décennie par les pays grâce à l'accroissement du soutien extérieur et financier pour assurer un meilleur accès aux installations d'approvisionnement en eau et d'assainissement, les pays connaissent toujours des difficultés pour atteindre les objectifs fixés en particulier dans les zones rurales et péri-urbaines;

Reconnaissant qu'on devrait utiliser au maximum les leçons tirées et les expériences acquises pendant la Décennie pour vaincre les principales contraintes compromettant le développement du secteur;

Préoccupé par l'ampleur de la tâche restant à accomplir et par les énormes ressources financières, humaines et matérielles nécessaires pour atteindre l'objectif de l'accès universel à l'approvisionnement en eau saine et à l'assainissement dans la Région;

Réaffirmant que l'approvisionnement en eau saine et l'assainissement constituent des services de base pour lutter contre les principales maladies transmissibles et qu'ils contribuent au développement socio-économique et améliorent la qualité de la vie;

Gardant à l'esprit que les agences sanitaires nationales doivent continuer à jouer un rôle particulier pour promouvoir le concept de l'approvisionnement en eau saine et de l'assainissement en tant que composante essentielle des soins de santé primaires;

1. FELICITE le Directeur régional pour son rapport complet sur l'Evaluation de la Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement dans la Région africaine;
2. APPROUVE le rapport du Directeur régional;
3. REMERCIE toutes les agences extérieures de soutien qui ont contribué au développement du secteur pendant la Décennie et leur demande de continuer à apporter leur soutien au secteur dans les années 90;
4. EXPRIME sa satisfaction pour les efforts déployés par les Etats Membres en dépit de nombreuses contraintes, pour assurer les progrès appréciables vers l'objectif de la Décennie;
5. PRIE les Etats Membres :

- i) de poursuivre la mise en oeuvre des stratégies et des plans d'action régionaux approuvés par la quarante et unième session du Comité régional, ainsi que l'application de la résolution AFR/RC41/R4 sur le développement des programmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement dans les années 90;
- ii) de s'assurer que les organes responsables de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, y compris les Ministères de la Santé, font un examen critique de leur expérience de la Décennie afin de voir s'il serait approprié de changer de stratégie vis-à-vis des objectifs et des cibles, en gardant à l'esprit que ces services sont essentiels pour atteindre l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

- iii) de mettre en place des structures qui permettent aux communautés d'assumer la responsabilité de la planification, du financement, de la mise en oeuvre et plus particulièrement de l'exploitation et de l'entretien;
 - iv) de susciter une mobilisation plus énergique des communautés pour générer les ressources additionnelles locales nécessaires à la pérennité du programme Eau et Assainissement;
 - v) d'accorder une attention particulière aux facteurs spécifiques qui améliorent la durabilité tels que l'usage de technologies appropriées et abordables, la participation des femmes, l'intégration de l'éducation pour la santé/hygiène, le recouvrement des coûts, la surveillance et le contrôle de la qualité de l'eau de boisson;
 - vi) de surveiller l'impact de l'approvisionnement en eau saine et de l'assainissement sur la santé, en accordant une attention particulière à la réduction des maladies diarrhéiques et du choléra ainsi que la réduction de schistosomiase et de la dracunculose, en particulier dans les pays affectés;
 - vii) de souligner que la mise à disposition d'installations d'approvisionnement public en eau devrait accompagner ou suivre de près les mesures d'évacuation des excréta, d'éducation pour la santé/hygiène grâce à l'accroissement des fonds alloués à ces activités;
 - viii) d'examiner périodiquement la situation de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement en ce qui concerne la couverture des services et d'autres facteurs pertinents;
 - ix) d'encourager les gouvernements nationaux et les bailleurs de fonds extérieurs à consacrer des investissements plus importants aux programmes nationaux d'approvisionnement en eau et d'assainissement;
6. PRIE le Directeur régional :
- i) de continuer à soutenir les pays dans la mise en oeuvre de la résolution AFR/RC41/R4 : "Accélération de la mise en oeuvre des programmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement dans la Région africaine", en veillant à obtenir le profit le plus grand possible pour la santé et en s'assurant que l'assainissement se développe de pair avec l'approvisionnement en eau;
 - ii) de continuer à renforcer la coopération technique de l'Organisation en particulier dans le domaine du développement des ressources humaines, des institutions et de la technologie, de l'échange d'informations et de la coordination internationale;
 - iii) de continuer à collaborer avec les autres agences des Nations Unies, les organismes bilatéraux et multilatéraux afin que ceux-ci consacrent davantage de leurs ressources à répondre aux besoins vitaux des Etats Membres, en s'assurant que leur soutien profite le plus possible à la santé;
 - iv) de soumettre périodiquement un rapport aux futures réunions du Comité régional, dans un point séparé de l'ordre du jour, sur les faits nouveaux résultant de la mise en oeuvre de la présente résolution.

AFR/RC42/R8 Programme de lutte antipaludique : Progrès accomplis et perspectives pour les années 1990

Le Comité régional,

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

Reconnaissant la situation alarmante du paludisme dans la plupart des pays africains et les conséquences négatives de ce fléau sur le développement socio-économique et la survie de l'enfant en Afrique;

Constatant les efforts de l'OMS pour la mobilisation internationale en faveur de la lutte antipaludique à travers l'organisation des trois conférences interrégionales et du sommet ministériel;

Notant avec satisfaction que plusieurs pays ont procédé à la reformulation des stratégies de lutte contre le paludisme conformément à la stratégie régionale recommandée par la Conférence de Brazzaville sur le Paludisme;

Notant avec satisfaction un début de renforcement des programmes antipaludiques dans quelques pays,

1. SOUSCRIT au rapport du Directeur régional;
2. INVITE les Etats Membres :
 - i) à adopter des politiques et des stratégies de lutte antipaludique adaptées à leurs réalités socio-économiques et élaborer des plans de mise en oeuvre des programmes de lutte;
 - ii) à renforcer leur engagement et celui de leurs communautés dans la lutte contre le paludisme;
 - iii) à déclarer la lutte antipaludique comme l'une des premières priorités en matière de santé et de développement dans le pays;
 - iv) à créer des unités de lutte contre le paludisme au sein des divisions de lutte contre la maladie des Ministères de la Santé, et renforcer les unités existantes;
 - v) à mobiliser les ressources locales et extérieures nécessaires pour la mise en oeuvre des programmes;
 - vi) à assurer le succès de la prochaine Conférence ministérielle mondiale d'Amsterdam par l'élaboration de propositions concrètes visant le renforcement de la lutte contre le paludisme;
3. LANCE UN APPEL à la communauté internationale pour qu'elle soutienne les efforts de l'OMS et des Etats Membres pour la mise en oeuvre des plans d'action nationaux;
4. LANCE UN APPEL aux agences des Nations Unies, et en particulier au PNUD et à l'UNICEF et aux organisations non gouvernementales, pour renforcer leur engagement en faveur de la lutte antipaludique à travers les programmes de coopération visant le renforcement des services de santé et la survie de l'enfant en Afrique;

5. PRIE le Directeur régional :

- i) d'assurer le soutien technique nécessaire aux Etats Membres pour l'élaboration ou la reformulation des programmes antipaludiques;
- ii) de poursuivre les efforts visant à renforcer les compétences techniques dans les pays de la Région;
- iii) de favoriser le développement des activités de recherche opérationnelle visant l'amélioration des programmes en cours;
- iv) de contribuer à la mobilisation des ressources en faveur de lutte antipaludique;
- v) de continuer à sensibiliser les bailleurs de fonds à participer davantage à la lutte antipaludique en Afrique;
- vi) de soumettre à la quarante-troisième session du Comité régional un rapport sur les progrès réalisés dans la mise en oeuvre des programmes antipaludiques dans la Région.

Neuvième séance, 8 septembre 1992

AFR/RC42/R9 Programme régional de lutte contre la tuberculose et la lèpre

Le Comité régional,

Rappelant les résolutions AFR/RC40/R7, WHA44.8 relatives à la tuberculose et la résolution WHA44.9 relative à la lèpre;

Exprimant sa préoccupation sur le fait qu'il y a toujours plus de 600 000 décès et 1 400 000 nouveaux cas de tuberculose chaque année dans notre Région;

Reconnaissant que la tuberculose s'accroît rapidement dans la Région du fait de la pandémie du SIDA;

Reconnaissant par ailleurs que l'application ingénieuse des technologies existantes peut permettre d'atteindre l'objectif des programmes de lutte contre la tuberculose même dans des conditions très difficiles;

Notant avec satisfaction les progrès significatifs réalisés par la polychimiothérapie de la lèpre, entraînant des réductions de la prévalence de la maladie;

Ayant examiné le rapport du Directeur régional sur le programme de lutte contre la tuberculose et la lèpre;

Conscient de la nécessité d'une réinsertion sociale progressive des malades de la lèpre et d'une fermeture progressive de léproseries,

1. FELICITE le Directeur régional pour les actions concrètes et excellentes entreprises pour revigorer le programme régional de lutte contre la tuberculose et la lèpre;

2. DEMANDE aux Etats Membres :

- i) de prendre, au plus haut niveau, l'engagement politique d'intensifier la lutte contre la tuberculose et la lèpre en tant qu'activité intégrée aux soins de santé primaires; de passer en revue les activités actuelles de lutte, en particulier contre la tuberculose, à la lumière de la pandémie sidéenne, afin de démarrer la chimiothérapie de courte durée pour la tuberculose, d'étendre la couverture polychimiothérapique de la lèpre et d'améliorer leur système respectif de gestion;
- ii) de renforcer les capacités gestionnaires des programmes nationaux, en particulier au niveau du district, et d'améliorer la formation à la lutte contre la tuberculose et la lèpre des agents de santé à tous les niveaux, y compris les étudiants en médecine et les infirmiers;
- iii) de renforcer les activités d'éducation pour la santé grâce à diverses approches y compris la participation communautaire, notamment en ce qui concerne la réinsertion sociale du malade de la lèpre;

3. DEMANDE aux organisations internationales, gouvernementales et non gouvernementales ainsi qu'aux fondations bénévoles privées de continuer à soutenir les activités de lutte contre la tuberculose et contre la lèpre dans la Région africaine;

4. DEMANDE au Directeur régional :

- i) d'intensifier le soutien apporté aux Etats Membres en vue de créer et de renforcer les programmes nationaux de lutte, afin d'améliorer le dépistage et le traitement et d'atteindre la cible de 85 % de taux de guérison des malades positifs sous traitement et de détecter 70 % des cas d'ici l'an 2000, grâce à une approche intégrée aux soins de santé primaires;
- ii) de renforcer le soutien technique fourni aux Etats Membres pour la mise en oeuvre de la polychimiothérapie afin de réaliser l'élimination mondiale de la lèpre comme problème de santé publique d'ici l'an 2000;
- iii) de continuer à mobiliser des ressources financières pour la mise en oeuvre de la chimiothérapie de courte durée et de la polychimiothérapie;
- iv) de continuer à renforcer la capacité de gestion des pays pour la lutte contre la tuberculose et la lèpre grâce au soutien à la formation et la recherche;

5. PRIE le Directeur régional de surveiller les progrès réalisés par le programme et de faire régulièrement rapport au Comité régional.

AFR/RC42/R10 Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques

Le Comité régional,

Rappelant les résolutions AFR/RC35/R9 et AFR/RC38/R10;

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

Ayant été informé que :

- i) quarante-deux pays disposent de programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques en 1991;
- ii) l'accès aux sels de réhydratation par voie orale est passé de 38 % en 1987, à 52 % en 1989 et que l'utilisation de la thérapie de réhydratation par voie orale est passée de 19 % en 1987 à 36 % en 1989;
- iii) des évaluations et enquêtes sur le programme ont été effectuées pour évaluer les progrès accomplis par les programmes nationaux de lutte contre les maladies diarrhéiques dans 34 pays, et
- iv) la formation du personnel de santé a été renforcée dans tous les domaines, en particulier dans celui du traitement des cas;

Considérant que la lutte contre les maladies diarrhéiques comprend aussi bien le traitement approprié des cas que la prévention de la diarrhée,

1. EXPRIME SA SATISFACTION devant les progrès considérables accomplis dans la mise en oeuvre des programmes nationaux de lutte contre les maladies diarrhéiques;
2. REND HOMMAGE A L'UNICEF et aux autres organisations bilatérales, internationales et non gouvernementales pour leur collaboration soutenue et leur soutien continu au programme CDD;
3. PRIE INSTAMMENT les Etats Membres d'intensifier leur engagement dans les activités de lutte contre les maladies diarrhéiques en tant que partie intégrante des soins de santé primaires, en accordant une attention particulière aux activités susceptibles d'avoir un impact immédiat sur la mortalité infantile, telles que la formation au traitement des cas au niveau opérationnel, et la prévention afin de réduire la morbidité imputable à la diarrhée;
4. REAFFIRME que la mise en place d'un programme visant à lutter efficacement contre les maladies diarrhéiques doit comporter des plans multisectoriels de prévention et de lutte contre le choléra, la formation à la prise en charge des cas comme les mesures les plus appropriées pour lutter contre les épidémies de choléra dans la Région africaine;
5. REITERE qu'il est nécessaire que les programmes mettent l'accent sur l'allaitement continu au sein, l'accroissement de la consommation de liquides, l'utilisation d'eau potable, une bonne hygiène, l'évacuation appropriée des excréta, et la vaccination contre la rougeole, pour éviter les maladies diarrhéiques;

6. REAFFIRME par ailleurs que le traitement doit consister à administrer des liquides de réhydratation par voie orale, à donner des conseils corrects sur leur utilisation et sur une alimentation appropriée pendant et après la diarrhée, ainsi que le transfert des malades à l'échelon supérieur, le cas échéant;

7. PRIE le Directeur régional :

- i) de poursuivre la collaboration avec les Etats Membres pour renforcer les programmes nationaux de lutte par la promotion et le soutien aux activités de formation, en mettant un accent particulier sur le traitement des cas au niveau opérationnel, les activités de communication, et l'évaluation des programmes, afin d'accroître l'acceptation de la thérapie de réhydratation par voie orale et d'améliorer l'efficacité du traitement des cas; toutes ces activités visant à atteindre les cibles régionales de 80 % d'accès aux sels de réhydratation par voie orale et de 60 % d'utilisation de la thérapie de réhydratation par voie orale chez les enfants de moins de cinq ans au plus tard en 1995;
- ii) d'intensifier la collaboration avec l'UNICEF et d'autres organisations bilatérales, internationales et non gouvernementales en matière de financement et de mise en oeuvre des activités du programme;
- iii) de poursuivre les efforts en vue d'aider les gouvernements à mobiliser les ressources destinées à la mise en oeuvre des activités du programme, en finançant avec d'autres partenaires, les réunions nationales des bailleurs de fonds;
- iv) de tenir les Etats Membres et le Comité régional informés des progrès réalisés dans la mise en oeuvre du programme de lutte contre les maladies diarrhéiques.

Neuvième séance, 8 septembre 1992

AFR/RC42/R11 Préparation et réponse aux situations d'urgence et assistance humanitaire dans la Région africaine

Le Comité régional,

Rappelant les résolutions WHA34.26, 38.29 et 42.16 de l'Assemblée mondiale de la Santé, les résolutions CM/RES/1253 (LI) de l'OUA, les résolutions 42/169, 44/211, 44/236 et 46/182 de l'Assemblée générale des Nations Unies, les résolutions AFR/RC38/R25, RC40/R11 et R12 du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique;

Ayant conscience de l'impact sérieux des catastrophes sur les infrastructures sanitaires et le développement économique des pays africains;

Reconnaissant l'action entreprise par le Secrétaire général des Nations Unies en déclarant les années 1990 "Décennie internationale de Réduction des catastrophes naturelles", la création du Secrétariat de la Décennie et du fonds d'affectation spéciale;

Reconnaissant la nécessité de coordonner davantage l'assistance fournie par les agences des Nations Unies et la restructuration mise en oeuvre actuellement par le Directeur des Affaires humanitaires des Nations Unies;

Considérant les priorités indiquées par la réunion régionale de l'OUA sur les catastrophes en avril 1992;

Notant avec satisfaction le rapport du Directeur régional sur la "Préparation et réponse aux situations d'urgence en Afrique" (document AFR/RC42/18),

1. FAIT APPEL aux agences concernées du système des Nations Unies travaillant dans la Région pour qu'elles coopèrent et harmonisent leurs efforts avec ceux du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et du Centre panafricain de Préparation et de Réponse aux Situations d'Urgence, pour réduire l'impact négatif des catastrophes dans les Etats Membres;

2. PRIE instamment les Etats Membres :

- i) de continuer à élaborer et à mettre à jour leurs plans nationaux de préparation et de réponse aux situations d'urgence là où la surveillance, la formation et la constitution de stocks devraient être envisagées;
- ii) de soumettre régulièrement des rapports sur l'incidence des catastrophes dans leurs pays respectifs au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et/ou au Centre panafricain de Préparation et de Réponse aux Situations d'Urgence à Addis Abeba;
- iii) de renforcer la coopération entre le secteur de la santé et les autres secteurs concernés;
- iv) de soutenir la mise en oeuvre des activités de la Décennie internationale de Réduction des Catastrophes naturelles;

3. PRIE le Directeur régional :

- i) de coopérer et de collaborer avec le Secrétariat général de l'OUA, le Directeur des Affaires humanitaires des Nations Unies ainsi qu'avec les autres organismes et institutions pertinentes, à la réalisation des objectifs prioritaires de réduction des catastrophes déterminés aux niveaux national, sous-régional et régional par la réunion de l'OUA sur les catastrophes qui a eu lieu en avril 1992;
- ii) d'organiser des ateliers, des séminaires et des cours de formation pertinents pour les gestionnaires de niveau moyen et les décideurs politiques africains;
- iii) de coopérer avec le Secrétariat de la Décennie internationale de Réduction des Catastrophes naturelles à la réalisation des objectifs et des buts de la Décennie, grâce à des efforts concertés et à des propositions concrètes de projets à mettre en oeuvre pendant la Décennie;

- iv) de renforcer le réseau existant de centres collaborateurs pour la réduction des catastrophes dans la Région, en accordant une attention particulière à la Corne de l'Afrique et à la sous-région d'Afrique australe;
- v) de mobiliser les ressources nécessaires pour soutenir les pays africains dans les activités de prévention, de préparation et de réponse aux catastrophes.

Neuvième séance, 8 septembre 1992

AFR/RC42/R12 Motion de remerciements

Le Comité régional,

Considérant les efforts énormes déployés par le peuple et le Gouvernement du Congo pour garantir le succès de la quarante-deuxième session du Comité régional de l'Afrique qui s'est tenue à Brazzaville du 2 au 9 septembre 1992;

Sensible à l'accueil chaleureux et fraternel du peuple et du Gouvernement congolais;

Considérant l'engagement et la volonté politiques des responsables nationaux de mettre en oeuvre leurs stratégies nationales de la SPT/2000 au moyen des soins de santé primaires,

1. REMERCIE Son Excellence le Professeur Pascal Lissouba, Président de la République du Congo;

- i) d'avoir bien voulu honorer de sa présence la cérémonie d'ouverture de la quarante-deuxième session du Comité régional;
- ii) de son allocution opportune et stimulante, axée principalement sur les problèmes de santé en Afrique et, notamment au Congo, ainsi que sur l'importance d'une gestion rigoureuse dans l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000;

2. EXPRIME sa gratitude au Gouvernement et au peuple de la République du Congo pour leur accueil chaleureux;

3. PRIE le Président de la quarante-deuxième session du Comité régional de transmettre à Son Excellence le Professeur Pascal Lissouba, Président de la République du Congo, la présente motion de remerciements.

Neuvième séance, 8 septembre 1992

AFR/RC42/R13 Mobilisation générale en faveur de la santé
communautaire en Afrique

Le Comité régional,

Considérant "l'Appel pour l'Afrique" lancé à Bujumbura par la quarante et unième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique en septembre 1991 pour une mobilisation générale en faveur de la santé communautaire en Afrique;

Considérant la dégradation continue de la situation sanitaire des populations africaines surtout en zones rurales;

Considérant la décision prise par la quarante et unième session du Comité de lancer à compter de l'année 1992 une vaste campagne de mobilisation générale en faveur de la santé communautaire en Afrique;

Considérant les réactions très favorables des communautés africaines, des Etats Membres, des agences des Nations Unies, des organisations internationales et de l'opinion internationale vis-à-vis de cette campagne, réactions qui se sont manifestées par :

- la mise en place dans la majorité des pays des structures nationales de coordination des activités de mobilisation;
- l'engagement des communautés africaines à intensifier à leurs niveaux les actions en faveur de leur santé;
- l'engagement pris par de nombreuses agences de financement, organisations internationales, et ONG;

Considérant le lancement avec succès de la Campagne de Mobilisation générale en faveur de la Santé communautaire en Afrique avec la tenue à Brazzaville du 4 au 6 septembre 1992 de la Conférence internationale sur la Santé communautaire en Afrique (CISCA);

Considérant l'importante participation des délégations d'Afrique, des représentants de la communauté internationale et de la presse à cette Conférence;

Considérant les nombreuses initiatives entreprises par les communautés africaines en faveur de leur santé et révélées pendant la CISCA;

Considérant le ferme engagement de l'Afrique à se mobiliser pour vaincre l'AFROPESSIMISME;

Considérant la pertinence du Fonds Spécial de la Santé pour l'Afrique en tant qu'instrument d'appui à l'action des communautés;

Considérant l'insuffisance de l'impact des politiques sanitaires qui ont été conçues dans la plupart des cas sans la participation effective des populations concernées;

Considérant que l'objectif de la santé pour tous ne peut être atteint sans l'engagement résolu des communautés elles-mêmes,

1. REMERCIE le Gouvernement congolais d'avoir répondu à l'Appel de Bujumbura en organisant la CISCA;
2. REMERCIE les Gouvernements africains, les agences internationales et autres partenaires pour leur appui à la tenue de la CISCA;
3. REMERCIE le Directeur régional et son équipe pour l'appui technique apporté à la Campagne de Mobilisation en faveur de la Santé communautaire en Afrique;
4. INVITE INSTAMMENT les gouvernements africains, les agences internationales et autres partenaires à :
 - i) poursuivre leur soutien à la santé communautaire en Afrique;
 - ii) faire écho de la campagne de mobilisation qui vient d'être lancée avec la tenue de la CISCA;
 - iii) entreprendre dans leurs pays respectifs des actions devant encourager les communautés à se mobiliser pour des actions encore plus significatives en faveur de leur santé;
 - iv) prendre toutes les mesures nécessaires en vue de la mobilisation des ressources devant soutenir les initiatives prises par les communautés;
 - v) mettre un accent tout particulier sur le volet santé communautaire dans leurs programmes nationaux de santé;
 - vi) communiquer régulièrement au Bureau régional les résultats de leurs actions dans le cadre de la campagne de mobilisation afin de leur permettre d'en assurer le suivi;
5. DEMANDE au Directeur régional d'apporter un appui technique aux pays dans la mise en oeuvre des actions de santé communautaire et de rendre compte à la quarante-troisième session du Comité régional des avancées réalisées dans le cadre de cette campagne de mobilisation générale en faveur de la santé communautaire en Afrique.

Neuvième séance, 8 septembre 1992

1. REMERCIE le Gouvernement congolais d'avoir répondu à l'Appel de Bujumbura en organisant la CISCA;
2. REMERCIE les Gouvernements africains, les agences internationales et autres partenaires pour leur appui à la tenue de la CISCA;
3. REMERCIE le Directeur régional et son équipe pour l'appui technique apporté à la Campagne de Mobilisation en faveur de la Santé communautaire en Afrique;
4. INVITE INSTAMMENT les gouvernements africains, les agences internationales et autres partenaires à :
 - i) poursuivre leur soutien à la santé communautaire en Afrique;
 - ii) faire écho de la campagne de mobilisation qui vient d'être lancée avec la tenue de la CISCA;
 - iii) entreprendre dans leurs pays respectifs des actions devant encourager les communautés à se mobiliser pour des actions encore plus significatives en faveur de leur santé;
 - iv) prendre toutes les mesures nécessaires en vue de la mobilisation des ressources devant soutenir les initiatives prises par les communautés;
 - v) mettre un accent tout particulier sur le volet santé communautaire dans leurs programmes nationaux de santé;
 - vi) communiquer régulièrement au Bureau régional les résultats de leurs actions dans le cadre de la campagne de mobilisation afin de leur permettre d'en assurer le suivi;
5. DEMANDE au Directeur régional d'apporter un appui technique aux pays dans la mise en oeuvre des actions de santé communautaire et de rendre compte à la quarante-troisième session du Comité régional des avancées réalisées dans le cadre de cette campagne de mobilisation générale en faveur de la santé communautaire en Afrique.

Neuvième séance, 8 septembre 1992

PARTIE II

OUVERTURE DE LA SESSION

1. La quarante-deuxième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique s'est ouverte le 2 septembre 1992 à Brazzaville, en République du Congo. Etaient présents à la cérémonie d'ouverture, le Professeur Pascal Lissouba, Président de la République du Congo, le Premier Ministre du Congo, Monsieur Maurice Stéphane Bongho Nouarra, le Président sortant de la quarante et unième session du Comité régional, le Dr Norbert Ngendabanyikwa et Monsieur P. Gayama, Représentant du Secrétaire général de l'OUA, le Dr Salim Ahmed Salim empêché. On également participé à la cérémonie, l'ancien Président des Etats-Unis d'Amérique, Monsieur Jimmy Carter, le Dr G. L. Monekosso, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, les délégations des Etats Membres de la Région africaine de l'OMS, les Représentants des organisations internationales et non gouvernementales.
2. Dans ces remarques liminaires (Annexe 3), le Président sortant de la quarante et unième session du Comité régional a estimé que la présence du Président Lissouba constituait une source d'inspiration et d'encouragement. Il a qualifié l'ancien Président Carter d'ami sensible et sincère de l'Afrique qui fait beaucoup pour améliorer la santé des populations africaines.
3. Le Dr Ngendabanyikwa a fait remarquer que les réductions drastiques de ressources ont affecté tous les secteurs de l'activité nationale y compris la santé. Le SIDA, le choléra et d'autres maladies ont aggravé la situation. Il a demandé un examen approfondi des politiques sanitaires de manière que grâce à l'impulsion de l'OMS, les communautés de la Région puissent oeuvrer en faveur de l'auto-suffisance dans le domaine des services de santé. Selon lui, l'appel de Bujumbura et le Fonds Spécial de la Santé pour l'Afrique constituent d'importantes étapes dont la Conférence internationale sur la Santé communautaire en Afrique sera le point culminant. Il a remercié le Dr G. L. Monekosso pour le soutien précieux qu'il a apporté à l'organisation de la conférence.
4. Le Président sortant a enfin affirmé qu'en matière de santé, les enjeux sont importants et que l'Afrique avait besoin de la solidarité internationale afin de s'attaquer à la sécheresse, aux épidémies et aux maladies telles que le paludisme, le choléra, le SIDA, etc. Il a remercié une fois de plus le Directeur régional, le Dr G. L. Monekosso, et son équipe d'avoir oeuvré pour conduire les Etats Membres vers des solutions durables.
5. Dans son discours introductif (Annexe 4), le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, le Dr G. L. Monekosso, a souhaité la bienvenue à ses éminents visiteurs, qualifiant leur présence d'historique et mobilisatrice. Après avoir félicité le Professeur Pascal Lissouba pour sa brillante élection à la magistrature suprême du Congo, il a noté que c'est la première apparition publique du nouveau Président, ce qui témoigne de son intérêt pour la santé de tous les peuples. Il a rendu un vibrant hommage à la maturité politique du peuple congolais et à l'humanisme de leur Président.
6. Le Directeur régional a rappelé aux honorables délégués des Etats Membres qu'ils se réunissaient dans un contexte de crise économique, sociale et politique dont les solutions, comme l'a si clairement dit le Président Lissouba deux jours auparavant, nécessitent que chacun fasse preuve d'un esprit d'innovation et de créativité. Le rôle de l'OMS, selon le Directeur régional, est de réagir de façon dynamique aux défis sanitaires et sociaux lancés à la communauté internationale tout entière de manière à devenir l'un des maillons essentiels de la chaîne de solidarité humaine.

7. Dans son intervention (Annexe 5), l'ancien Président Jimmy Carter a décrit l'élection du Président Lissouba comme la résultante de la démocratie et de la liberté qui sont l'héritage de tous les peuples épris de paix.
8. Monsieur Jimmy Carter a perçu son invitation aux présentes assises comme une occasion pour renforcer les liens d'amitié entre les Etats-Unis d'Amérique et l'Afrique. L'Afrique, a-t-il fait remarquer, a des problèmes de santé qu'elle ne peut pas résoudre seule. Cependant, il est venu au Congo non pas pour représenter les Etats-Unis, mais en tant que Chef du Centre Carter d'Atlanta, en Georgie. Il a révélé que le Centre Carter comptait au nombre de ses activités le suivi des conflits dans le monde. Cent-deux de ces conflits font l'objet d'études, dont 32 guerres. A l'exception de la Yougoslavie, tous les conflits suivis par le Centre sont des guerres civiles. On dénombre des conflits dans lesquels les Nations Unies ne peuvent pas intervenir étant donné qu'il s'agit de situations où des gouvernements sont opposés à leurs propres peuples.
9. Néanmoins, les conflits conduisent toujours à des souffrances à répétition, à des meurtres et à la pénurie de denrées alimentaires pour les personnes qui en ont le plus besoin. Monsieur Carter a ajouté que la famine résultant de la guerre ainsi que la lourde charge de la dette et la baisse de la production alimentaire ont conduit à une baisse de 70 calories par individu et par jour. Ce sont là des faits que l'on ne peut ignorer.
10. Le Centre Carter est également engagé à aider les cultivateurs des petites exploitations à augmenter leur rendement; 150 000 fermiers dans différentes parties du monde ont bénéficié d'une telle assistance. Une autre équipe spéciale du Centre s'occupant de la survie et du développement de l'enfant travaille pour l'élimination de la poliomyélite et d'autres maladies pour lesquelles il existe des vaccins, a-t-il ajouté. Alors que le dernier cas de cette maladie terrible a été enregistré en Amérique Latine, l'Afrique doit encore relever ce défi.
11. L'ancien Président a également évoqué le cas du ver de Guinée, une terrible maladie qui affecte l'Afrique tout comme l'Asie. Il a dit que cette maladie doit être rayée de la surface de la terre d'ici à 1995. Sa visite, dit-il, a pour but d'atteindre cet objectif.
12. Monsieur Carter s'est dit encouragé par les efforts dont il a été témoin, mais a fait remarquer que les progrès économiques dépendent des progrès réalisés dans le domaine du développement sanitaire. Pour illustrer cette relation, il a indiqué que la réduction du taux de mortalité infantile conduit à une augmentation de l'espérance de vie, et paradoxalement à un déclin réel de la croissance démographique. Il a décrit cela comme des gains remarquables particulièrement dans la mesure où ces gains ont été réalisés avec d'énormes difficultés.
13. Les disparités entre les pays développés et les pays en développement ont augmenté et le fossé qui en résulte ne peut être comblé sans des progrès dans le développement sanitaire. Le ver de Guinée a empêché d'accroître le rendement des récoltes et les mauvaises conditions d'hygiène ont compromis le tourisme. Et ceci signifie que les ministères de l'agriculture, de la santé, de l'éducation, des finances, etc., sont concernés et doivent oeuvrer ensemble en commençant par le Chef de l'Etat, si on veut réaliser un développement sanitaire réel. Selon Monsieur Carter, l'exemple du Président Lissouba ainsi que d'autres Chefs d'Etat qu'il a rencontrés constitue une émulation précieuse.

14. L'ancien Président Jimmy Carter a exprimé le souhait que les Nations Unies célèbrent leur 50ème anniversaire avec l'éradication du ver de Guinée. L'onchocercose aussi doit être éliminée, et il existe déjà une thérapie peu onéreuse pour le faire. Il a rappelé qu'il était disponible pour continuer à travailler avec l'OMS et d'autres partenaires pour trouver des solutions durables aux problèmes sanitaires de la Région.

15. Dans un passage de son discours, l'ancien Président a transmis un appel lancé par Mme Rosalyn Carter au quarante-deuxième Comité régional. Dans ce message, Mme Carter lance un appel pour que le 10 octobre soit déclaré Journée mondiale de la Santé mentale. Ce jour-là, elle a l'intention d'inviter toutes les premières dames du monde entier à se joindre à elle pour discuter des troubles mentaux et attirer l'attention du monde sur ces affections débilantes.

16. Dans son discours (Annexe 8), M. P. Gayama - intervenant au nom du Secrétaire général de l'OUA, le Dr Salim Ahmed Salim - a exprimé sa joie de prendre la parole devant cette auguste assemblée. Pour lui, la présence du Président Pascal Lissouba constitue un "signe de la nouvelle vision que l'Afrique doit avoir". Il a qualifié Monsieur Jimmy Carter, ancien Président des Etats-Unis d'Amérique, d'ami de l'Afrique et a souligné ses efforts pour instaurer la paix dans la Corne de l'Afrique.

17. Après les années d'optimisme des années 60, l'Afrique est victime de nombreuses calamités et maladies qui nécessitent des solutions, a déclaré M. Gayama. La réunion de Dakar qui sera organisée en novembre 1992 par l'UNICEF traitera de la survie de l'enfant. Il a exhorté les honorables délégués à y prendre part.

18. Le rôle de l'OUA consiste à aider l'Afrique dans sa marche en avant. L'OUA est en parfait accord avec les efforts déployés actuellement pour éliminer la souffrance et la maladie, a-t-il ajouté. C'est à la poursuite de cet objectif que l'OUA a oeuvré pour l'adoption de la Déclaration sur la Santé comme Base du Développement. Le Fonds Spécial de la Santé pour l'Afrique et la Déclaration d'Abuja sur la crise de la santé en Afrique constituent d'autres exemples de la collaboration étroite qui existe entre l'OUA et l'OMS.

19. Mais pour réussir, il faut de l'engagement et des actions concrètes, a-t-il poursuivi. Le Fonds Spécial de la Santé pour l'Afrique a besoin davantage de contributions et à ce jour, toutes les chartes adoptées par l'OUA n'ont pas encore été signées ou ratifiées par ses Etats Membres. Il a cité les chartes sur les déchets industriels, le développement de l'enfant, etc., comme des domaines où un engagement plus ferme est nécessaire. Il a reconnu que la route conduisant à la bonne santé est longue. Mais l'OUA est engagée à travailler avec l'OMS pour atteindre les objectifs communs.

20. Dans sa conclusion, il a rendu un hommage appuyé au Dr Monekosso pour avoir entretenu les bonnes relations entre l'OMS et l'OUA.

21. Dans son bref discours d'ouverture (Annexe 6) devant les Ministres de la Santé de la Région africaine, le Président Pascal Lissouba a souhaité une chaleureuse bienvenue à l'ancien Président Jimmy Carter dont la présence est une source de joie et d'honneur pour lui-même et pour le peuple congolais. Il a ajouté que l'Afrique était confrontée aux multiples défis que lui lance la maladie et qu'elle avait besoin de l'aide de personnes comme M. Carter pour les relever.

22. Le nouveau Président du Congo a poursuivi son allocution en remerciant le Professeur Monekosso et le Président de la quarante et unième session du Comité régional pour l'occasion qui lui est donnée de prendre la parole au cours de la présente cérémonie.

23. Il a ajouté que la solution des problèmes de santé de l'Afrique nécessite davantage d'efforts et de ressources, d'autant plus qu'ils sont aggravés par la crise économique, l'absence de motivation chez les travailleurs, la détérioration de l'infrastructure sanitaire et d'autres lacunes. Il a salué l'ampleur des réalisations mais reconnu que beaucoup restait encore à faire particulièrement pour assurer une véritable décentralisation.

24. Le Président a mis en exergue la recherche, l'éducation et la santé, composantes sans lesquelles aucun programme ne peut être réalisé. Il attend avec beaucoup d'intérêt les résultats des efforts en cours pour trouver des solutions à nos problèmes de santé. Il fait confiance au leadership du Professeur Monekosso pour aider à trouver ces solutions.

Discours du Directeur général de l'OMS

25. Le Directeur général, le Dr Hiroshi Nakajima, a été présenté par le Président de la quarante-deuxième session du Comité régional. Dans son discours (Annexe 7), il a traité de l'effet de la crise socio-économique sur le développement sanitaire, des changements en cours en Afrique du Sud et de la sécheresse qui sévit en Afrique australe. Il a mentionné le groupe de travail du Conseil exécutif et l'examen par celui-ci de la mission et du rôle de l'OMS, et il a souligné les efforts déployés pour améliorer la coordination au sein du système des Nations Unies, spécialement ceux du Secrétaire général. Il a rappelé la nécessité de la coordination multiseCTORielle et a examiné ses efforts pour améliorer la coordination avec les autres agences des Nations Unies. Il a identifié quatre principes qui doivent guider le Neuvième Programme général de Travail. Il a brièvement examiné les problèmes du SIDA, du paludisme, de la malnutrition, de la pauvreté et de l'assainissement dans la Région africaine. Parlant des relations entre le Nord et le Sud, il a souligné la nécessité de mettre en place une "nouvelle convention sociale internationale". Il a conclu en soulignant les succès enregistrés par les Africains en matière de santé et le dynamisme fondamental des sociétés africaines.

Allocution du Dr Israt Husain, Chef de Division, BIRD

26. Ensuite le Président du Comité a introduit le Dr Israt Husain de la Banque mondiale qui a fait un rapport sur l'état d'avancement du document de la Banque mondiale intitulé : Une meilleure santé pour l'Afrique. La Représentante de la Banque mondiale a souligné que les politiques de santé "doivent être vos politiques". Elle a fait ressortir la relation entre la santé et le développement. Pour elle, le soulagement de la pauvreté est un objectif nécessaire et l'amélioration des investissements en matière de santé apparaît tout à fait justifiée. Grâce à l'amélioration de l'efficacité et de la participation des populations à la gestion des ressources, la bonne santé devient un objectif qu'on peut atteindre. Le fait d'être responsable devant les populations constitue une caractéristique du succès des Ministères de la Santé et il incombe aux gouvernements de fournir un "environnement favorable" à la santé. L'équité et la durabilité sont des objectifs importants et ne

sont pas contradictoires. Un projet précédent du document a été examiné par le Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS). Les commentaires du Comité y compris ceux relatifs au Scénario de Développement sanitaire en Trois Phases ont été pris en compte dans la version actuelle du document. L'orateur a ensuite demandé aux délégations de lui donner des orientations le mois prochain, après avoir examiné le document. Elle a prédit que la prochaine phase du projet se situera au niveau/pays avec la participation des pays qui le désirent. Les Représentants de l'OMS ont un rôle éminent à jouer à ce stade, a-t-elle ajouté. Elle a ensuite évoqué la possibilité de mettre en place un "groupe consultatif" d'experts africains indépendants qui feront rapport au Comité régional et elle a sollicité des commentaires sur cette idée.

Discours du Dr Cole Dodge, Directeur régional de l'UNICEF

27. Ce fut ensuite le tour du Dr Cole Dodge, nouvellement promu Directeur de l'UNICEF pour l'Afrique orientale et australe, d'être introduit par le Président. Dans son allocution (Annexe 9), le Dr Dodge a souligné que l'accent particulier que l'on met sur le district et sur l'Initiative de Bamako provient d'initiatives des Comités régionaux de l'Afrique. S'agissant de l'accroissement du prix des vaccins, il a proposé que les bailleurs de fonds prennent en charge l'achat des vaccins les plus coûteux, et que les pays financent de plus en plus l'achat des six vaccins essentiels du PEV. Il a déclaré qu'il y avait des raisons d'espérer quant à l'avenir de la santé en Afrique, compte tenu des efforts déployés par l'OUA et les Etats Membres, et compte tenu des changements politiques, de l'évolution de la situation en Afrique du Sud, des nouvelles orientations de la Banque mondiale, de la CISCA et de la Conférence de l'OUA sur les Enfants. Enfin, il a souligné les avantages importants de l'Initiative de Bamako : amélioration de la qualité, amélioration de l'accès, amélioration du financement communautaire, amélioration des occasions d'assurer une meilleure gestion et une meilleure responsabilisation.

Discours de M. Adotevi, Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique occidentale et centrale

28. Dans le discours qu'il a prononcé devant le Comité régional (Annexe 10), M. Stanislas S. Adotevi, Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique occidentale et centrale a rendu hommage aux liens de coopération existant entre l'UNICEF et le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. "En dépit des crises actuelles, il y a des raisons d'espérer, mais nous avons besoin de concentrer davantage notre attention entre autres, sur les politiques et stratégies de santé et de nutrition, sur la reproduction et la santé des nourrissons et sur le renforcement des systèmes de santé afin d'améliorer le bien-être de la mère et de l'enfant", a déclaré, M. Adotevi.

ORGANISATION DES TRAVAUX DU COMITE

29. L'ordre du jour adopté par le Comité régional figure à l'Annexe 1 et la liste des participants à l'Annexe 2. Sur recommandation du Comité des Désignations, le Comité régional a élu le bureau suivant :

- Président : Dr B. Kawimbe
Ministre de la Santé
Zambie
- Vice-Présidents : 1. M. C. Dabire
Ministre de la Santé
Burkina Faso
2. Dr (Mme) D. B. Gomes
Ministre de la Santé
Sao Tomé et Principe
- Rapporteurs pour RC42 : 1. Dr Barrysson Andriamahefazafy
Madagascar
2. Dr F. Fernandes
Angola
3. Dr (Lt. Col.) A. A. Gibril
Sierra Leone
- Rapporteurs pour les discussions techniques : 1. Dr E. G. Muzira
Ouganda
2. Professeur Pierre Guissou
Burkina Faso
3. M. J. L. Chomera
Mozambique

Le Comité a adopté l'horaire de travail suivant : de 09 h 00 à 12 h 30 et de 15 h 00 - 17 h 30.

DELIBERATIONS DU COMITE

ACTIVITES DE L'OMS DANS LA REGION AFRICAINE EN 1991 :
RAPPORT SUCCINCT DU DIRECTEUR REGIONAL (documents AFR/RC42/3
et AFR/RC42/3 Add.1)

Présentation

30. Le Directeur régional, après de brèves remarques introductives sur l'activité de l'OMS dans la Région africaine en 1991, a demandé aux trois Directeurs de Programme de présenter en son nom les diverses parties du rapport succinct.

31. Dans sa présentation de l'activité du Bureau régional dans le domaine du Soutien aux Systèmes nationaux de Santé, le Directeur du Programme, le Dr A. D'Almeida a déclaré que la coopération technique avec les pays s'est manifestée dans trois principaux domaines d'activité, à savoir : le développement des systèmes de santé, le développement des ressources humaines pour la santé et la promotion des technologies sanitaires.

Développement des systèmes de santé

32. L'appui fourni aux pays s'est exprimé principalement dans les activités ci-dessous :

- la réalisation de la Deuxième Evaluation de la Stratégie de la SPT/2000, dont la contribution régionale au rapport mondial est en cours de préparation;
- la formulation/reformulation de politiques et plans de développement sanitaire, notamment en Namibie, au Niger, en Sierra Leone et au Togo;
- la préparation, en application de la résolution AFR/RC38/R11, d'un cadre régional pour la réorientation et la restructuration des hôpitaux;
- la préparation de la consultation régionale sur l'appui informationnel à la gestion sanitaire du district, en réponse à la résolution AFR/RC41/R6;
- en collaboration avec le Siège, AFRO participe à la préparation des réunions des autorités administratives et urbaines, dans le cadre du projet "Villes en Santé".

Développement des ressources humaines pour la santé

33. Dans cette unité, les activités se sont concentrées sur son domaine traditionnel d'intervention, qui est la formation. Ainsi, le Bureau régional a fourni son appui technique à la révision des programmes de formation médicale au Burundi, au Tchad et au Ghana et des mesures sont prises pour répondre aux requêtes du Congo, de la Côte d'Ivoire, de l'Ethiopie, de Guinée et de Guinée-Bissau.

34. Le Bureau régional a mis à la disposition de 10 facultés de médecine et de deux écoles paramédicales des formateurs de différents niveaux et des spécialistes. Il a poursuivi son appui matériel, technique et financier aux centres régionaux de formation implantés à Brazzaville, Cotonou, Freetown, Lagos, Lomé, Luanda et Maputo.

35. En matière de formation continue, le Directeur régional a mis à la disposition de la Zambie un expert chargé d'initier les activités de formation continue dans la Sous-Région. Par ailleurs, le Tchad, la Namibie et le Togo ont bénéficié de l'appui technique du Bureau régional pour préparer leurs plans de développement des ressources humaines pour la santé.

36. Pendant la période concernée, trois importantes réunions se sont tenues : deux à Brazzaville ayant regroupé les membres des deux groupes spéciaux régionaux sur la réforme médicale (1991) et sur les soins infirmiers (1991); une autre à Berlin (1992) - organisé par l'Agence allemande de Coopération technique (DSE) et consacrée à la coopération entre les institutions africaines et européennes de formation en santé publique.

Promotion des technologies de la santé

37. Les réalisations ont concerné : i) la mise en place de l'évaluation des laboratoires de production de réactifs de Yaoundé et d'Ibadan; ii) les efforts de mobilisation de ressources extrabudgétaires pour le développement des laboratoires; iii) l'organisation d'ateliers sur les politiques d'approvisionnement, de stockage et d'utilisation des médicaments; iv) la mise en place d'un laboratoire de contrôle de qualité des médicaments à Harare (Zimbabwe).

38. Il est à signaler le lancement de l'Initiative africaine pour les Médicaments essentiels (IAME) qui a fait l'objet de la résolution AFR/RC41/R8 du quarante et unième Comité régional et a réuni à Brazzaville des experts de la Région.

39. En médecine traditionnelle, le Bureau régional a mis à la disposition des pays des modèles de textes législatifs et de documents d'orientation. Il a contribué à la préparation de textes spécifiques pour la Guinée, le Mali et le groupe des pays d'Afrique centrale. Il a, enfin, poursuivi son appui aux centres collaborateurs.

Protection et promotion de la santé

40. Dans sa présentation du rapport succinct du Directeur régional pour 1991, le Directeur du Programme - Protection et Promotion de la Santé - le Dr M. Boal, a centré son intervention sur trois domaines d'activités : la protection et la promotion des individus à risque, la protection et la promotion de la santé des familles à risque, la protection et la promotion de la santé des communautés à risque.

Information du public et Education pour la santé

41. Le Bureau régional a contribué aux efforts que les Etats Membres ont déployés pour mobiliser les communautés afin qu'elles participent à l'appui aux différents programmes, tels que la santé maternelle et infantile, l'approvisionnement en eau et l'assainissement, la lutte contre les maladies diarrhéiques et autres.

Nutrition

42. Les activités menées dans ce domaine comprennent :

- le projet d'étude sur la prévalence de l'anémie nutritionnelle de la femme enceinte; trois pays ont déjà mis en oeuvre ce programme avec l'appui de l'OMS;
- les 25 programmes nationaux de prévention des troubles dus à une carence en iode, dont 10 sont déjà mis en oeuvre (il y a des études en cours dans 14 pays sur la possibilité d'iodation du sel comme stratégie de lutte contre les troubles dus à une carence en iode);
- une consultation à laquelle ont pris part 13 experts africains, organisée au Bureau régional pour analyser la situation des maladies chroniques liées à l'alimentation et au style de vie;

- un projet de programme pour la Décennie internationale de l'Alimentation et de la Nutrition en Afrique, élaboré en collaboration avec la FAO, l'UNICEF et le PNUD;
- un atelier sur les aliments de sevrage organisé par le Ministère de la Santé du Congo grâce à un financement de l'UNICEF, de l'ORSTOM, du FAC et de l'OMS.

Santé bucco-dentaire

43. Les principales activités réalisées dans le domaine de la santé bucco-dentaire ont été les suivantes :

- la troisième réunion annuelle des dentistes qui a eu lieu à Jos, au Nigéria, à laquelle ont participé les représentants des 13 Etats Membres anglophones;
- le document sur la promotion de la santé bucco-dentaire dans la Région africaine présenté à la quarante et unième session du Comité régional en 1991;
- le lancement avec des ressources du Fonds du Golf Arabe (AGFUND), d'un projet de mise en oeuvre de la santé bucco-dentaire dans quatre pays.

Santé maternelle et infantile, planification familiale comprise

44. Tous les Etats Membres de la Région ont des programmes de santé maternelle et infantile; 24 pays mettent en oeuvre ces programmes uniquement avec des fonds du budget ordinaire de l'OMS ou avec des ressources supplémentaires provenant d'autres sources. De plus, l'Organisation est l'agence d'exécution de 22 projets nationaux de SMI/PF financés par le FNUAP et le PNUD.

45. Le Centre régional de Formation et de Recherche en Santé familiale dont le siège se trouve à Kigali, a commencé à fonctionner en avril 1991 avec les fonds du Bureau régional.

46. Douze projets de recherche relatifs à la morbidité et la mortalité maternelles ont été initiés dans d'autres pays de la Région avec un appui financier du Siège de l'OMS.

Les femmes, la santé et le développement

47. Cinq pays ont bénéficié d'un appui technique et financier sur financements extrabudgétaires pour mettre en oeuvre des projets sur le leadership des femmes et leur participation aux activités dans les centres de SMI/PF.

48. Le Bureau régional a pris une part active à la préparation et à l'organisation, en 1991 et 1992 respectivement, des discussions techniques sur les femmes, la santé et le développement à la Quarante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé.

Approvisionnement public en eau et assainissement

49. Trente-deux Etats Membres ont prévu des allocations budgétaires dans leurs programmes de coopération OMS pour mettre en oeuvre les activités de ce programme. Un rapport d'activités sur la Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement (1981-1988) a été présenté à Bujumbura pendant la quarante et unième session du Comité régional. Le rapport final a été présenté à la quarante-deuxième session du Comité régional.

50. Six pays d'Afrique occidentale et six pays d'Afrique orientale ont été visités par un consultant pour préparer les études sur la pollution marine d'origine côtière.

Lutte contre la maladie

51. Le Dr S. K. Wurapa, Directeur par intérim du Programme Lutte contre la Maladie, a fait rapport des activités de ce programme en 1991.

Programme élargi de vaccination

52. Ce programme a connu de sérieuses contraintes budgétaires ayant nécessité la sélection d'un petit nombre de maladies cibles pour une action spéciale intensifiée. En 1991, dans la Région, les taux de couverture vaccinale sont restés stables, soit 82 % pour le BCG, 56 % pour le DTC-3 et la polio, et 56 % pour la rougeole. L'anatoxine du tétanos pour les femmes enceintes est passée de 38 % en 1990, à 50 % en 1991. Dix pays ont signalé zéro cas de tétanos néonatal et il a été enregistré des tendances similaires pour l'éradication de la poliomyélite. Pour préparer les activités d'éradication de la poliomyélite, il a été indiqué que la Région a commencé à mettre en place un réseau de laboratoires pour confirmer la cause de la paralysie flasque aiguë.

53. L'intensification des activités à l'appui de la mobilisation pour la survie de l'enfant au niveau des pays a eu pour résultat une initiative conjointe OMS/UNICEF en faveur des équipes de mobilisation pour la survie de l'enfant. Le soutien au PEV, aux maladies diarrhéiques, au paludisme et aux infections aiguës des voies respiratoires a constitué la principale activité de ces équipes/pays et la méthodologie de la résolution des problèmes a été l'approche préférée dans ce domaine de coopération technique.

Paludisme

54. La menace de plus en plus sérieuse que constitue le paludisme pour la santé en général et le développement socio-économique de la Région a été mise en relief lors d'une conférence internationale tenue en octobre 1991 à Brazzaville. Depuis cette conférence, le Bureau régional a intensifié son appui aux pays endémiques en réorientant leurs programmes de lutte contre le paludisme. Le rôle de l'OMS dans la diffusion des informations sur cette maladie et dans l'accroissement de la prise de conscience sur les moyens de lutte contre le paludisme a été décrit.

Dracunculose

55. Ont été rapportés les progrès dans le suivi de la résolution demandant l'éradication de la dracunculose dans la Région d'ici 1995. Il est apparu que le nombre de cas de dracunculose est passé de plus de 10 millions en 1986 à moins de 3 millions au milieu de 1992. On a noté aussi que les 17 pays endémiques de la Région ont démarré des programmes nationaux d'éradication et plusieurs pays sont en train de faire des progrès appréciables.

Autres maladies parasitaires

56. L'OMS a collaboré avec l'UNICEF dans les négociations qui ont eu lieu avec les fabricants de Praziquantel afin d'obtenir des réductions de prix de cet important médicament de traitement de la schistosomiase. Ce n'est que si l'on obtient un prix abordable pour ce médicament qu'on pourra mettre en oeuvre des programmes nationaux de lutte contre la schistosomiase. Le Bureau régional a intensifié son soutien à la dévotion de l'onchocercose et a élaboré récemment une nouvelle initiative pour renforcer la surveillance et la lutte contre plusieurs autres maladies. En ce qui concerne les épidémies fréquentes de trypanosomiase africaine, un projet couvrant dix pays d'Afrique centrale a été initié par l'OMS pour lutter contre cette maladie.

Epidémies et préparation aux situations d'urgence

57. La situation alarmante qu'introduit l'absence de préparation à la lutte contre les épidémies, par exemple le choléra, a été soulignée. Le Comité a été informé que le Bureau régional a créé une équipe spéciale qui assistera les Etats Membres dans l'élaboration de documents de projet destinés à obtenir une assistance extérieure afin de soutenir des mesures complètes de lutte.

Tuberculose et Lèpre

58. La menace que fait peser l'incidence de plus en plus grande de la tuberculose - conséquence de la propagation croissante de l'infection à VIH - a été soulignée. Le Bureau régional s'est efforcé de soutenir l'intensification de la détection des cas et l'utilisation efficace de schémas thérapeutiques faisant appel à une chimiothérapie de brève durée, et d'apporter aux pays un soutien sous forme de consultations, de guides et de manuels de formation. L'accroissement du financement extrabudgétaire dans la Région a permis de faire passer la couverture de la polychimiothérapie de 17 % en 1990, à 31 % en 1992.

Discussion de l'Activité de l'OMS dans la Région africaine : Rapport succinct du Directeur régional

59. Trente Etats Membres ont commenté le rapport succinct du Directeur régional. Ils ont félicité le Directeur régional et le Bureau régional pour la qualité du rapport et ont passé en revue bon nombre de questions de santé se posant à leurs pays ainsi que la situation de la coopération avec l'OMS. D'importantes questions d'intérêt général ont été soulevées qui se résument ainsi :

- i) Au moment où la démocratisation se répand dans tout le continent, la politique et la planification sanitaires doivent être orientées vers la population, en respectant les principes d'équité et de justice sociale.

- ii) Il est important pour les gouvernements de soutenir les initiatives de santé communautaire grâce à une politique, une assistance technique et des ressources appropriées. La Conférence internationale sur la Santé communautaire en Afrique doit être saluée pour avoir souligné l'importance des initiatives communautaires.
 - iii) Les progrès en matière de décentralisation continuent de retenir l'attention des Etats Membres. Le financement direct en faveur des districts constitue une stratégie à privilégier.
 - iv) La nécessité d'améliorer l'alphabétisation fonctionnelle des femmes constitue une préoccupation fondamentale pour l'instauration de la santé pour tous. Des programmes visant à améliorer le rôle des femmes africaines dans le développement doivent être lancés.
 - v) Le soulagement de la pauvreté doit accompagner d'autres domaines d'intérêt dans la lutte pour améliorer la santé.
 - vi) Les Africains doivent cesser de tuer et de mutiler d'autres Africains. Les conflits socio-politiques doivent prendre fin pour que le continent jouisse enfin de la paix et de la stabilité indispensables au développement socio-économique des individus, des familles et des peuples de la Région. Les leaders de la santé ont le devoir d'intervenir dans ces questions.
 - vii) La formation est une composante très importante du développement sanitaire.
 - viii) De nouveaux mécanismes plus durables pour assurer le financement des soins de santé doivent être développés.
 - ix) Il est nécessaire de renforcer davantage les Bureaux de l'OMS dans les pays et les équipes.
 - x) Il est également nécessaire de prendre des mesures efficaces pour lutter contre l'explosion démographique en Afrique.
 - xi) L'amélioration de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, la lutte contre la maladie, y compris la lutte contre le SIDA, le paludisme, le choléra, les maladies diarrhéiques, les infections aiguës des voies respiratoires, la fourniture des médicaments essentiels, la réduction du tabagisme, l'accroissement de l'attention accordée à la santé mentale, l'importance de l'éducation, de l'information et de la communication pour la santé, la sécurité alimentaire, la promotion de l'allaitement au sein, et la nécessité d'améliorer la qualité des soins de santé en général, constituent des préoccupations majeures.
60. Un certain nombre d'Etats africains, surtout ceux d'Afrique australe, ont amplement discuté de l'impact sévère de la sécheresse sur la santé de leurs populations et sur la nécessité de bénéficier d'une assistance.

Le débloqué des fonds de l'OMS

61. En réponse à la préoccupation d'un certain nombre de délégués au sujet des retards de débloqué des fonds pour les activités approuvées dans les programmes des pays, il a été souligné que les fonds de l'OMS sont généralement débloqués aussi rapidement que possible. Les règlements financiers de l'OMS, cependant, exigent que certaines précisions sur l'utilisation des fonds sollicités soient fournies avant que ceux-ci ne soient libérés. Les cas de retard s'expliquent donc par l'absence d'informations pertinentes. Des informations détaillées fournies à temps permettront d'éviter les retards.

Le budget à croissance zéro de l'OMS

62. Le Directeur régional a fait siennes les préoccupations des orateurs qui ont contesté l'option de l'OMS de fonctionner avec un budget à croissance zéro, singulièrement à un moment où les problèmes de santé s'aggravent à l'échelle mondiale. Le budget de l'Organisation et par conséquent l'allocation des fonds dépendent des contributions des Etats Membres. Or, la plupart des pays sont confrontés à de sérieuses contraintes financières, même ceux censés compter parmi les plus riches. Pour améliorer la situation, une volonté politique des Etats Membres d'accroître leur contribution est nécessaire. Par ailleurs, un consensus mondial pour investir davantage de ressources dans la santé s'impose.

Répartition des ressources entre services curatifs et de promotion de la santé et soins préventifs

63. Le Dr Monekosso a parfaitement perçu le dilemme des Ministres de la Santé dans l'allocation des fonds entre services curatifs d'une part, de promotion de la santé et de prévention d'autre part. Considérant les effets positifs à long terme des soins préventifs et de la promotion de la santé, il a suggéré que le budget des services curatifs soit réduit graduellement dans le temps avec une augmentation concomitante du budget alloué à la promotion et à la protection de la santé, jusqu'à ce que s'établisse un équilibre acceptable. Ce scénario nécessite quelques recherches supplémentaires.

Elimination de la production du tabac

64. Le remplacement de la production du tabac par d'autres cultures prendra du temps. Les participants doivent comprendre les pays commercialisant le tabac, car certains de ces pays sont lourdement dépendants de cette culture. Des plans de développement économique doivent être élaborés et exécutés avec succès pour éliminer le tabac de ces pays.

Centres de formation supérieure en santé publique

65. Le centre de formation régional de Cotonou sera soutenu par l'OMS. Le centre a besoin de l'appui de tous les pays.

Matériels de formation rédigés en langue portugaise

66. Une coopération accrue se développe entre le Ministère de la Santé du Portugal et l'OMS. Elle facilitera la traduction de documents en langue portugaise.

Paix et stabilité politique comme condition du développement sanitaire

67. Le Directeur régional a fait siennes les préoccupations de plusieurs orateurs sur le rapport entre la santé, la paix et la stabilité politique. Il a souligné que la santé est une activité pacifique, en ce sens que l'équité dans la santé contribue à l'équité dans le développement social. L'OMS a contribué et continuera de contribuer à la paix et la stabilité grâce à la promotion de la santé.

Sécheresse, famine, réfugiés et personnes déplacées

68. L'Afrique a eu plus que sa part de problèmes avec la sécheresse, la famine, etc., et l'OMS n'a pas été aussi active qu'elle l'aurait souhaité, a reconnu le Dr Monekosso. Des voies sont en train d'être explorées pour accroître l'assistance dans ce domaine.

Importance de l'éducation du public

69. La santé pour tous est un processus d'éducation à grande échelle et l'analphabétisme est un obstacle à la santé. L'éducation est l'un des piliers des soins de santé primaires.

Collaboration intersectorielle et rôle d'autorité directrice de l'OMS dans le domaine de la santé

70. La collaboration avec l'UNICEF et la Banque mondiale a été reconnue par le Directeur régional. Dans l'esprit de l'unité et de la solidarité africaines, qui sont importantes pour la santé, la coopération avec l'OUA se poursuivra.

71. Commentant les inquiétudes selon lesquelles l'OMS pourrait perdre son rôle d'autorité directrice en matière de santé, le Dr Monekosso a affirmé que l'OMS ne sera à la traîne d'aucune organisation. Il a assuré les organisations soeurs que la compétition pour le leadership dans la santé sera très rude, car le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique s'efforcera de faire le meilleur travail possible.

72. Après la réponse du Dr Monekosso, les Drs Barakamfitye, D'Almeida, Boal et Wurapa (Secrétariat) ont fait des commentaires sur leurs domaines respectifs.

73. Le Dr Barakamfitye a remercié le Comité régional pour ses encouragements à l'endroit du Secrétariat régional. Il l'a assuré que le Directeur régional avait soigneusement noté les orientations résultant de la discussion de son rapport succinct et qu'il prendra les dispositions appropriées pour leur mise en oeuvre. Il a noté que les interventions des représentants des Etats Membres ont concerné les principaux programmes correspondant aux priorités régionales : appui aux systèmes nationaux de santé, protection et promotion de la santé et la lutte contre la maladie. L'attention du Comité a été également attirée sur le fait que la majorité des questions soulevées font l'objet de points spécifiques de l'ordre du jour de la présente session. Il s'agit notamment du paludisme, des maladies diarrhéiques, de la tuberculose et de la lèpre, ainsi que des épidémies, de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et du SIDA.

74. Concernant le renforcement des bureaux des Représentants de l'OMS et de l'appui aux équipes OMS/pays, le Directeur régional a enregistré la volonté clairement exprimée par les délégués pour une plus large délégation d'autorité aux Représentants de l'OMS, y compris dans le domaine budgétaire. Il a été clairement indiqué que les équipes OMS/pays constituent une priorité pour le Bureau régional. Leur structure, composition et statut (pour les non membres du personnel) sont suivis avec la plus grande attention. La formation de ces équipes a déjà commencé.

75. Aux questions et observations techniques formulées par les délégués, le Dr A. M. D'Almeida a fourni les clarifications et réponses relevant du programme de soutien aux systèmes nationaux de santé.

Formation

76. En matière de formation, le Bureau régional enregistre la décision du Mozambique de mettre en place un institut supérieur des sciences de la santé dont les vocations de formation et de recherche sont évidentes. Le Bureau régional est tout à fait disposé à apporter son appui technique dès que le pays aura défini les objectifs, structure et activités prévus pour ce projet. Il a été retenu que le pays souhaite le renforcement de sa Faculté de Médecine. Là encore, le Bureau régional réagira positivement dès que les besoins auront été exprimés.

77. Dans le domaine de la formation en santé publique, des efforts ont été déployés sous l'impulsion du Bureau régional pour que les programmes tiennent compte des réalités épidémiologiques, sociales et économiques de la Région. Des instituts et départements de santé publique africains sont tout à fait préparés pour dispenser la formation de santé publique générale requise pour la gestion du district et même au-delà. Il a été rappelé les réunions de Brazzaville (1990) et de Berlin (1992) consacrées à ce sujet. En décembre 1992, le Bureau régional convoquera une autre réunion pour le lancement d'un réseau des institutions de spécialisation en santé publique.

78. Le souhait exprimé par la Namibie de voir renouveler à partir de 1993 le contrat des experts mis à sa disposition sera considéré par le Directeur régional avec la disponibilité particulière que requiert ce pays.

Améliorations des capacités gestionnaires

79. Dans le domaine du management, les observations faites concernent l'augmentation des capacités gestionnaires au niveau du district. Les requêtes qui parviendront des pays continueront d'être traitées avec diligence. Des documents sont en préparation dans ce sens.

Energie solaire

80. En ce qui concerne les technologies nouvelles utilisant l'énergie solaire, une documentation complète a été adressée à tous les pays. Certains ont déjà exprimé leur intérêt et des dispositions sont en train d'être prises pour mobiliser des ressources extrabudgétaires. Le point sur l'ensemble de ces technologies sera fait en 1993.

Médecine traditionnelle

81. En matière de médecine traditionnelle, le Bureau régional a noté en particulier la volonté du Burkina Faso d'accroître son utilisation dans le système de santé.

Achat des médicaments essentiels

82. Le problème de l'approvisionnement en médicaments essentiels a été soulevé par un certain nombre de pays; il se pose surtout au niveau périphérique du système de santé. Les différentes initiatives, telles l'Initiative de Bamako et l'Initiative africaine pour les Médicaments essentiels (IAME), pourraient s'avérer utiles.

Recherche

83. Enfin, en ce qui concerne la recherche, les préoccupations de la Namibie seront prises en compte dans le cadre du projet sous-régional en place à Harare (Zimbabwe).

Protection et promotion de la santé

84. Les commentaires du Dr Boal, relatives aux préoccupations exprimées par les délégués à propos de la protection et la promotion de la santé, ont porté sur les domaines suivants :

Information du public et Education pour la santé

85. Pratiquement, tous les chefs de délégations ont fait mention de l'importance de ce programme pour la mise en oeuvre du développement sanitaire national.

Tabac ou Santé

86. Ce programme intéresse particulièrement le Malawi, la Guinée et la République centrafricaine, qui sont parmi les pays producteurs de tabac ou de ses dérivés. Le problème complexe que connaît ce programme concerne la conversion de la production de tabac pour privilégier d'autres productions, surtout dans les pays où le tabac constitue l'un des facteurs essentiels de développement socio-économique et une source de devises. La complexité du problème exige qu'il soit abordé dans un cadre multidisciplinaire où les différents secteurs impliqués puissent intervenir et apporter leur contribution.

Nutrition

87. Les délégations du Malawi, de la Namibie, des Seychelles et du Zimbabwe ont fait part de leurs préoccupations au regard des problèmes de nutrition qu'occasionne la sécheresse que connaissent ces pays. La délégation du Zimbabwe a aussi fait référence à la difficulté de mettre en oeuvre les recommandations de la Déclaration conjointe OMS/UNICEF sur la transmission du VIH par l'allaitement au sein (1er mai 1992). Plusieurs délégations ont évoqué le problème des maladies chroniques liées au régime alimentaire, aux styles de vie, et ont mentionné la collaboration fructueuse entre le Bureau régional et les Etats Membres dans la lutte contre les carences en oligo-éléments.

Santé maternelle et infantile/Planification familiale

88. Ce point a retenu l'attention de nombreuses délégations, notamment la Gambie, la République centrafricaine, la Guinée, le Kenya, le Malawi, la Namibie, Sao Tomé et Príncipe, la Tanzanie, l'Ouganda et le Zimbabwe.

89. Les diverses interventions ont insisté sur la nécessité de mobiliser des fonds extrabudgétaires pour la formation/recyclage du personnel de santé, particulièrement les accoucheuses traditionnelles; pour l'amélioration des conditions de prise en charge des femmes enceintes et des parturientes afin de réduire les taux inacceptables de morbidité et de mortalité maternelles. L'accent a également porté sur l'application des nouvelles méthodes de gestion des services de santé maternelle et infantile basées sur "la méthodologie de résolution des problèmes" par les équipes de district, méthodes déjà utilisées par certains pays de la Région, comme le Lesotho, le Sénégal, l'Ouganda et la Zambie.

90. Un pays a rapporté l'aggravation des indicateurs de santé maternelle et infantile, en particulier les taux de mortalité infantile, conséquence de la détérioration des conditions économiques et du pouvoir d'achat des familles.

Approvisionnement en eau et Assainissement

91. Ces questions ont été particulièrement évoquées par les pays d'Afrique australe et par le Cap-Vert, à propos de la sécheresse et des conditions d'hygiène des populations déplacées ou réfugiées. Il a été souligné que l'impact de la sécheresse doit être examinée dans un cadre multidisciplinaire et intersectoriel, étant donné que celle-ci a des conséquences non seulement sur l'hygiène et l'assainissement, mais aussi sur la production des denrées alimentaires, sur l'état nutritionnel des groupes les plus vulnérables et sur la migration massive des populations rurales.

92. Dans certains pays, on a noté le peu d'attention accordée à l'assainissement au cours de la mise en oeuvre de la Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement, et le Bureau régional a fait part de sa disponibilité à participer avec les pays intéressés au processus de correction du déséquilibre constaté.

93. Les préoccupations manifestées par les délégués en ce qui concerne les différents programmes ciblés sur la Protection et la Promotion de la santé dans la Région, seront discutées avec les Représentants de l'OMS dans les Etats Membres, après la session du Comité régional, en vue de l'établissement de plans d'action visant la solution des problèmes soulevés.

Survie de l'Enfant et Lutte contre les Maladies transmissibles

94. En réponse aux questions sur la Lutte contre la Maladie qui ont été posées pendant la discussion, le Secrétariat a donné des informations sur un certain nombre de points relatifs aux deux programmes.

95. Plusieurs délégués sont intervenus pour rapporter l'aggravation de la situation des maladies transmissibles et les dangers qu'ils font courir à leurs pays respectifs. Néanmoins, les maladies transmissibles n'ont été considérées prioritaires dans le programme de lutte contre la maladie que par deux pays, à savoir la Mauritanie et les Seychelles. Aucune maladie particulière n'a été nommée, mais toutes les délégations ont souligné l'importance de la collaboration de l'OMS avec les pays dans la lutte contre les maladies transmissibles.

96. Les maladies transmissibles suivantes ont fait l'objet de rapports sur l'état d'avancement des programmes de lutte mis en oeuvre dans la Région; il s'agit de la trypanosomiase, de l'onchocercose, de la tuberculose et de la lèpre, des maladies diarrhéiques et des infections aiguës des voies respiratoires.

Paludisme

97. Beaucoup de pays ont mentionné le paludisme comme un problème important de santé. Les efforts accrus pour mobiliser les gouvernements et les communautés afin de lutter contre le paludisme en utilisant la stratégie régionale ont déclenché une réponse enthousiaste de la part des pays où cette maladie est endémique. Depuis la réunion de Brazzaville en octobre 1991, plus de 20 pays ont demandé l'assistance du Bureau régional pour réorienter leurs programmes nationaux de lutte. Le Secrétariat a bon espoir que les plans de la lutte contre le paludisme seront rédigés de façon urgente par chaque pays où cette maladie est endémique.

98. Le Secrétariat a pris bonne note de la nécessité de disposer de la version portugaise des modules et des guides de formation et a indiqué que les directives pour le diagnostic et le traitement du paludisme sont en cours de traduction dans cette langue.

99. Pour clore la discussion sur ce point de l'ordre du jour, le Directeur régional, le Dr G. L. Monekosso, a répondu aux questions posées par les délégués et en a clarifié d'autres.

RAPPORT DE LA COMMISSION DE VERIFICATION DES POUVOIRS

100. Son Excellence Mme Lombilo, Ministre de la Santé et des Affaires sociales de la République centrafricaine, Présidente de la Commission de Vérification des Pouvoirs, a présenté le rapport de son comité. Elle a signalé que tous les Etats Membres (à l'exception du Libéria et du Zaïre) ont déposé des mandats acceptables. Il a été proposé que les représentants de ces deux pays soient néanmoins autorisés à prendre part au Comité régional en attendant l'arrivée de leurs mandats officiels.

SITUATION DES EPIDEMIES DANS LA REGION AFRICAINE (document AFR/RC42/4)

Présentation

101. Ce point de l'ordre du jour a été présenté au Comité régional par le Secrétariat. Les principales caractéristiques inquiétantes des fréquentes épidémies récemment survenues dans la Région ont été énumérées et brièvement décrites. Le rôle d'appui de l'OMS aux efforts nationaux de lutte contre les épidémies a été souligné notamment en matière de formation, de soutien technique et d'appui logistique aux opérations. Ont ensuite été présentées les activités de surveillance et de lutte contre les épidémies mises en oeuvre dans les pays en les fondant sur le Cadre africain du Développement sanitaire. Il a été souligné que ce cadre fournit des orientations pour la mise en oeuvre, la surveillance et l'évaluation de telles activités à tous les niveaux du système de santé. Enfin, les Etats Membres ont été invités à mobiliser les responsables nationaux et leurs communautés respectives pour obtenir un engagement politique et une participation active des communautés à la lutte contre les épidémies.

Discussion

102. Au cours des discussions, les délégués ont fait les observations suivantes :

- i) les flambées de paludisme doivent être incluses dans la liste des épidémies;
- ii) des stratégies efficaces et des programmes pertinents doivent être élaborés; de même, la lutte contre les épidémies doit tenir compte des aspects suivants : l'approvisionnement en eau saine, la salubrité de l'environnement, la surveillance de la maladie, la prompte notification aux pays voisins et l'échange d'information entre les pays;
- iii) une formation adéquate doit être fournie au personnel de santé;
- iv) une ligne budgétaire doit être prévue dans l'AFROPOC/pays pour la lutte contre les épidémies.

103. Après les discussions, le Dr Barakamfitiye (Secrétariat) a exprimé sa gratitude aux délégués pour leurs commentaires pertinents et a fourni les éclaircissements appropriés. Il ne fait pas de doute qu'un nombre croissant de pays ont été confrontés aux épidémies de paludisme au cours des dernières années. Cette maladie constitue toujours une vraie menace. La fièvre jaune, la méningite et le choléra sont aussi mentionnés dans le rapport.

104. L'attention du Comité régional a été attirée sur le fait qu'en mai dernier, le Directeur régional a présenté à l'occasion de la Quarante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé un document sur la stratégie et la mobilisation des ressources pour la lutte contre le choléra, document que les Ministres de la Santé ont adopté. Cette proposition sera suivie par le Bureau régional et la même approche sera utilisée pour les autres maladies épidémiques.

105. Des réunions interpays sur la lutte contre le choléra ont été organisées dans le cadre de la CTPD à Lusaka, en Zambie, et à Cotonou, au Bénin. Ces réunions ont eu comme objectif l'échange d'informations sur l'ampleur des problèmes et sur les méthodes combinées de lutte. En outre, le Bureau régional a toujours immédiatement informé les pays voisins de celui où l'épidémie initiale a eu lieu.

106. Concernant la formation, deux cours en épidémiologie pour le personnel de niveau supérieur ont été mis en place à Bamako pour les pays francophones et à Nairobi pour les pays anglophones.

107. Par ailleurs, des modules de formation en épidémiologie pour les équipes de gestion sanitaire du district ont été élaborés par le Bureau régional. Ces modules seront mis à la disposition des pays. Les documents de formation sur la lutte contre les épidémies sont en train d'être préparés.

108. Enfin, le Directeur régional continuera d'encourager, en collaboration avec les Représentants, que les allocations budgétaires pour la préparation et la réponse aux situations d'urgence, y compris les épidémies, soient en permanence disponibles dans l'AFROPOC/pays.

LUTTE CONTRE LE SIDA : SITUATION ACTUELLE DANS LA REGION
AFRICAINNE (document AFR/RC42/5 Rév.1)

Présentation

109. Le document AFR/RC42/5 Rév.1 a été présenté au nom du Directeur régional par le Dr P. O. Fasan, Directeur du Programme mondial de Lutte contre le SIDA au Bureau régional. Il a souligné l'ampleur de la pandémie du VIH/SIDA et a décrit ses graves conséquences sociales et économiques. La réapparition et la propagation de la tuberculose, associée à l'infection à VIH, constituent un sujet de grande préoccupation. Un pourcentage élevé de lits d'hôpitaux est occupé par les sidéens et le coût des soins aux malades du SIDA est monté en flèche. Le nombre d'orphelins dont les parents sont morts du SIDA s'est accru à un rythme alarmant.

110. Le rapport a mis en exergue la nécessité d'accroître l'engagement national et de permettre aux femmes de prendre plus activement part à la lutte contre le SIDA.

111. Il est apparu également nécessaire d'améliorer et d'équiper d'urgence les services de transfusion sanguine pour s'assurer que toutes les unités de sang transfusé à tous les niveaux des soins de santé, sont soumises au dépistage du VIH.

Discussion

112. Vingt-cinq délégués ont pris la parole pour commenter le document AFR/RC42/5 Rév.1. Les représentants de la Commission médicale chrétienne et de la Banque mondiale ont également pris la parole.

113. Beaucoup de délégués ont trouvé préoccupante la réduction récente du soutien accordé par la communauté des bailleurs de fonds aux Etats africains pour la lutte contre le SIDA, en dépit du fait que tous les pays connaissent un accroissement de l'incidence de l'infection à VIH et des cas de SIDA. Ils ont lancé un appel à la communauté internationale pour qu'elle accroisse son soutien aux programmes de lutte contre le SIDA/MST. Ils ont souhaité qu'une aide supplémentaire leur soit accordée pour l'achat de médicaments essentiels destinés au traitement des MST, car ce programme est intégré à celui du Programme mondial de lutte contre le SIDA.

114. Plusieurs délégués ont observé qu'il était nécessaire de mettre davantage l'accent sur les interventions visant à réduire la transmission du SIDA par la transfusion sanguine et les matériels non stérilisés.

115. De nombreux délégués ont demandé qu'on entreprenne davantage de recherches sur les aspects socio-culturels du comportement sexuel, afin de permettre aux programmes d'élaborer des stratégies d'intervention plus affinées. D'autres ont instamment demandé qu'on intensifie la recherche pour trouver des médicaments et des vaccins efficaces pour le traitement et la prévention du SIDA.

116. Un délégué a sollicité des éclaircissements sur la position de l'OMS à propos de la transmission du VIH aux nourrissons par l'intermédiaire de l'allaitement au sein.

117. En réponse aux questions spécifiques posées par des délégués, le Dr Merson, Directeur du GPA a, au nom du Directeur régional, déclaré que le risque de transmission du VIH aux nourrissons par l'intermédiaire de l'allaitement au sein est très grand dans le cas où la mère est nouvellement infectée ou lorsqu'elle est gravement malade du SIDA. L'OMS collabore avec l'UNICEF pour fournir des directives destinées à rendre opérationnelle la déclaration par consensus - document WHO/GPA/INF/92.1.

118. S'agissant des médicaments utilisés pour traiter les maladies sexuellement transmissibles, et les réactifs pour diagnostiquer l'infection à VIH, l'OMS collabore avec les organisations et les agences appropriées pour mettre ces produits à la disposition des pays à un coût beaucoup plus faible. Des directives ont aussi été élaborées pour mettre au point des schémas thérapeutiques plus simples mais efficaces.

119. En ce qui concerne les comportements et le SIDA, il est de plus en plus évident que les comportements peuvent être influencés en vue de diminuer le risque de contracter l'infection à VIH, grâce à l'utilisation d'approches multi-disciplinaires et diversifiées (combinant par exemple les médias, l'éducation par les homologues, la commercialisation sociale des préservatifs et un environnement social favorable).

120. La baisse apparente des contributions des bailleurs de fonds est due à l'amélioration du taux de mise en oeuvre des activités du programme, à l'intégration des MST, au coût des soins, d'un nombre de plus en plus grand de malades et à l'augmentation du nombre de pays recherchant un soutien des bailleurs de fonds, suite à la propagation de la pandémie aux autres Régions. Le montant des contributions des donateurs au fonds d'affectation spéciale de l'OMS pour la lutte contre le SIDA n'a pas diminué; toutefois, leur utilisation s'est accrue ainsi que la nécessité pour les programmes nationaux de lutte contre le SIDA de disposer davantage de fonds.

121. Il est nécessaire de mieux coordonner les activités liées au SIDA et les apports des bailleurs de fonds au niveau national afin d'attirer un meilleur soutien des bailleurs de fonds. Il a par conséquent été recommandé que les Ministres s'efforceront de soulever cette question et d'en discuter à chaque occasion.

122. Ensuite, le Directeur régional a instamment prié les Etats Membres d'allouer des crédits à la lutte contre le SIDA et les MST dans leurs budgets nationaux, pour prouver ainsi leur engagement à combattre cette pandémie.

123. Le Comité régional a félicité le Directeur régional pour la qualité du document et a approuvé les orientations et les actions entreprises pour mettre en oeuvre la stratégie mondiale et les domaines d'impulsion régionaux. Il a approuvé le rapport et adopté la résolution AFR/RC42/R5.

REORIENTATION ET RESTRUCTURATION DES HOPITAUX FONDEES SUR LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES EN AFRIQUE (document AFR/RC42/6)

Présentation

124. Le Dr A. M. D'Almeida, Directeur du Programme de Soutien aux Systèmes nationaux de Santé, a présenté, au nom du Directeur régional, le document AFR/RC42/6 intitulé "Réorientation et Restructuration des Hôpitaux fondées sur les soins de santé primaires en Afrique".

Discussion

125. Après examen du document, le Comité régional a réaffirmé l'importance de la participation des hôpitaux de district aux interventions communautaires. Il a insisté sur l'importance d'une distribution plus équitable des ressources, de la mise en place de systèmes de financement des soins de santé, de la rationalisation des activités en vue de réduire les coûts des soins.

126. Il a attiré l'attention sur la place de la formation et de la motivation du personnel dans la conduite de la réorientation et la restructuration des hôpitaux.

127. La mise en place de comités de gestion efficaces, proposée par le document AFR/RC42/6, devrait représenter l'une des actions prioritaires à privilégier pour assurer l'organisation et le fonctionnement rationnels et efficaces des hôpitaux du réseau provincial.

128. Le Comité régional a félicité le Directeur régional pour la bonne qualité du document, et a adopté la résolution AFR/RC42/R6.

MODALITES DE MISE EN OEUVRE DES RESOLUTIONS D'INTERET REGIONAL
ADOPTÉES PAR L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE ET LE CONSEIL EXECUTIF
(documents AFR/RC42/7 et AFR/RC42/7 Add.1)

129. Le Dr C. Shamlaye, membre du Conseil exécutif, a présenté les points 7.1 à 7.3 de l'ordre du jour. Dans sa présentation du document AFR/RC42/7 - Rapport du Directeur régional sur les résolutions d'intérêt régional adoptées par la Quarante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, il a déclaré que conformément à la résolution AFR/RC30/R12, le Directeur régional soumettait le rapport au Comité pour examen et il a invité le Comité à donner des directives sur la mise en oeuvre des résolutions et des recommandations à transmettre au Conseil exécutif.

130. Ces 17 résolutions d'intérêt régional contiennent une vaste gamme de propositions et le Directeur régional les a regroupées par programmes en fonction de la liste ordonnée du Huitième Programme général de Travail :

- Développement et direction d'ensemble des programmes;
- Développement des ressources humaines pour la santé;
- Protection et promotion de la santé en général;
- Protection et promotion de la santé des groupes de population particuliers;
- Promotion de la salubrité de l'environnement;
- technologie diagnostique, thérapeutique et de réadaptation;
- Lutte contre la maladie,
- SIDA.

131. Le Comité a adopté le document.

ORDRES DU JOUR DE LA QUATRE-VINGT-ONZIEME SESSION DU CONSEIL
EXECUTIF ET DE LA QUARANTE-SIXIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE
LA SANTE : INCIDENCES REGIONALES (document AFR/RC42/8)

132. Conformément à l'Article 50 de la Constitution de l'OMS, la résolution de l'Assemblée mondiale WHA33.17 de l'Assemblée mondiale de la Santé et la résolution AFR/RC30/R6 concernant la coordination des ordres du jour des Organes directeurs de l'OMS aux niveaux mondial et régional, le Directeur régional a soumis pour examen par le Comité régional les ordres du jour provisoire de la quatre-vingt-onzième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé.

133. Le document a attiré l'attention du Comité sur les points de l'ordre du jour provisoire de ces deux Organes directeurs qui sont d'un intérêt régional, en particulier :

- i) Les rapports des Directeurs régionaux sur les faits nouveaux significatifs intervenus dans la Région, y compris les questions sur les Comités régionaux (résolution WHA33.17).
- ii) Le projet de budget programme pour l'exercice 1994-1995.
- iii) La Stratégie mondiale contre le SIDA (rapport d'activités) (résolutions WHA40.26 et WHA41.24).
- iv) La réponse de l'OMS aux changements mondiaux.
- v) La méthode de travail et la durée de l'Assemblée mondiale de la Santé.

134. Un projet d'ordre du jour de la quarante-troisième session du Comité régional a aussi été soumis pour examen par le Comité régional à la présente session.

135. Le Comité régional a noté avec satisfaction la corrélation entre les ordres du jour des Organes directeurs aux niveaux mondial et régional et a adopté le rapport du Directeur régional.

METHODE DE TRAVAIL ET DUREE DE L'ASSEMBLEE MONDIALE
DE LA SANTE (document AFR/RC42/9)

136. La Quarante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé débutera à 12 heures le 3 mai 1993 à Genève, et sera suivie par la réunion du Comité des désignations qui fera des propositions conformément à l'Article 25 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé afin que l'élection ait lieu le lundi après-midi.

137. Conformément à la résolution WHA36.16, la durée de l'Assemblée ne devrait pas excéder autant que possible deux semaines grâce à une organisation efficace des travaux.

138. Afin de faciliter les travaux de l'Assemblée mondiale de la Santé et d'améliorer la préparation des travaux de l'Assemblée mondiale de la Santé par le Comité régional, le Directeur régional a fait des propositions spécifiques au Comité en ce qui concerne les sujets suivants :

- i) élection du Président et des Vice-Présidents de l'Assemblée mondiale de la Santé;
- ii) élection des Présidents, du Vice-Président et des Rapporteurs des Commissions A et B;
- iii) élection des membres habilités à désigner une personne devant siéger au Conseil exécutif;
- iv) cérémonie de clôture de la Quarante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé;
- v) réunion informelle du Comité régional avant l'ouverture de l'Assemblée mondiale de la Santé;
- vi) réunions quotidiennes des délégations africaines à l'Assemblée mondiale de la Santé;

139. Le Comité a adopté la Décision de procédure No 9.

RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME (document AFR/RC42/21)

Présentation

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

- Dr B. D. Fereira (Angola), Rapporteur, a présenté le document AFR/RC42/21 et fait un résumé des points examinés au nom du Comité régional;
- Dr R. Owona Essomba (Cameroun), Président, a présenté le Projet de Budget Programme pour l'exercice 1994-1995 et le Neuvième Programme général de Travail;
- Dr G. K. Bolla (Zambie), Vice-Président, a présenté le Rapport du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS) et le Rapport final d'évaluation de la Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement;
- Dr G. K. Komba-Kono (Sierra Leone), Membre, a présenté le Rapport sur la Conférence interrégionale sur la Lutte antipaludique en Afrique, le Rapport d'activités du programme régional de lutte contre la tuberculose et la lèpre et le Rapport d'activités du programme élargi de vaccination.
- Dr G. Dossou (Bénin), Membre, a présenté les quatre rapports d'activités suivants : Lutte contre l'onchocercose dans la Région africaine, Programme régional de lutte contre les maladies diarrhéiques, Préparation et réponse aux situations d'urgence et Médecine traditionnelle.

141. L'ensemble du rapport du Sous-Comité du Programme figure à l'Annexe 11.

142. Le Sous-Comité du Programme a examiné de manière critique le document du budget, chapitre par chapitre, et a en fait consacré presque deux jours à ce document. Les délégués ont posé de nombreuses questions et demandé des éclaircissements auxquels le Secrétariat, dirigé par le Directeur régional, a répondu à la satisfaction des délégués.

143. A la suite des discussions sur le document AFR/RC42/2, le Sous-Comité a formulé les recommandations suivantes qu'il a soumises à l'adoption du Comité régional :

- i) Le Fonds de Développement du Directeur régional doit être augmenté dans ce budget ou dans le prochain (1996-1997) de façon qu'il puisse apporter plus qu'une réponse symbolique aux situations d'urgence telles que la sécheresse.
- ii) Il est demandé au Directeur régional de mobiliser des fonds extrabudgétaires pour les programmes suivants : santé bucco-dentaire, nutrition, programme élargi de vaccination (PEV), lutte contre les vecteurs biologiques (VBC), infections aiguës des voies respiratoires et zoonoses; (ces programmes importants doivent être maintenus au niveau régional même s'il y a seulement quelques pays qui les incluent dans leurs programmes nationaux).
- iii) Le Directeur régional devrait créer une ligne budgétaire pour le programme "Les femmes, la santé et le développement" et inclure un tableau d'allocations budgétaires pour ce programme dans le budget 1994-1995.
- iv) Le Directeur régional devrait fusionner les programmes de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et le programme de lutte contre le SIDA au niveau opérationnel, dans les documents du budget et dans le Neuvième Programme général de Travail.
- v) Il est demandé aux Etats Membres d'accorder un rang de priorité élevé au programme élargi de vaccination.
- vi) Les Etats Membres devraient revoir leur budget relatif au programme "Les femmes, la santé et le développement" et utiliser des fonds extrabudgétaires dans ce secteur d'activités.
- vii) L'OMS, au niveau mondial, devrait étudier les raisons de l'escalade des prix des vaccins et se joindre à l'UNICEF et à d'autres organisations pour persuader les fabricants de les réduire.

144. Le Sous-Comité a noté que la sécheresse et la famine qui affectent actuellement certains Etats Membres pourraient provoquer une augmentation des cas de malnutrition dont les effets pourraient commencer à se faire sentir pendant le biennium 1994-1995. Des fonds extrabudgétaires doivent être mobilisés par l'OMS pour ce programme, nonobstant les activités de la FAO, du Programme alimentaire mondial et du HCR.

145. S'agissant des substances chimiques potentiellement toxiques, le Comité a noté l'absence d'installations dans les pays pour tester et identifier de telles substances. L'OMS peut, au nom des pays en développement, jouer un rôle dans le domaine des tests à effectuer.

146. Le Sous-Comité a approuvé le budget ainsi que les recommandations convenues au cours des discussions et a proposé que le Comité régional adopte la résolution, priant le Directeur régional de transmettre ledit document au Directeur général.

147. Le Sous-Comité a également pris note du rapport qui lui a été présenté, sur l'examen des critères utilisés pour la répartition des allocations budgétaires entre les pays. Comme l'a demandé la résolution AFR/RC40/R4, le Directeur régional a convoqué un groupe d'experts pour étudier la question et faire des recommandations. L'information est en train d'être collectée à partir des pays pour tester les propositions du groupe d'experts avant de prendre une décision finale sur leur utilisation dans le prochain budget.

148. En ce qui concerne le Neuvième Programme général de travail, le Secrétariat a fait une excellente présentation, avec diapositives, au Sous-Comité. Il a indiqué que les changements rapides et constants (dans le monde et dans les pays), auxquels l'OMS est confrontée, exigent que l'Organisation élabore des orientations, des stratégies et des outils nouveaux. Découlant de cette analyse, une nouvelle liste ordonnée de programmes a été soumise au Sous-Comité, lequel a fait des commentaires pertinents.

149. L'attention du Directeur régional a été attirée sur le document d'information AFR/RC42/INF.DOC.9 intitulé "Réunion du Comité ad-hoc sur la réponse de l'OMS aux changements mondiaux". Au cours de cette réunion qui a eu les 12 et 13 juillet 1992, un comité ad-hoc de Ministres africains de la Santé a discuté des changements mondiaux auxquels doit faire face l'OMS et qui doivent être pris en compte dans le Neuvième Programme général de travail.

150. Le comité ad-hoc a affirmé que l'OMS doit maintenir son rôle d'autorité directrice dans le domaine de la santé, rôle prévu par sa constitution. Elle doit continuer de recruter des personnels de qualité et d'améliorer la communication au sein de l'Organisation et en direction des pays.

151. Des approches novatrices sont nécessaires pour relever les défis dans les domaines du financement des soins de santé, de l'accessibilité aux soins de qualité, des urgences sanitaires, de la protection de l'environnement, de la maîtrise de la croissance démographique et de la santé mentale. L'Organisation doit maintenir en particulier son excellence technique qui constitue le fondement de sa crédibilité.

152. Le Sous-Comité du Programme a alors présenté son rapport au Comité régional; il traite les sujets suivants : le paludisme, le programme élargi de vaccination, la lutte contre les maladies diarrhéiques, les infections aiguës des voies respiratoires, la tuberculose et la lèpre, la lutte contre l'onchocercose, la préparation et la réponse aux situations d'urgence, et la médecine traditionnelle. Le rapport a souligné la menace continue que font

peser ces maladies transmissibles, comme le reflètent les documents sur chaque sujet. Des préoccupations ont été exprimées quant à l'avenir du PEV dans la Région, vu que le prix des vaccins ne cesse d'augmenter et qu'il est par conséquent nécessaire que les budgets nationaux allouent des fonds pour leur achat. La collaboration du Bureau régional avec les Etats Membres dans les activités de lutte contre ces maladies au niveau des pays a été appréciée et encouragée.

Discussion

153. Les membres du Comité régional ont félicité le Sous-Comité du Programme pour le travail accompli sur le budget; ils ont adopté les recommandations du Sous-Comité et approuvé la résolution AFR/RC42/R2 portant sur le budget.

154. Le Comité régional a souscrit à la demande du Président du Sous-Comité du Programme de veiller à ce que les membres du Sous-Comité aient à leur disposition les documents de travail au moins un mois à l'avance et que leur réunion se tienne une semaine avant le Comité.

155. Le Comité régional a également fait allusion à l'importance que les pays attachent à la collaboration avec le Bureau régional et a fait part de son soutien total au Bureau régional et aux autres organisations pour négocier avec les fabricants de médicaments des prix plus abordables pour les vaccins et les médicaments antiparasitaires.

156. Quelques délégués ont fait part de leur préoccupation quant à la distribution gratuite de l'Ivermectine aux pays endémiques et ont exprimé la crainte que cette offre ne s'arrête brusquement lorsque les pays ne seront plus en mesure de payer les médicaments. Le Directeur du Programme de Lutte contre l'Onchocercose a fait les remarques suivantes : Merck Sharp and Dome a proposé de donner gratuitement l'Ivermectine à tous les pays endémiques. Cette compagnie pharmaceutique bénéficie d'un abattement fiscal du Gouvernement des Etats-Unis. Cet abattement est équivalent ou même supérieur au profit que la société pourrait tirer de la vente du médicament. Par conséquent, il y a de bonnes chances que ce médicament continue à être distribué gratuitement.

157. En ce qui concerne la réinvasion des zones du Programme de lutte contre l'Onchocercose par des simules provenant des zones hors OCP, on a fait remarquer qu'un programme très actif de lutte contre l'onchocercose avait démarré au Nigéria et qu'il réduisait progressivement le risque de réinvasion. Le Libéria n'a pas encore pu démarrer un programme de lutte, aussi la menace de réinvasion à partir de ce pays existe-t-elle toujours.

158. Le Comité régional a noté avec satisfaction et approuvé le rapport du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire.

159. Le Comité régional a approuvé le rapport du Sous-Comité du Programme et adopté les cinq résolutions qui y étaient jointes.

Composition du Sous-Comité du Programme pour 1993

160. Le Président a annoncé que, conformément à la résolution AFR/RC25/R10 et à la Décision de procédure No 14 de la quarantième session, les six Etats Membres suivants se retireraient du Sous-Comité en 1992 à la fin de leur mandat. Ce sont : Cameroun, Sierra Leone, Swaziland, Togo, Ouganda et Zaïre. Il les a remerciés chaleureusement de leur collaboration. Dans le droit fil de ces textes, les six pays suivants deviennent maintenant membres du Sous-Comité du Programme : Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cap-Vert, Tchad et République centrafricaine. Le rapport de la réunion des nouveaux membres du Sous-Comité du Programme figure à l'Annexe 12.

PRESENTATION DU RAPPORT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES (document AFR/RC42/22)

161. Un rapport sur les discussions techniques relatives à la Recherche essentielle en santé pour le développement sanitaire national a été présenté par le Professeur F. K. Nkrumah, Président des Discussions techniques. Ce rapport figure à l'Annexe 13.

CHOIX DU SUJET DES DISCUSSIONS TECHNIQUES EN 1993

162. Le Comité a confirmé le choix du sujet suivant pour les discussions techniques de la quarante-troisième session du Comité régional de 1993 : "Développement des infrastructures de santé".

DESIGNATION DU PRESIDENT ET DU PRESIDENT SUPPLEANT
DES DISCUSSIONS TECHNIQUES EN 1993 (document AFR/RC42/23)

163. Le Comité a désigné le Professeur Kassi Léopold Manlan de Côte d'Ivoire comme Président des Discussions techniques en 1993. Il a aussi désigné l'Architecte Alberto Pires Camacho Ribeiro, Président suppléant.

CHOIX DU SUJET DES DISCUSSIONS TECHNIQUES EN 1994

164. Le Comité a décidé de confirmer la Décision de procédure No 6 prise à la quarante et unième session à Bujumbura, à savoir que le sujet des discussions techniques de la quarante-quatrième session sera le suivant : "La sélection et le développement des technologies de la santé".

DATES ET LIEUX DES QUARANTE-TROISIEME ET QUARANTE-QUATRIEME SESSIONS
DU COMITE REGIONAL EN 1993 ET EN 1994 (document AFR/RC42/25 Rév.1)

165. Monsieur D. Miller (Secrétariat) a, au nom du Directeur régional, présenté le document AFR/RC42/25 Rév.1 invitant le Comité régional à confirmer sa décision de tenir sa quarante-troisième session à Brazzaville, à moins qu'un pays n'invite le Comité régional à se réunir ailleurs et accepte de prendre en charge l'ensemble des dépenses supplémentaires découlant de la tenue de la réunion hors du Siège régional, et de tenir sa quarante-quatrième session à Brazzaville. Le document a attiré l'attention sur la résolution AFR/RC41/R13 demandant aux Etats Membres désireux d'accueillir un Comité régional de prendre en charge les dépenses supplémentaires.

166. Le Comité régional a confirmé sa décision de tenir sa quarante-troisième session à Brazzaville à moins d'être invité à le faire ailleurs par un pays disposé à prendre en charge tous les frais supplémentaires qui en découlent et à tenir sa quarante-quatrième session à Brazzaville.

167. Le Comité a pris note de l'intérêt de quatre pays, le Botswana, la Namibie, le Sénégal et le Zimbabwe, d'accueillir les futures sessions du Comité régional, en vertu des requêtes qu'ils ont introduites auprès du Secrétariat pour quantifier les dépenses supplémentaires que cela suppose. Le Directeur régional accueillera favorablement les invitations à abriter de futures sessions du Comité régional.

CLOTURE DE LA QUARANTE-DEUXIEME SESSION

168. Le Directeur régional a remercié le Président et les autres membres du Bureau de la quarante-deuxième session, les délégués des Etats Membres, les représentants de l'OUA, les organisations des Nations Unies, les ONG et d'autres observateurs et visiteurs dont tous ont contribué à l'expérience enrichissante que constitue la réunion du Comité régional.

169. Le Secrétariat a pris l'engagement ferme de mettre rapidement et efficacement en oeuvre les résolutions et les décisions de procédures adoptées par le Comité régional.

170. Le Directeur régional a fait mention spéciale de la mobilisation générale pour la santé communautaire en Afrique qui a été lancée à la première Conférence internationale sur la Santé communautaire en Afrique (CISCA) à Brazzaville pendant le week-end précédent, du 4 au 6 septembre 1992. Il est nécessaire de continuer dans la même voie et d'élargir cette mobilisation en faveur de la santé communautaire dans tous les pays de la Région; c'est là un moyen efficace d'améliorer l'état de santé des populations en dépit des crises financière, sociale et politique auxquelles est confronté le continent dans son ensemble, a déclaré le Directeur régional.

171. Une motion de remerciements adressée au Chef d'Etat de la République du Congo, pour sa participation à la cérémonie d'ouverture, a été proposée par son Excellence Monsieur Ralph Adam, Ministre de la Santé des Seychelles et adoptée à l'unanimité.

172. Le Dr R. Ekoundzola, Ministre de la Santé du Congo, a fait remarquer qu'il était le dernier Ministre de la Santé "nouvellement nommé" dans la Région, ayant été élevé au rang de Ministre seulement quelques jours auparavant. C'est pour lui une expérience mémorable d'avoir commencé le Comité régional en tant que Directeur général de la Santé et de l'avoir terminé comme Ministre de la Santé, a-t-il déclaré. Il a remercié le Directeur général et les participants de leur engagement en faveur de la santé en Afrique et de leur soutien à la CISCA.

173. Le Président du Comité régional, dans ses remarques de clôture, a remercié le Directeur général et toutes les personnalités éminentes qui ont participé à la réunion. Il a proposé d'utiliser de mécanismes des petits comités ad-hoc de Ministres pour examiner les questions qui pourraient survenir pendant son mandat, afin d'améliorer l'activité de l'OMS dans la Région. Il a remercié les délégués d'avoir répondu pendant toute la réunion à l'appel qu'il a lancé en faveur de la ponctualité, ce qui a eu des résultats bénéfiques.

174. Il a ensuite clôturé officiellement la quarante-deuxième session du Comité régional.

ANNEXES

ORDRE DU JOUR

1. Ouverture de la quarante-deuxième session (document AFR/RC42/INF.1)
2. Adoption de l'ordre du jour provisoire (document AFR/RC42/1)
3. Constitution du Sous-Comité des Désignations
4. Election du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs
5. Nomination du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
6. Activités de l'OMS dans la Région africaine
 - 6.1 Rapport succinct du Directeur régional (documents AFR/RC42/3 et AFR/RC42/3 Add.1)
 - 6.2 Situation des épidémies dans la Région africaine (document AFR/RC42/4)
 - 6.3 Lutte contre le SIDA : Situation actuelle dans la Région africaine (document AFR/RC42/5 Rév.1)
 - 6.4 Réorientation et restructuration des hôpitaux de districts (document AFR/RC42/6)
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 (documents AFR/RC42/7 et AFR/RC42/7 Add.1)
 - 7.2 Ordres du jour de la quatre-vingt-dixième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé : Incidences régionales (document AFR/RC42/8)
 - 7.3 Méthodes de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC42/9)
8. Examen du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC42/21)
 - 8.1 Examen du budget programme 1994-1995 (document AFR/RC42/2)
 - 8.2 Rapport du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS) (document AFR/RC42/11)
 - 8.3 Rapport final d'évaluation de la Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement dans la Région africaine (document AFR/RC42/12)
 - 8.4 Programme régional de lutte antipaludique (rapport de la Conférence interrégionale sur la lutte antipaludique en Afrique, octobre 1991) (document AFR/RC42/13)

- 8.5 Programme régional de lutte contre la tuberculose et la lèpre : Progrès accomplis et perspectives pour les années 1990 (document AFR/RC42/14)
- 8.6 Programme élargi de vaccination : Progrès accomplis dans la mise en oeuvre de la stratégie d'élimination du tétanos néonatal et d'éradication de la poliomyélite (document AFR/RC42/15)
- 8.7 Lutte contre l'onchocercose dans la Région africaine : Rapport d'activité (document AFR/RC42/16)
- 8.8 Programme régional de lutte contre les maladies diarrhéiques : Rapport d'activité (document AFR/RC42/17)
- 8.9 Préparation et réponse aux situations d'urgence : Rapport d'activité (document AFR/RC42/18)
- 8.10 Médecine traditionnelle : Rapport d'activité (document AFR/RC42/19)
9. Discussions techniques : Recherche en santé publique (document AFR/RC42/TD/1 Rév.1)
 - 9.1 Présentation du rapport des discussions techniques (document AFR/RC42/22)
 - 9.2 Nomination du Président et du Président suppléant des discussions techniques pour 1993 (document AFR/RC42/23)
 - 9.3 Choix du sujet des discussions techniques pour 1993 (document AFR/RC42/24)
10. Dates et lieux de la quarante-troisième et de la quarante-quatrième sessions du Comité régional en 1993 et en 1994 (document AFR/RC42/25 Rév.1)
11. Adoption du rapport du Comité régional (document AFR/RC42/26)
12. Clôture de la quarante-deuxième session.

LIST OF PARTICIPANTS
LISTE DES PARTICIPANTS
LISTA DOS PARTICIPANTES

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

ALGERIA
ALGERIE
ARGÉLIA

Mr Mohamed Larti Abbas
Chef de Cabinet du Ministre de la Santé et de la Population
Chef de délégation

M. Abdesselam Chakou
Directeur de la Prévention

Dr Abdelkrim Ouchefoun
Directeur général de l'Institut National Santé Publique

M. Abdel Malek Maoudi
Chargé d'Affaires, Ambassade d'Algérie au Congo

ANGOLA

Dr Flávio Fernandes
Ministro da Saúde
Chefe da delegação

Dr Dias Ferreira Braz
Director Nacional de Saúde pública

Dr Lubanzu Vita Vemba
Director Provincial de Saúde Pública e Controlo
de Endemias de Luanda

Dr F. Chicola
Director Nacional de Recursos Humanos

Sra Filomena Venâncio Binga
Chefe do Gabinete do Ministro

BENIN
BENIN

Dr (Mme) M. V. Lawson
Ministre de la Santé
Chef de délégation

Dr (Mme) G. Omolola Dossou
Directrice Adjointe - Cabinet du Ministre de la Santé

BOTSWANA
BOTSOUANA

Hon. Bahiti K. Temane
Minister of Health
Leader of delegation

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

Dr P. K. Mmatli
Principal Medical Officer/Head of Primary Health Care Support Division

BURKINA FASO

M. C. Dabire
Ministre de la Santé, de l'Action Sociale et de la Famille
Chef de délégation

Dr L. Tapsoba
Directeur des Etudes et de la Planification

Prof. I. P. Guissou
Vice-Doyen de la Faculté des Sciences de la Santé
Université de Ouagadougou

BURUNDI

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

Dr D. Nshimirimana
Inspecteur général de la Santé

CAMEROON
CAMEROUN
CAMARÕES

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

Dr C. Bekoe Ngouba
Conseiller technique No 1 au Ministère de la Santé publique

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

M. M. Mpana
Sous-Directeur des Institutions spécialisées de l'ONU
Ministère des Relations extérieures

CAPE VERDE
CAP-VERT
CABO VERDE

Dr Rui Alberto de Figueiredo Soares
Ministro da Saúde
Chefe da delegação

Dr Júlio Barros Andrade
Director-Geral da Saúde

Dr Edith Maurício Santos
Director Geral da Farmácia

Dra Djamila Khady Cabral
Delegado de Saúde do Concelho Santa Catarina

CENTRAL AFRICAN REPUBLIC
REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
REPUBLICA CENTRAFRICANA

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

Dr E. Kpizingui
Directeur des Etudes, de la Planification
et des Statistiques

Dr J. B. ROUNGOU
Directeur de la Médecine préventive et de lutte
contre les Grandes Endémies

CHAD
TCHAD
CHADE

M. Ali Fadel Mahamat Zene
Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales
Chef de délégation

Dr Hassan Mahamat Hassan
Directeur général du Ministère de la Santé publique et
des Affaires sociales

Dr Daouya Granga
Délégué Préfectoral Socio-sanitaire du Chari-Baguirmi et de N'Djaména

COMOROS
COMORES

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

Mme A. Soilihi Vovor
Directrice régionale de la Santé/Grande Comore

M. Chaïbou Bedja Abdou
Directeur des Affaires administratives et financières

CONGO

Prof. J. R. Ekoundzola
Ministre de la Santé, de la Population et des Affaires sociales

Mme B. Fila née Meza
Directrice générale des Affaires Sociales

Dr B. Ntari
Conseiller sanitaire du Ministre de la Santé publique et
des Affaires sociales

Dr S. Nzingoula
Directeur de la Santé de la Famille

Dr P. M'Pelé
Chef du Programme national de Lutte contre le SIDA

M. A. Mabilia-Ngoulou
Directeur des Etudes et de la Planification/Santé

Dr E. Malalou
Directeur régional de la Santé de Brazzaville

Prof. G. Gandziami Kaya
Professeur de Médecine
Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville

Dr A. Gando
Conseiller Socio-Sanitaire à la Primature

COTE D'IVOIRE

Prof. F. F. Alain Ekra
Ministre de la Santé et de la Protection sociale
Chef de délégation

Prof. L. Kassi Manlan
Directeur général, Ministère de la Santé et de la Protection sociale

EQUATORIAL GUINEA GUINEE EQUATORIALE GUINÉ EQUATORIAL

Dr S. Nguema Owono
Vice-Ministre de la Santé
Chef de délégation

Dr V. Sima-Oyawa
Directeur général de la Santé publique

Dr Santibgo Micha Oyono
Chef du Service de la Planification et Programmation

ETHIOPIA
ETHIOPIE
ETIÓPIA

Dr Adanetch Kidanemariam
Minister of Health
Leader of delegation

Mr Hailu Meche
Head, Planning and Programming Department

GABON
GABÃO

M. J. R. Pandy-Bouyiki
Ministre de la Santé publique
Chef de délégation

Dr R. Mavoungou
Directeur général de la Santé publique
Adjoint chef de la délégation

M. F. Mounguengui-Nzigou
Premier Conseiller, Chargé d'Affaires, a.i.
Ambassade du Gabon au Congo

Dr T. Engongah-Beka
Conseiller du Ministre de la Santé chargé des Relations internationales

Dr R. A. Nlome-Nze
Directeur général adjoint Technique, Ministère de la Santé publique

THE GAMBIA
GAMBIE
GÂMBIA

Hon. Landing Jallow Sonko
Minister of Health and Social Welfare
Leader of delegation

Dr Melville Omorlabie George
Director of Health Services

GHANA
GANA

Dr Moses Adibo
Director of Health Services
Leader of delegation

Dr A. Adamafio
Deputy Director of Medical Services

GUINEA
GUINEE
GUINÉ

Dr Ousmane Bangoura
Secrétaire général du Ministère de la Santé publique des Affaires sociales
Chef de délégation

Dr Moussa Conte
Inspecteur général de la Santé

Dr Diallo Fatoumata Buita Tidiane
Chef de Division Recherche/Formation au Bureau d'Etude, Planification
et Recherche du Ministère Santé publique et des Affaires sociales

GUINEA-BISSAU
GUINEE-BISSAU
GUINÉ-BISSAU

Dr Henriqueta Godinho Gomes
Ministo da Saúde Pública
Chefe da delegação

Dr J. C. Sa Nogueira
Médico-Director régional de Saude - Bafata

Sr Augusto Da Silva
Director dos Cuidados P. da Saúde (SSP)

Sra M. Alice Goudiaby
Directora do Programa CDD

KENYA
QUENIA

Hon. Jeremiah Nyagah
Minister of Health
Leader of delegation

Dr Pius S. Achola
Senior Deputy, Director of Medical Services

Mrs Sarah W. Kaviti
Assistant Chief Nursing Officer

LESOTHO

LESOTO

Dr Letsika O. Matela
Minister of Health
Head of Delegation

Mrs A. M. Ntholi
Deputy Principal Secretary

Mrs Mmathari K. Matsau
Chief Planning officer

LIBERIA*

MADAGASCAR

Dr E. Ribaira
Directeur général des Programmes Médico-sanitaires
du Ministère de la Santé
Chef de délégation

Dr Barrysson Jean Andriamahefazafy
Directeur des Etudes et de la Planification

MALAWI

Dr Hetherwick M. Ntaba
Hon. Minister of Health
Leader of delegation

Dr Peter C. Chimimba
Chief of Health Services

Mrs F. Katambo
Regional Nursing Officer

MALI

Commandant Modibo Sidibe
Ministre de la Santé, de la Solidarité et des Personnes âgées
Chef de délégation

Prof. Abdoulaye Ag Rhaly
Conseiller Technique, Ministère de la Santé, de la Solidarité
et des Personnes âgées

Dr Mountaga Coulibaly
Directeur national de la Santé publique

* Unable to attend/ N'a pas pu participer/ Não pode participar.

MAURITANIA
MAURITANIE

M. Mohamed Mody Camara
Ministre de la Santé et des Affaires sociales
Chef de délégation

Dr Najirou Kelly
Médecin Epidémiologiste/DPS/Ministère de la Santé et des
Affaires sociales

Dr Mohamed Yeslem Chiekh Benany
Chef de Service, Service national de Lutte contre la
Tuberculose et la Lèpre

MAURITIUS
MAURICE
ILHA MAURÍCIA

Hon. Dr P. Nababsing
Deputy Prime Minister and Minister of Health
Leader of delegation

Dr C. N. Bissoonauthsing
Principal Medical Officer (Research and Training)

MOZAMBIQUE
MOÇAMBIQUE

Dr Leonardo Santos Simão
Ministro da Saúde
Chefe da delegação

Sr Jeremias Lucas Chomera
Director Nacional Adjunto de Saúde

Dra Francelina Pinto Romao
Directora dos Programar de Saúde Materno-Infantil/PF e de Vacinação

NAMIBIA
NAMIBIE

Dr Iyambo Indongo
Deputy Minister for Health and Social Services
Leader delegation

Ms M. Nghantanga
Acting Head of PHC Training and Development

Ms Agnes Mundia Limbo
Regional PHC - Coordinator

NIGER

M. Saidou Souleymane
Ministre de la Santé publique
Chef de délégation

Dr Daga Magagi
Inspecteur général de la Santé

NIGERIA

Prof. O. Ransome-Kuti
Minister of Health and Human Services
Leader of delegation

Mr Ezekiel A. Oniyide
Personal Assistant to the Hon. Minister

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

Mr Cleverley A. B. Sule
Deputy Director of International Health

Mr G. Adetuberu
Ambassador of Nigeria in Congo
Embassy of Nigeria - Brazzaville

Mr T. G. Adeniyi
First Secretary
Embassy of Nigeria in Congo, Brazzaville

RWANDA

RUANDA

Dr C. Bizimungu
Ministre de la Santé
Chef de délégation

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

Dr S. Munyantore
Professeur-Chercheur à la Faculté de Médecine
de l'Université nationale du Rwanda - Butare

Dr Geneviève Kantarama
Médecin Supérieur des Activités des Centres de Santé
dans la Région sanitaire de Kigali

SAO TOME & PRINCIPE
SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

Dra Dulce Bragança Gomes
Ministra da Saúde
Chefe de delegação

Dr A. Marques Lima
Director des Serviços Hospitalous e Farmacêuticas

Dra Maria L. F. L. Mareno
Delegada de Saúde de Água-Grande

Dr José Manuel Carvalho
Director da la Medicina Preventiva

SENEGAL

M. Assane Diop
Ministre de la Santé et de l'Action sociale
Chef de délégation

Dr Fodé Diouf
Conseiller Technique du Ministre de la Santé

SEYCHELLES
ILHAS SEYCHELLES

Hon. Mr Ralph Adam
Minister of Health
Leader of delegation

Dr Conrad Shamlaye
Principal Secretary of Health

SIERRA LEONE
SERRA LEOA

Hon. Dr (Lt.Col.) A. A. Gibril
Secretary of State (Minister)
Leader of delegation

Dr George Komba-Kono
Chief Medical Officer

Mr Ralph A. Spencer-Walters
Permanent Secretary - Department of Health

SWAZILAND
SOUAZILAND
SUAZILÂNDIA

Prince Phuhlaphi Dlamini
Under Secretary
Leader of delegation

Dr J. M. Mbambo
Director of Health Services

Mrs Elizabeth T. Mdebele
Nurse Regional Matrone

TOGO

Dr Vignon Devo
Conseiller technique - Ministère de la Santé et de la Population

UGANDA
OUGANDA

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

Dr E. G. N. Muzira
Permanent Secretary and Director of Medical Services

Dr J. H. Kyabaggu
Deputy Director of Medical Services

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

Hon. Prof. P. M. Sarungi
Minister of Health
Leader of delegation

Hon Ali Mohamed Shoka
Minister of Health - Zanzibar
Leader of delegation

Dr Romanus N. S. Mkerenga
Principal Medical Officer (Epidemiology/Communicable Diseases Control)

Dr Hassan Ahmed Attas
Director General, Ministry of Health - Zanzibar

ZAIRE

Dr J. P. Kabangu-Tambua
Directeur, Chef de Service de l'Epidémiologie, Grandes Endémies et
Médecine préventive

M. Empampesa Likosso
Ambassadeur du Zaïre au Congo

ZAMBIA
ZAMBIE

Hon. (Dr) B. Kawimbe
Minister of Health
Leader of delegation

Dr G. K. Bolla
Deputy Director of Medical Services

Dr J. C. Masange
Group Medical Advisor
Zambia Consolidated Copper Mine Limited (ZCCM LTD)

Dr M. Simukonde
Chief Medical Officer, Nchanga South Hospital

ZIMBABWE
ZIMBABUE

Dr Timothy J. Stamps
Minister of Health and Child Welfare
Leader of delegation

Dr Rufaro R. Chatora
Secretary for Health and Child Welfare

Mrs Lucy Thema
Health Services Administrator

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

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

M. R. Johnson
Chief Representative to West Africa
B.P. 1159
Conakry
Guinée

Dr Selva Saman
Head Secretary
P.O. Box 45479, Chatsglen
4012, Durban
South Africa

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

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

M. Mamadou Ibra N'Gom
Représentant Résident de la FAO au Congo
B.P. 972
Brazzaville
Congo

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

M. S. I. Looky
Directeur du FNUAP (Congo et Gabon)
B.P. 465
Brazzaville
Congo

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

M. A. A. Issaka
Délégué national du HCNUR
s/c du PNUD
Brazzaville
Congo

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

M. A. R. Coefe
Représentant Résident a.i. du PNUD
B.P. 465
Brazzaville
Congo

Mme N. Grant
Chargé de Programme, PNUD
Brazzaville
Congo

United Nations Education, Scientific and Cultural Organization (UNESCO)
Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et
la Culture (UNESCO)
Organizaçãõ das Nações Unidas para a Educaçãõ, Ciência e Cultura (UNESCO)

Dr P. Thimossat
 Médecin, Consultant P.I.D.C. (UNESCO)
 7, Place de Fontenoy
 75700 Paris
 France

United Nations Organization (UN)
Organisation des Nations Unies (ONU)
Organizaçãõ das Nações Unidas

Dr Pangu Kasa Asila
 Senior Adviser
 3, United Nations Plaza
 New York, 10017
 USA

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

Mr Cole P. Dodge
 Regional Director, UNICEF ESARO
 P.O. Box 44145
 Nairobi
 Kenya

M. Stanislas S. Adotevi
 Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique centrale et occidentale
 B.P. 443
 Abidjan 04
 Côte d'Ivoire

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

M. J. M. Ndiaye
 Chargé de Programme Santé
 UNICEF(WCARO)
 B.P. 3420
 Ouagadougou
 Burkina Faso

M. Mukalay Mwilambwe
Représentant de l'UNICEF (Congo - Gabon)
B.P. 2110
Brazzaville
République du Congo

World Bank
Banque mondiale

Mrs I. Z. Husain
Division Chief, Population, Health and Nutrition Division
World Bank
Africa Technical Department
1818 H. St. New York
Washington, D.C. 20433
USA

Mr R. Niimi
AFTPN
World Bank J4170
1818 H. Street
Washington D.C. 20433
USA

Mr J. L. Lamboray
Public Health Specialist, AFTPN
World Bank, Room J4-153
1818 H. Street N.W.
Washington, D. C. 20433
USA

Economic Commission for Africa (ECA)
Commission économique pour l'Afrique (CEA)

Dr Wambui Karanja
Chief Soc. Policy Planning & Research
ECA
Addis Ababa
Ethiopia

4. REPRESENTATIVES OF INTERGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS
REPRESENTANTS DES ORGANISATIONS INTERGOUVERNEMENTALES
REPRESENTANTES DAS ORGANIZAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS

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

Mr P. Gayama
Assistant Secretary General, Head of Delegation
OAU
P.O. Box 3243
Addis Ababa
Ethiopia

Dr O. J. Khatib
 Head, Health and Nutrition Division
Addis Ababa
 Ethiopia

Organization for Coordination and Cooperation
in the Control of Major Endemic Diseases
Organisation de Coordination et de Coopération pour la Lutte
contre les Grandes Endémies (OCCGE)
Organização de Coordenação e Cooperação para
o Combate as Grandes Endemias

Dr Youssouf Kane
 Secrétaire général
 OCCGE
Ouagadougou
 Burkina Faso

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

Professeur D. Baudou
 CIESPAC
Brazzaville
 Congo

Dr P. Ambassa
 CIESPAC
Brazzaville
 Congo

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

Dr Kabba Joiner
 Executive Director
 West African Health Community
 6 Taylor Drive
 P.O. Box 2023
Yaba, Lagos
 Nigeria

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

Mr L. O. S. Mantiziba
Administrative Secretary
Commonwealth Regional Health Community
P.O. Box 1009
Arusha
Tanzania

Centre international de Civilisation Bantou (CICIBA)

Mme B. Akendengue
Département de Médecine traditionnelle
CICIBA
B.P. 770
Libreville
Gabon

Fédération des Chambres de Commerce d'Afrique centrale (FCCAC)

M. G. Itsitsa
Secrétaire exécutif de la FCCAC
B.P. 1603
Brazzaville
Congo

5. REPRESENTATIVES OF NON-GOVERNMENTAL ORGANIZATIONS
REPRESENTANTS DES ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES
REPRESENTANTES DAS ORGANIZAÇÕES NÃO-GOVERNAMENTAIS

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

Dr M. S. Gerber
Director General
AMREF
P.O. Box 30125
Nairobi
Kenya

Commission de Médecine Chrétienne du Conseil Oeucuménique
des Eglises

Dr Zinga Nkuni
Représentant du CMC/WCC
B.P. 2100
1211 Genève 2
Suisse

Institut Français de Recherche scientifique pour
le Développement en Coopération (ORSTOM)

M. J. P. Eouzan
Représentant Directeur général
ORSTOM
213 rue Lafayette
75010 Paris
France

M. J. Fages
Représentant de l'ORSTOM au Congo
B.P. 181
Brazzaville
Congo

6. OBSERVERS
OBSERVATEURS
OBSERVADORES

M. Michel André
Ambassadeur de France au Congo
Brazzaville

Dr R. Josseran
Mission française de Coopération et d'Action culturelle
B.P. 2175
Brazzaville

Dr Luis F. Magao
Director-Geral do Ministério da Saúde de Portugal (DEPS)
Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde
Av. Alvares Cabral, 25
1200 Lisboa
Portugal

Mrs D. Cruz
Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde
Av. Alvares Cabral, 25
1200 Lisboa
Portugal

M. Torres Barrios Isaac R.
Chargé d'Affaires, Ambassade de Cuba au Congo
B.P. 80
Brazzaville
Congo

M. Farid Saleh
Ambassadeur d'Egypte au Congo
Building du 5 Février
B.P. 917
Brazzaville
Congo

ALLOCUTION D'OUVERTURE DU DR. N. NGENDABANYIKWA,
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE DU BURUNDI,
PRESIDENT DE LA QUARANTE ET UNIEME SESSION
DU COMITE REGIONAL DE L'AFRIQUE

Excellence Monsieur le Président de la République du Congo,
Excellence Monsieur le Président Carter,
Excellences Mesdames les Présidents,
Mesdames, Messieurs les Ministres,
Monsieur le Directeur régional,
Mesdames, Messieurs les Chefs de Mission diplomatique et Représentants
des Organisations internationales,
Mesdames, Messieurs,

C'est pour moi un honneur, doublé d'un devoir, de m'adresser à vous, à l'occasion de l'ouverture solennelle de la quarante-deuxième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Un honneur car en plus de la présence d'un nombre très élevé de mes collègues Ministres de la Santé, la présente séance est rehaussée par deux éminentes personnalités dont la présence constitue pour nous une source de fierté et d'encouragement.

En effet, Monsieur le Président de la République du Congo, à peine entré en fonction, vous nous honorez en nous réservant votre premier acte de portée internationale. De ce fait, l'importance que vous attachez à la santé de l'Afrique, et des Congolais en particulier, ne serait passée inaperçue. Nous vous en sommes infiniment reconnaissants.

Monsieur le Président Carter, venant du nouveau continent si éloigné, voisin du nôtre, vous avez tenu à confirmer par votre présence ici, et maintenant, ce que chacun sait déjà, c'est-à-dire votre sensibilité vis-à-vis des problèmes de santé de ce continent. Votre nom n'est-il pas déjà lié à l'éradication du ver de Guinée en Afrique, objectif que nous visons pour l'année 1995. Cette sensibilité nous réchauffe les coeurs et nous encourage également.

Parlant du devoir net, en ma qualité de Président en exercice du Comité régional, je me dois de vous faire rapport. Comme vous le savez, la situation socio-économique de nos pays a pesé lourd sur tous les budgets de nos différents Etats ayant pour corollaire la réduction considérable de nos maigres ressources allouées au développement social en général, et à celui de la santé en particulier. A cela sont venues s'ajouter les conséquences désastreuses de la pandémie du SIDA sur un fond çà et là d'épidémie de choléra et de paludisme. Les efforts que nous, autorités de la santé, avons entrepris depuis des décennies en faveur de la santé ont également été quelque peu ralentis, par la conception trop étatique de notre politique de santé. L'expérience des uns et des autres, les recommandations de l'OMS, nous ont amenés à reconsidérer cette vision en vue de développer une stratégie qui met l'accent sur une véritable prise en charge, par des communautés, de leur propre santé. Nul, en effet, ne peut donner la santé aux collectivités ni la leur imposer. L'expérience a montré que cela ne marche pas.

Après des différentes opérations de l'OMS visant à axer les efforts de santé sur l'auto-responsabilité individuelle et collective, l'Appel de Bujumbura a servi d'élément catalyseur en vue d'une mobilisation générale en faveur de la santé communautaire. Saisissant la balle au bond, je me suis adressé à tous mes collègues Ministres de la Santé et au Directeur régional à prendre la tension des uns et des autres sur la nécessité de lancer un mouvement d'information, de sensibilisation, de réflexion et de solidarité en faveur des initiatives communautaires en matière de santé ou de développement tout court. Depuis lors, des activités ont été menées dans les pays et entre les pays visant à mettre en exergue ces initiatives communautaires dont des centaines et des centaines ont été recensées à travers toute la Région. Très variées, elles nous apportent des renseignements très riches, notamment en ce qui concerne le financement de soins de santé. Ces initiatives nous rassurent également, car elles nous prouvent que le réflexe de solidarité au niveau de notre communauté est encore intact.

Du coup, la création du Fonds Spécial pour la Santé en Afrique trouve sa pleine justification dans ce sens qu'il vise l'appui aux initiatives des districts sanitaires et des communautés en faveur de la santé. Finalement, ces initiatives, ces associations et autres mécanismes locaux mis en place pour les appuyer sont des répondants nationaux au Fonds Spécial, lorsque les Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'OUA nous recommandaient, en 1987, la création de ce Fonds et disaient : "Un Fonds spécial de Développement devra être créé pour stimuler l'action au niveau du district, spécialement pour encourager (par le biais de subventions, de prêts à des conditions de faveur et l'octroi de prix), les actions dignes d'intérêt menées sur le plan local, dans le domaine de la santé et du développement". Nous sommes donc dans la droite ligne de la Déclaration de nos Chefs d'Etat.

Mesdames,

Messieurs les Ministres de la Santé et Chers Collègues,

Je crois que c'est l'occasion, une fois de plus, de relancer ce Fonds Spécial, notamment au niveau des autres Organes directeurs de l'OMS. Je me permettrai de vous faire des suggestions au cours de la présente session.

Excellence Monsieur le Président de la République du Congo,

Excellence Monsieur le Président Carter,

Excellences Chers Collègues,

Mesdames, Messieurs,

Le point culminant de cette campagne de mobilisation en faveur de la santé est l'organisation de la Conférence internationale sur la Santé communautaire en Afrique, qui s'ouvrira vendredi prochain, toujours dans Brazzaville la verte, devenue de facto, la Capitale sanitaire de l'Afrique. Je remercie très sincèrement le Gouvernement et le Peuple congolais qui, malgré un calendrier politique très chargé, ont pris l'initiative d'organiser cette messe de la santé. J'associe à ces remerciements le Dr Monekosso, notre Directeur régional, et son équipe pour tout l'appui qu'il a fourni à cette campagne et à la préparation de cette Conférence qui est un véritable rendez-vous sanitaire des communautés africaines.

On finira par se demander : Qu'ai-je fais chez moi ? Dans mon pays le Burundi, nous avons suscité un mouvement de sensibilisation qui nous a amenés à réaliser des activités génératrices des fonds pour la santé communautaire d'où la création de la Fondation burundaise pour la Promotion de la Santé et

la Solidarité avec les Malades, officiellement lancée en présence notamment de l'Epouse du Chef de l'Etat, du Premier Ministre et du Directeur régional lui-même venu nous apporter le témoignage du soutien de notre Organisation.

Cette association non gouvernementale s'est fixée entre autres comme but de maintenir un niveau élevé de mobilisation et de solidarité, en générant des fonds qui serviront à appuyer et encourager des initiatives locales en matière de santé. La réponse sur la communauté nationale est jusqu'ici très encourageante.

Excellences, Mesdames, Messieurs,

Si je me suis appesanti sur cette initiative, c'est pour en souligner les enjeux et marquer à la place du monde l'engagement de l'Afrique pour relever le défi de la santé pour tous. Il ne faut cependant pas se voiler la face, des problèmes importants subsistent. Les catastrophes naturelles et les épidémies font encore trop de victimes, le paludisme s'aggrave et j'en passe. Nul ignore la situation dramatique que connaissent nos frères et soeurs des pays de l'Afrique australe durement touchés par la sécheresse. Ici encore, la solidarité internationale devra jouer, mais il ne faut pas oublier que des solutions dans nos problèmes doivent d'abord venir de nous-mêmes.

Quant à l'épidémie du SIDA, ses conséquences demeurent catastrophiques, aussi bien sur le plan social, économique que politique. Je crois personnellement que cet effort sans précédent de mobilisation des communautés africaines dans un esprit de responsabilité et de solidarité constitue une réponse efficace vis-à-vis de ces problèmes, à condition qu'il soit soutenu par les pouvoirs publics et la communauté internationale. En tout cas, de mon voeu le plus cher, je sais que mon successeur à qui je passerai le flambeau tout à l'heure poursuivra cette oeuvre et nous en dira davantage dans un an.

Je voudrai pour terminer, dire mon appréciation de l'action commune du Dr Monekosso et son équipe, pour appuyer nos pays à surmonter diverses contraintes sur le chemin du développement sanitaire de notre Région. Ils méritent notre soutien.

Je vous remercie de 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 Congo,

Très Honorable invité M. Jimmy Carter, Ancien Président
des Etats Unis d'Amérique,

Monsieur le Président du Comité régional,

Messieurs les Ministres de la Santé et Chefs de Délégations,

Messieurs les Ambassadeurs et Chefs de Missions diplomatiques,

Monsieur le Représentant du Secrétaire Général de l'OUA,

Messieurs les Représentants et Chefs des Institutions spécialisées
des Nations Unies et des organisations non gouvernementales,

Honorables Délégués,

Messieurs les Représentants des médias,

Mesdames et Messieurs,

Je voudrais très simplement, mais du plus profond du coeur, souhaiter la plus chaleureuse et respectueuse bienvenue aux illustres hôtes de la quarante-deuxième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Leur présence à cette cérémonie d'ouverture confère à l'événement un caractère à la fois historique et mobilisateur. C'est donc avec une légitime fierté et une haute appréciation de leur geste que l'ensemble de la famille de l'OMS en Afrique, par ma voix, les en remercie.

Excellence, Monsieur le Professeur Pascal Lissoumba, Président de la République du Congo, soyez donc le bienvenu en cette maison de la santé où se discutent et se prennent les décisions en faveur du développement sanitaire des pays de notre Région. Permettez-moi d'abord de vous réitérer mes plus vives félicitations pour votre brillante élection à la magistrature suprême de votre si beau pays. Je voudrais, ici et avec vous, rendre un vibrant hommage à votre peuple pour la maturité politique, l'abnégation et la tolérance qu'il a démontrées tout au long du processus de transition démocratique dont votre élection fut le couronnement. En homme de Science et de culture, association si peu courante hélas en politique, vous avez fait de votre allocution d'investiture un excellent métissage de détermination et de clairvoyance, d'humanisme et de rigueur, de vision et de réalisme. La famille de l'OMS en Afrique ressent comme un insigne honneur que votre première activité internationale de Chef d'Etat lui soit consacrée.

Excellence, Monsieur le Président Carter, vous êtes le grand humaniste, ambassadeur de la paix et du développement que l'on ne présente plus. Les efforts que vous déployez pour la promotion de la santé et du développement en Afrique sont hautement appréciés; et votre engagement personnel en faveur de l'éradication de la dracunculose en est une des manifestations tangibles.

Excellences, Mesdames et Messieurs les Ministres de la Santé, cette maison est la vôtre et je me rejouis toujours de vous y recevoir. Soyez donc les bienvenus, pour une semaine de travail pendant laquelle vous examinerez les dossiers techniques et financiers qui seront soumis à votre haute appréciation. Votre Comité régional se réunit dans un contexte de crise à la fois économique, sociale et politique dont les solutions, ainsi que l'a si bien formulé le Président Lissouba, exigent de tous esprit d'innovation et de créativité. Vos décisions et orientations sont attendues pour donner au travail de votre Bureau régional l'impulsion nouvelle que requiert la Mobilisation en faveur de la Santé communautaire en Afrique.

Excellences, Mesdames et Messieurs, la quarante-deuxième session du Comité régional est, manifestement, placée sous les plus heureuses auspices. Elle peut, sans doute, être considérée comme l'un de ces moments privilégiés, mais rares, qui marquent la vie des hommes, des organisations et des pays. Bien sûr, l'Afrique traverse une période douloureuse de son histoire; mais elle y fait face, souvent avec douleur, mais parfois avec un brio qui nourrit l'espérance. L'exemple du Congo n'est-il pas prometteur et mobilisateur à cet égard ?

Votre Organisation elle-même se doit de modifier sa réponse aux défis sanitaires et sociaux qui interpellent l'ensemble de la communauté humaine. Le Conseil exécutif nous y invite; et là encore, il faudra faire preuve de courage, d'imagination et de créativité. Car, et je le crois fortement, l'OMS doit devenir l'un des maillons essentiels de la chaîne de solidarité humaine qui devrait unir tous les hommes et toutes les femmes, quelle que soit l'ampleur des problèmes qui les assaillent, quel que soit le niveau de leur développement. L'Appel que vous avez, Mesdames et Messieurs les Ministres, lancé à Bujumbura en 1991, s'inscrit dans cette préoccupation. Il exhorte à une coopération saine entre toutes les régions du monde en faveur de la santé des enfants, des hommes et des femmes de notre continent. je suis persuadé qu'il sera, partout, entendu.

Excellence Monsieur le Président de la République du Congo, Excellence Monsieur le Président Carter, Excellences Mesdames et Messieurs les Ministres, Honorables invités, Mesdames et Messieurs les délégués,

Je vous remercie pour votre bienveillance attention.

ALLOCUTION DE MONSIEUR JIMMY CARTER
ANCIEN PRESIDENT DES ETATS UNIS D'AMERIQUE

Monsieur le Président,
Excellences,
Mesdames et Messieurs,

Permettez-moi tout d'abord de féliciter le Président Pascal Lissouba, dont la récente élection a donné de grands espoirs et provoqué une vive émotion en Afrique et dans le monde. Votre élection, Monsieur le Président, est la preuve que la démocratie, la liberté et les droits de l'homme sont des valeurs chères aux êtres humains, où qu'ils se trouvent. Permettez-moi également d'exprimer ma gratitude pour l'honneur que vous me faites de venir dans votre pays pour cette occasion solennelle et permettez-moi de vous féliciter personnellement pour cette occasion mémorable. Au Docteur Monekosso qui est un ami de longue date et qui a exercé des activités en santé publique à travers le monde, notamment sur ce Continent, je voudrais transmettre mes amitiés et le remercier de m'avoir invité à prendre la parole à cette assemblée qui réunit des Ministres de la Santé et d'autres personnalités. Permettez-moi également de remercier le Président du Comité régional qui a su diriger avec succès les travaux depuis votre première session au Burundi.

Je saisis cette chance, en tant qu'ancien Président d'une grande Nation pour renforcer les liens d'amitié et les objectifs communs qui nous lient. L'Organisation mondiale de la Santé ne peut en aucun cas à elle seule tenir la promesse d'offrir un cadre de vie meilleur aux populations africaines, sans le plein engagement des gouvernements tels que celui du Congo, du Burundi et autres, ainsi que de nombreuses organisations non gouvernementales et des personnes privées. Je suis parmi vous aujourd'hui non pas en tant que Représentant des Etats-Unis d'Amérique, mais je vous apporte la bénédiction de mon pays.

Toutefois, je prends la parole au nom d'une grande Organisation non gouvernementale qui porte mon nom - le Centre Carter d'Atlanta - en Georgie. Nous avons pu noter la relation entre les différents problèmes et les opportunités qui affectent les personnes ici ainsi que dans d'autres parties du monde. Au centre Carter, nous suivons chaque jour de près, tous les conflits qui éclatent sur la planète. Rien que la nuit dernière, on a pu enregistrer 112 conflits à travers le monde. Certains d'entre eux sont de grandes guerres, au cours desquelles plus d'un millier de personnes ont été tuées sur des champs de bataille. A l'exception de la guerre qui sévit dans de l'ex-Yougoslavie, tous les grands conflits sont devenus des guerres civiles. Dans de nombreux cas, eu égard au protocole et aux restrictions imposées par sa Charte, il est interdit aux Nations Unies de régler les conflits en servant d'intermédiaire entre les gouvernements et les citoyens qui tentent de remettre en place un gouvernement ou de le changer. Cette situation a pour conséquence de donner de grandes responsabilités aux autres personnes privées et de les pousser à essayer de faire régner la paix dans des régions en proie à des troubles. Je viens d'arriver ce matin d'Ethiopie, un pays déchiré par quarante années de guerre; une guerre au cours de laquelle plus d'un million de personnes ont péri, certaines par balles ou sous l'effet des bombes. Beaucoup d'autres sont mortes car les aliments et les médicaments dont ils ont besoin leur ont été délibérément refusés, causant ainsi la mort de civils innocents. Voici des souffrances que de nombreux pays continuent d'endurer sur le continent africain.

Un autre problème très grave de l'Afrique est la pénurie alimentaire qui résulte non pas de la guerre, mais du lourd fardeau de la dette extérieure et du manque d'accès à l'information, aux outils et aux engrais appropriés.

Depuis les vingt dernières années, la production alimentaire par tête d'habitant en Afrique baissé chaque année. L'Africain moyen consomme actuellement soixante-dix calories de moins par jour, qu'il y a vingt ans. Cette situation peut changer. Sous la direction du Docteur Norman, qui a remporté le Prix Nobel de la Paix pour la révolution verte en Inde et au Pakistan, notre Centre a maintenant un programme mondial de société visant à accroître la production des céréales. Plus de cent cinquante mille petits agriculteurs en Afrique ont vu leur production céréalière au cours de la première année tripler par rapport à l'année précédente. Il est donc possible d'améliorer la production céréalière et alimentaire en Afrique.

En 1985, nous avons eu une démonstration très claire de l'importance de la coopération entre les agences dans le domaine des soins de santé, car ces dernières jusqu'à cette époque ne constituaient pas une équipe. L'Organisation mondiale de la Santé, l'UNICEF, le Programme des Nations Unies pour le Développement ainsi que d'autres agences qui n'avaient pas travailler ensemble par le passé ont découvert un vaccin contre la polio. Ces Organisations nous ont contacté au Centre Carter, et nous avons mis en place l'équipe spéciale pour la survie de l'enfant connue actuellement sous le nom de l'équipe spéciale pour la survie et la croissance de l'enfant. A l'époque, 20 % seulement des enfants dans les pays en voie de développement avaient été vaccinés contre la polio, la rougeole, la diphtérie, la fièvre typhoïde et la coqueluche. Je dis bien 20 %. En l'espace de cinq ans seulement, ce chiffre est passé à 80 %. Quatre-vingt pour-cent des enfants dans le monde sont aujourd'hui vaccinés contre ces maladies évitables.

Une autre équipe a été mise en place ce week-end au Centre Carter : il s'agit de l'équipe spéciale pour l'éradication des maladies. Comme vous le savez tous, la seule maladie qui ait été éradiquée à ce jour est la variole, et cela remonte à environ 15 ans. Jusqu'à l'an dernier, aucune autre maladie n'a été ciblée pour l'éradication. Nous avons tenté avec le paludisme, mais sans succès, eu égard aux problèmes imprévisibles qui ont surgi. Actuellement, deux maladies ont été ciblées pour l'éradication. L'une d'elle est la polio et la date cible est l'an 2000. Il serait peut-être intéressant pour vous de savoir que l'an dernier, nous avons eu le dernier cas de polio auquel nous ne nous attendions pas en Amérique du Sud, en Amérique centrale, dans les Caraïbes et en Amérique du Nord. Aujourd'hui, il faut relever le défi en Afrique et en Asie. L'autre maladie déjà ciblée pour l'éradication et pour laquelle le Centre Carter est en train de jouer un rôle important, est la dracunculose ou maladie du ver de Guinée. Cette maladie est horrible et affecte de nombreuses personnes en Inde, au Pakistan et dans toute l'Afrique au Sud du Sahel. Le ver de Guinée existe dans bon nombre de pays. Il touche les plus pauvres et les personnes les plus isolées de la terre. Fin 1995 est la date cible que nous avons fixée pour éradiquer le Ver de Guinée. Au cours de l'un de mes derniers voyages, j'ai pu me rendre compte que certains pays africains sont pleinement engagés dans l'éradication de cette maladie.

Je suis très heureux des progrès considérables qui ont été accomplis par les Ministres de la Santé et les Responsables de la Santé de l'Afrique. Il est évident pour nous tous que l'Afrique ne peut surmonter ses graves problèmes économiques sans progrès des soins de santé. Permettez-moi de vous donner ici une illustration des statistiques qui indiquent très clairement ce qui a été fait. En 1960, c'est-à-dire il y a un peu plus de 30 ans, 31 Nations en Afrique avaient toujours un taux de mortalité infantile supérieure à 150 décès pour 1000. En 1990, trois Nations seulement en Afrique avaient encore un taux de mortalité infantile de 150 pour 1000 ou plus. Un autre exemple des progrès sanitaires est l'espérance de vie. En 1960, dans 35 pays, l'espérance de vie était de moins de 45 ans. Il y a deux, c'est-à-dire en 1990 il n'y avait que trois pays dont l'espérance de vie était de moins de 45 ans. Ce sont des progrès incroyables qui ont été accomplis dans les circonstances des plus difficiles.

Je vais à présent vous donner d'autres statistiques qui montrent le grand fossé qui sépare les pays industrialisés des pays en voie de développement de l'hémisphère sud. En 1750, on estimait que le développement économique était égal entre le Nord et le Sud. En 1850, le développement économique des nations industrialisées était trois fois plus important que dans les pays en voie de développement. En 1960, le progrès économique des nations industrialisées était six fois plus important que dans le Tiers monde. Et en 1990, le rapport a été multiplié par neuf. Le progrès économique dans le monde industrialisé est neuf fois supérieur à celui de la plupart des pays africains et des autres pays en voie de développement.

Comme vous avez pu le constater, cette société a évolué, et le lourd fardeau de la dette s'est abattu sur les populations de l'Afrique. Que pouvons-nous faire pour améliorer la situation économique des populations de l'Afrique ? Je vous dirai tout simplement que rien ne peut être fait pour améliorer la situation économique tant que des progrès soutenus ne seront pas accomplis dans le domaine de la santé. Il y a quelques années, la Banque mondiale avait fait une analyse des coûts dans une petite région du Nigéria, productrice de riz. Rien qu'à cause du ver de Guinée, la région avait perdu US \$20 millions de recettes par an, car le Ver de Guinée empêchait les agriculteurs de faire pousser des céréales. En outre, les enfants d'âge scolaire au moment de la saison de reproduction du ver de Guinée ne peuvent pas se rendre à l'école. Il est très peu probable que les grands investisseurs saisissent l'occasion de s'implanter dans un pays africain, si ce dernier ne dispose pas de services de santé appropriés pour les personnes qui y vivent. Les employés, les investisseurs, les gouvernements et les familles, figurent tous au nombre de ceux qui n'ont pas su traiter des problèmes de santé comme il se doit.

Je vous ai déjà décrit les progrès importants qui ont été réalisés par les Ministres de la Santé mais je vais également ajouter que rien ne peut être fait de manière durable sans l'engagement direct du Président d'une Nation, du Premier Ministre, du Ministre des Finances, de l'Agriculture, de l'Education et des Transports dans un pays. Et je pense que c'est en effet une merveilleuse occasion que nous avons, d'être les témoins de ce nouveau Président qui a apporté un symbole d'espoir et de la démocratie à ce Continent, en faisant sa première apparition officielle ici, pour défendre la santé de son pays. Il s'agit là d'une merveilleuse démonstration.

Au cours de mes voyages à travers les pays africains ces trois dernières années, pour essayer d'éradiquer le ver de Guinée, je me suis rendu compte que le Président d'une Nation doit être engagé avant même que l'on ne mobilise des ressources. Le Président du Nigéria a un Ministre de la Santé formidable qui a accompli des progrès considérables dans ce pays. Il ne fait qu'aucun doute dans mon esprit, que le Nigéria est l'un des pays les plus frappés en Afrique, et dans le monde, et qu'il réussira, à atteindre l'objectif de l'éradication du Ver de Guinée d'ici 1995.

Le Président Rawlings du Ghana se rend dans les villages affectés par le ver de Guinée et il boit lui-même l'eau de certains étangs contaminés, après que cette eau ait été filtrée, et démontre ainsi à son peuple, et aux populations des autres pays, que la dracunculose est une maladie que l'on peut prévenir facilement si l'on explique aux villageois les mesures de base qui peuvent être prises en quelques jours. Ainsi, j'ai de l'espoir et je suis convaincu que nous réussirons à tenir notre promesse en ce qui concerne l'éradication du ver de Guinée dans un proche avenir.

Laissez-moi conclure en disant qu'il reste encore beaucoup de travail à faire. Nous n'avons pas réussi avec le paludisme, mais nous pouvons continuer à lutter. Le problème du SIDA est une grande source de préoccupation, car il

affecte non seulement vos pays mais le mien également. Toutefois, une infrastructure sanitaire adéquate est nécessaire pour lutter contre le paludisme, le SIDA, la lèpre, le ver de Guinée et d'autres maladies. Quels que soient les progrès que l'on peut accomplir dans l'infrastructure d'un pays, dans la capitale elle-même, dans le Bureau du Président, au Ministère de la Santé, dans les Centres régionaux, les petits villages, les familles, la participation des responsables de la santé, y compris des cadres d'un pays constitue un apport précieux dans chaque aspect de la vie. On ne peut en aucune manière séparer une maladie d'une autre. L'un des principaux problèmes qui se pose dans de nombreux pays, est que plus un pays est pauvre, plus le système des soins de santé est médiocre, et plus le taux de croissance de la population est élevé. Ce fait très intéressant a été confirmé par l'OMS, la Banque mondiale et d'autres, à savoir que la meilleure façon de maîtriser les taux de croissance des populations est de réduire le taux de mortalité infantile. Cela semble paradoxal, mais il n'existe aucune nation au monde où le taux de mortalité infantile ait été réduit, sans que la croissance démographique n'ait baissé. Dès que vous apprenez à une mère à connaître son corps, à la famille les soins qu'elle doit prodiguer à un enfant, vous avez déjà fait le minimum qui assure à une famille respect et confiance en l'avenir. Si les individus croient que leurs enfants vont mourir, ils en ont autant que possible quand ils sont en âge de procréer, afin qu'il leur reste deux ou trois enfants qui prendront soin d'eux lorsqu'ils vieilliront. S'ils pensent que les enfants vivront, alors la mère prendra soin de l'enfant et le mettra à l'abri des difficultés. Le taux de mortalité infantile baissera et la croissance démographique sera maîtrisée. Ces trois conditions sont nécessaires pour l'Afrique afin de garantir des progrès constants en matière de soins de santé, ainsi que dans le domaine économique. Ils sont tous intimement liés.

En tant qu'ancien Président et responsable du centre Carter, je suis très heureux de connaître les responsables de l'Afrique, notamment ceux qui travaillent dans le domaine de la Santé, qui nous ont apporté la preuve des progrès accomplis, et je vous suis également reconnaissant aujourd'hui d'avoir la chance de m'adresser à vous. J'espère que cette Organisation, dirigée par le Directeur régional, Monsieur Monekosso, proposera au monde une résolution pour célébrer le cinquantième anniversaire des Nations Unies en même temps que l'éradication de la deuxième maladie dans l'histoire, à savoir la dracunculose. Ce serait vraiment merveilleux.

J'aimerais également ajouter ceci : le Centre Carter a également un programme de lutte contre l'onchocercose ou cécité des rivières. Certains pays ont déjà commencé. La cécité des rivières existe dans 27 pays africains. La Compagnie Roche a distribué gratuitement de l'Ivermectine pour prévenir la cécité des rivières et ce médicament est disponible dans vos pays. J'espère aussi qu'il y aura un engagement non seulement des responsables de la santé, mais également des cadres pour lutter contre la cécité des rivières ou onchocercose, grâce à l'utilisation de l'Ivermectine. Nous sommes également prêts à vous en fournir et le Dr Monekosso est parfaitement au courant de cela.

Enfin pour terminer, permettez-moi de vous remercier du fond du coeur pour cette merveilleuse occasion, et pour l'honneur qui m'a été fait d'être ici en présence du nouveau Président et de contribuer à la construction d'un brillant avenir, en améliorant les soins de santé du continent africain.

Je vous remercie.

ALLOCUTION DU PROFESSEUR PASCAL LISSOUBA,
PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE DU CONGO

Monsieur le Président de la quarante et unième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé,

Messieurs les Ministres,

Mesdames et Messieurs les Délégués,

Mesdames, Messieurs,

A l'occasion de cette quarante-deuxième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, je voudrais tout d'abord vous souhaiter une fraternelle et chaleureuse bienvenue au Congo.

Je voudrais en outre relever, de la manière la plus solennelle, l'importance majeure que revêtent à mes yeux, l'état de santé et le bien-être des populations africaines, et je suis particulièrement heureux d'en parler en m'adressant directement aux responsables de la santé publique, aux spécialistes et aux représentants des divers organismes réunis à l'occasion de votre session annuelle.

En effet, je suis personnellement préoccupé par la grave détérioration de l'état de santé de nos populations, alors que la crise économique, à laquelle nous avons à faire face, exige de gros efforts physiques dix à douze fois supérieurs à ce qui était exigé il y a 20 ans car nos populations ont doublé... et avec elles :

- la résurgence des maladies contrôlées totalement ou partiellement comme la trypanosomiase, le paludisme, le choléra, la tuberculose;
- l'extension continue de l'épidémie du SIDA dont les conséquences socio-économiques sont particulièrement graves pour le continent;
- la crise des systèmes de santé et la détérioration des infrastructures sanitaires;
- la baisse de la part des budgets nationaux consacrés à la santé;
- la démotivation des personnels;
- la pénurie des médicaments essentiels.

Et cette liste n'est pas exhaustive.

Je ne doute pas que votre Comité régional, forum unique d'échange et d'élaboration de directives engageant l'avenir sanitaire de notre Région, ait suggéré, aux responsables africains et à l'ensemble de nos populations, décisions, initiatives et stratégies de nature à conjurer ce mauvais sort.

Il vous revient, Monsieur le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, avec la maîtrise et l'autorité que je vous connais, de nous rassurer en dissipant notre afro-pessimisme en nous révélant les actions entreprises par vos services et les mesures adoptées, propres à soutenir les initiatives en matière de santé, d'hygiène, d'amélioration de l'habitat, d'entretien des routes agricoles et d'infrastructures scolaires, bref, toutes mesures à même d'impulser le développement sanitaire local, sur une base multisectorielle et globale.

Pour ma part, tout en appréciant ces efforts et vos initiatives à leur juste valeur, je reste persuadé qu'ils ne connaîtront leur plein épanouissement que dans le cadre d'une politique de décentralisation effective et de participation active et consciente des populations, avec au centre deux éléments clés :

- d'abord l'intensification d'actions d'éducation et de formation dans le domaine de la santé à tous les niveaux et touchant toutes les couches de la population;
- ensuite, la recherche en santé publique.

Je me félicite de constater que vos discussions techniques porteront sur ce thème, qui mérite une attention particulière car, la maîtrise de la Science et de la Technologie et leur adaptation au contexte africain contribueront de manière essentielle à la résolution des problèmes qui entravent la satisfaction des besoins prioritaires des populations, dans le domaine du développement sans doute, mais aussi de manière significative, dans le domaine de la santé. En effet, très peu de maladies parmi les plus terrifiantes sur notre continent cèdent aux thérapeutiques traditionnelles.

Si les antigènes du trypanosome, du SIDA, voire même du paludisme, gardent encore leur redoutable secret, les nouvelles méthodes de prévention, d'hygiène avec des outils de plus en plus performants peuvent être recherchées et c'est donc avec le plus grand intérêt et passion que je prendrai connaissance des résultats de vos travaux.

Quoiqu'il puisse en être, Mesdames et Messieurs, c'est seulement par la conjugaison de leurs efforts que les peuples africains relèveront le défi du développement et du progrès.

En cela, le Professeur Monekosso, dont je soutiens personnellement l'action, l'Organisation mondiale de la Santé, dans son ensemble, ainsi que les partenaires au développement sanitaire du Congo et de l'Afrique s'y emploient activement, et je voudrais ici, saluer cette précieuse contribution au bien-être de nos populations, tout en souhaitant plein succès à vos travaux, et à nos distingués hôtes, un agréable séjour au Congo.

Je déclare ouverte la quarante-deuxième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

Je vous remercie.

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

Mesdames et Messieurs,

C'est pour moi un plaisir et un privilège d'assister une fois encore à la session de votre Comité régional et de pouvoir ainsi profiter de votre évaluation de la situation et des réalisations de vos pays respectifs dans le domaine de la santé. C'est aussi pour moi l'occasion de vous tenir informés de mes vues sur les progrès et les perspectives de notre Organisation.

Depuis deux ans, j'appelle l'attention des Comités régionaux, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé sur la façon dont l'évolution des réalités socio-économiques et politiques affecte le développement sanitaire. J'ai proposé que nous nous efforcions, au sein de l'Organisation mondiale de la Santé, de tirer les conséquences de l'émergence de ce nouvel environnement sanitaire et de nous lancer dans un processus de réforme pour faire face à ce qui m'apparaissait devoir être une période de profonds changements dans le monde entier.

En tant que responsables de la santé dans vos pays, mais aussi en tant que simples citoyens, vous percevez déjà les conséquences de cette période de transition dans laquelle nos sociétés sont entrées. C'est une époque troublée, qui exacerbe à la fois les difficultés et les opportunités; une époque de paradoxes, où l'avenir, imprévisible, peut être envisagé autant avec espoir qu'avec la crainte de souffrir. En Afrique, le démantèlement du système de l'apartheid a commencé en Afrique du Sud et une vague de pluralisme politique et de démocratisation déferle sur tout le Continent, en même temps, il est vrai, que les grèves, les conflits locaux et la violence, la famine et la fragmentation sociale. A l'iniquité économique qui persiste, la nature a ajouté le fardeau supplémentaire d'une grave sécheresse. Face à une telle incertitude, nous devons nous astreindre à réfléchir à différents scénarios possibles pour la santé et établir nos plans en conséquence; ainsi, au lieu de simplement subir les changements, nous serons à même d'anticiper et de ne pas trop nous laisser déborder.

Attentif aux défis de notre époque et partageant ma préoccupation, le Conseil exécutif a décidé de créer son propre groupe de travail sur l'adaptation de l'OMS aux changements mondiaux. Le groupe de travail a entrepris un examen minutieux, qui apparaît d'ores et déjà comme un travail novateur et approfondi, de la mission, de la structure et des moyens d'action de l'Organisation et des mesures qu'il faudra adopter pour maintenir et améliorer la pertinence, l'opportunité et l'efficacité de l'action de l'OMS.

L'OMS ne peut, à elle seule, mener à bien les réformes destinées à améliorer la situation sanitaire dans le monde; l'Organisation doit travailler en collaboration avec ses Etats Membres et avec les Organisations des Nations Unies et les autres Organisations internationales. Elle doit s'intéresser spécialement aux Etats Membres les plus démunis et aux groupes vulnérables partout dans le monde. J'ai engagé l'OMS dans la voie de la rationalisation de son administration et de ses activités, mais cela doit se faire en harmonie avec tous nos partenaires et susciter de leur part des efforts analogues. Le Secrétaire général, M. Boutros Boutros-Ghali, a déjà entrepris un tel processus de réforme pour les Nations Unies, et au sein du Comité administratif de Coordination (qui réunit, comme vous le savez, les chefs des organisations et des organes des Nations Unies) pour améliorer la coordination des activités de tout le système des Nations Unies.

J'attache personnellement la plus haute importance à ce processus de redéfinition de l'action et de la coordination internationales, auquel je participe activement, car je ferai tout ce qui est en mon pouvoir pour que la santé conserve son rôle central sur la scène internationale et politique et que l'OMS continue d'assumer le leadership, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international, conformément au mandat confié à l'Organisation par sa Constitution. L'OMS est aussi prête à mettre ses compétences techniques et ses ressources au service de l'Action commune des Nations Unies pour la Paix, dans laquelle M. Boutros-Ghali distingue quatre volets - diplomatie préventive, recherche de la paix, maintien de la paix et construction de la paix.

Mais, vous en conviendrez, il serait insensé d'espérer un renforcement du leadership et de la coopération de l'OMS sans tenir compte des ressources humaines et financières indispensables à l'exercice de ce leadership et nécessaires pour assurer sa pérennité, ou en les refusant à l'OMS.

J'ai rappelé récemment devant le Conseil économique et social de l'Organisation des Nations Unies que toute organisation a besoin pour fonctionner d'un personnel compétent, indépendant et motivé. Nous devons pouvoir offrir au personnel de l'OMS des conditions de travail satisfaisantes, semblables à celles qui existent dans l'ensemble du système des Nations Unies. Il importe aussi au plus haut point que les Etats Membres, dans leur partenariat avec l'Organisation, nous aident à donner la primauté à la qualité. Ainsi, aurons-nous la garantie que l'Organisation peut servir au mieux les pays.

La nécessité d'une organisation sanitaire internationale véritablement mondiale a été reconnue, il y a quarante-six ans, par les pères fondateurs de l'OMS, qui ont défini son mandat dans la Constitution. Pour s'acquitter de son mandat, l'Organisation doit agir, et agir avec les autres. La responsabilité qui nous incombe à tous, c'est de définir comment agir au mieux, aujourd'hui, dans certaines circonstances et avec certains partenaires, et de faire en sorte que l'Organisation ait les moyens d'agir. Tel est le principal déterminant du leadership international de l'OMS dans le domaine de la santé, qui ne peut s'exercer que par des décisions et un soutien collectifs.

En tant qu'Etats Membres, vous avez toujours indiqué clairement que vous attendiez de l'OMS qu'elle exerce son leadership dans le monde, en prenant l'initiative et en assurant la direction, dans deux grands domaines : 1) la définition de politiques et d'objectifs de santé généraux, ainsi que de critères et de normes techniques et éthiques liés au domaine de la santé, et 2) la coopération technique pour le développement du système de santé, y compris un certain appui opérationnel. La coopération technique avec les pays en développement représente maintenant plus de 60 % des dépenses de l'OMS, témoignant amplement de notre désir croissant d'être présents sur le terrain, et de collaborer avec les Etats Membres. Mais, pour que nos interventions soient efficaces, il importe que les priorités et les responsabilités nationales soient bien définies et bien comprises, et il faut une action intersectorielle véritable au sein des structures nationales et locales, ainsi qu'avec les organismes bilatéraux et multilatéraux.

Il ne fait aucun doute à mes yeux que la responsabilité des problèmes de santé nationaux doit incomber avant tout aux ministères de la santé. Mais ceux-ci ne doivent pas donner l'impression de s'enfermer dans leur domaine technique et de servir uniquement à dépenser de l'argent. Pareille attitude nuirait à leur efficacité et, en définitive, à leur crédibilité et les priverait de toute influence sur les autres secteurs gouvernementaux et

sociaux. Les ministères de la santé devraient donc s'efforcer, dès qu'ils le peuvent, de faire participer autant de partenaires directement concernés que possible, qu'il s'agisse d'organisations non gouvernementales, d'associations locales ou du secteur privé. En d'autres termes, ils doivent exercer un "leadership" au niveau national.

Certains pays, surtout en période de restrictions financières, sont affectés par un manque de coordination et peuvent parfois souffrir de la concurrence entre les organismes donateurs bilatéraux et multilatéraux. Cela ne privilégie certes pas une évaluation minutieuse et équilibrée des besoins réels et des possibilités d'action. En tant que Directeur général, j'ai accordé une attention particulière à la nécessité d'améliorer la coordination avec les Nations Unies. Je me félicite de pouvoir dire que l'OMS entretient maintenant de bonnes relations de travail avec plusieurs organisations et organes des Nations Unies tant au niveau politique qu'au niveau opérationnel. J'évoquerai en particulier nos liens étroits avec l'UNICEF dans le cadre du Comité mixte UNICEF/OMS des Directives sanitaires et du Sommet mondial pour l'Enfance, avec le PNUD dans le cadre de l'Alliance PNUD/OMS contre le SIDA, avec la FAO pour la convocation de la Conférence internationale sur la Nutrition et avec la Banque mondiale pour la préparation de son Rapport sur le Développement dans le monde de 1993, qui contiendra une importante composante santé. Je suis fermement décidé à ce que cette expérience si positive ne s'arrête pas là, car ce travail de coordination nous oblige à convaincre nos nouveaux partenaires au sein des Nations Unies comme dans les pays, que la santé fait partie intégrante du développement social et économique.

Les activités de plaidoyer m'apparaissent comme une partie fondamentale du rôle de leader de l'OMS. Dans mes entretiens avec les responsables politiques, les décideurs et les experts de tous les pays, j'ai souligné sans relâche qu'une solution technique étroite à un problème médical ou sanitaire défini en termes étroits, bien que nécessaire en soi, ne peut en aucun cas assurer une "santé durable", qu'il s'agisse de personnes ou de pays. La santé est étroitement liée aux aspects sociaux, économiques, environnementaux, culturels et affectifs de la vie des hommes et des femmes, et au niveau socio-économique et au mode de vie des groupes sociaux. Aussi, en cherchant à atteindre l'objectif de la "santé pour tous", avons-nous souligné, au sein de l'OMS, que l'équité supposait l'accès de tous aux services et aux soins de santé et que l'efficacité passait par la prévention; mais pour assurer la pérennité, nous devons promouvoir une "culture de la santé", ce qui nécessite des stratégies multisectorielles et transdisciplinaires aux niveaux mondial, national et local.

Certains ont pu penser, et d'autres l'ont dit ouvertement, qu'en étendant son champ d'action au-delà de ce qui touche directement la maladie et ses causes, l'OMS déborde le cadre de sa compétence. J'ai néanmoins le plaisir de dire que le Fonds monétaire international et la Banque mondiale ont maintenant officiellement accepté que le développement social soit reconnu comme le "quatrième pilier" de tout plan directeur économique, avec les réformes macroéconomiques, les ajustements structurels et les accords commerciaux. La Banque mondiale et le FMI ont décidé que les opérations de financement internationales devaient généralement favoriser le développement durable, y compris, notamment les efforts destinés à atténuer la pauvreté. J'aime à penser que le plaidoyer que j'ai soutenu n'est pas étranger à ce résultat. Cette reconnaissance de la part de la Banque mondiale et du FMI reflète aussi la détresse des nombreuses populations appauvries dont les besoins ont été sacrifiés à la notion de profit, qui s'exprime exclusivement en termes monétaires.

Il est donc reconnu que le développement même, et la stabilité sociale, ne peuvent être durables s'ils ne protègent pas la santé et le bien-être de ceux qui devraient en être les premiers bénéficiaires : les hommes, les femmes et les enfants. Lors d'une réunion récente de la Banque mondiale et du FMI à Bangkok, le SIDA et les ramifications socio-économiques de la pandémie étaient l'un des principaux points à l'ordre du jour, dans le contexte élargi de la santé en tant que condition du développement général. Nous pouvons donc nous attendre désormais à ce que ces organismes de développement prévoient davantage de projets sanitaires, en coopération étroite avec l'OMS, en faveur notamment du développement et du renforcement des soins de santé primaires, comme un investissement en infrastructures de base pour la construction d'une santé durable.

Monsieur Boutros-Ghali a lancé l'idée nouvelle du concept de "sécurité humaine", critère global pour la paix et la coopération internationale, qui mérite certainement tout notre appui. L'Action pour la paix qu'il a présentée au Conseil de Sécurité en janvier dernier peut aussi être considérée comme une Action pour le développement, à laquelle tout le système des Nations Unies, OMS comprise, devrait contribuer et contribuera.

Mais je pense que le leadership exercé par le système des Nations Unies devrait se garder de la tentation de se figer en une structure monolithique et autoritaire, qui pourrait être utilisée par ceux qui détiennent le pouvoir financier et technologique pour imposer un système unique de valeurs politiques, sociales, économiques et culturelles. Les Nations Unies ne se justifient moralement que comme l'expression de tous ses Etats Membres; elles doivent en respecter la diversité et devraient veiller à ne pas simplement se substituer aux blocs politiques et économiques antérieurs. Le leadership ne devrait jamais être autoritaire; il doit être collectif, compatible avec la décentralisation et parfaitement transparent. Tel est le leadership que j'ai essayé d'appliquer à l'OMS.

La meilleure façon d'y parvenir est de travailler avec les Etats Membres, dans le respect des réalités sociales, politiques et économiques qui leur sont propres. C'est aussi dans cet esprit que j'ai proposé un paradigme pour l'action de santé publique - proposition d'abord accueillie avec étonnement. Si nous analysons les différentes dimensions de notre environnement sanitaire tel qu'il se présente aujourd'hui, et non comme il était il y a dix ans, ni comme nous souhaiterions qu'il soit devenu, nous devrions pouvoir tracer dans ses grandes lignes et actualiser constamment ce paradigme de la santé. En tant que cadre, il devrait servir non seulement à définir certaines politiques, mais aussi à associer différentes politiques et à faciliter leur mise en oeuvre. Il devrait donc constituer un outil de gestion souple, fournissant non seulement des données quantitatives et indiquant des tendances, mais suggérant aussi des interactions qualitatives entre divers facteurs, intégrant des perceptions sociales, les attentes des communautés et leur résistance éventuelle face à l'action de santé. Ainsi, ce paradigme pour la santé permettra une action efficace, efficiente et harmonieuse.

Le Neuvième Programme général de Travail pour la période 1996-2001 tiendra compte de l'expérience issue de la mise en oeuvre des Septième et Huitième Programmes généraux de Travail. Ceux-ci ont, semble-t-il, péché par excès de détail, d'où une grande raideur et une fragmentation des efforts et des ressources. Aussi ai-je décidé que le Neuvième Programme général de Travail devait être révisé, et qu'il comporterait en toute probabilité trois niveaux.

Premièrement, le Neuvième Programme général de Travail énoncera quatre grandes orientations, organisées selon les lignes de force de notre stratégie mondiale de "la santé pour tous", qui peuvent se résumer en quelques mots clés : intégration de la santé et du développement, équité et qualité, protection et promotion de la santé et, enfin, prévention et lutte. Notre Organisation doit impérativement définir un cadre politique mondial, accepté par tous les Etats Membres, pour doter l'OMS dans son ensemble d'une direction et d'un but communs, tout en restant assez souple pour ébaucher des approches et des actions - aux niveaux mondial, régional et national - pouvant être adaptées compte tenu de la diversité des situations et des ressources. Au niveau de la politique mondiale, nous envisageons de formuler nos buts et nos cibles en termes de résultats à long terme. C'est ainsi que les fonctions et les objectifs de l'OMS en ce qui concerne le choix des orientations, la coordination et la coopération technique dans le domaine de la santé au niveau international, devront être définis au regard de leur efficacité d'ensemble.

Au deuxième niveau, le Neuvième Programme général de Travail élaborera un cadre qui sera axé sur certains programmes. Il devra fournir des directives relatives aux principes et aux critères généraux pour la formulation des programmes. Il devra aussi déterminer les niveaux organiques où les activités se situeront.

Au troisième niveau, ce cadre devrait proposer une classification très précise des programmes, assortie de buts et de cibles détaillés, clairement énoncés de façon à soutenir le leadership mondial, la planification et la surveillance continue des activités à tous les niveaux. L'accent doit continuer à porter sur le développement et la mise en oeuvre des programmes prioritaires devant aider à réaliser et à soutenir notre but de la santé pour tous, sur le suivi permanent et l'évaluation de l'allocation, de l'utilisation et de la mobilisation des ressources et, enfin, sur l'édification d'une infrastructure sanitaire durable, basée sur les soins de santé primaires, pivot même de notre action.

En résumé, le Neuvième Programme général de Travail doit clairement refléter notre perception de la santé pour tous, comme la promotion d'une culture de la santé, basée sur les soins primaires. En même temps, il devrait constituer un programme réalisable, mondialement et localement, pour un développement sanitaire pragmatique et durable.

Les Régions de l'OMS sont très diverses. Chaque Comité régional est seul à même de communiquer ce qu'il perçoit comme les circonstances, les questions et les opportunités essentielles aux niveaux régional, infrarégional et local. Comme par le passé, le Directeur régional et moi-même aurons besoin de votre coopération pour faire en sorte que les programmes de l'Organisation reflètent dûment vos priorités et que la coopération technique soit mise en oeuvre de façon optimale.

Quant au leadership pour la prévention du SIDA et la lutte contre cette maladie, le Continent africain montre l'exemple avec sa Déclaration originale sur l'épidémie de SIDA en Afrique, adoptée il y a tout juste trois mois par les Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'Organisation de l'Unité africaine, à leur vingt-huitième Sommet.

Vous le savez mieux que quiconque, cet événement historique est l'aboutissement de nombreux mois de travail de la part des Ministres de la Santé africains, soutenus sans réserve dans leurs efforts par l'OMS. Lorsque sera écrite l'histoire de la lutte menée par l'Afrique contre le SIDA, il sera fait état du courage qu'il vous aura fallu pour formuler une déclaration aussi franche et du leadership dont vous aurez fait preuve pour obtenir l'engagement de vos pays.

Car cette Déclaration ne saurait être plus directe. Elle reconnaît qu'on estime à 20 millions le nombre des Africains qui seront infectés par le virus de l'immunodéficience humaine, en moins de huit ans, qu'un million de personnes - essentiellement des adultes dans la force de l'âge - mourront chaque année du SIDA, laissant des familles et des communautés brisées et bouleversant l'équilibre de la main-d'oeuvre. Mais la Déclaration n'est pas un message désespéré. Elle souligne que la prévention est la clef qui permettra de ralentir la propagation de cette maladie transmise par voie sexuelle et d'endiguer ses effets ultimes. A cette fin, elle fixe un ordre du jour en six points pour une action pratique dans tous les secteurs de la société et définit des cibles mesurables et des dates-cibles pour leur réalisation.

Nous ne devons pas oublier que la Déclaration s'inspire de la pratique et non de la théorie. A maintes reprises, nous avons constaté que la prévention du SIDA est d'autant plus efficace que la façon dont le VIH est ou n'est pas transmis est abordée franchement. Pour citer la Déclaration "aucun tabou ne doit empêcher de sauver des millions de vies". Le Programme mondial OMS de lutte contre le SIDA a récemment examiné les méthodes de prévention efficaces et il y a lieu de se féliciter de ce que certains des meilleurs projets soient africains. Au nombre des exemples saillants figurent le marketing social des préservatifs, la fourniture d'informations et de services pour la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles par les services de santé et les messages de prévention individuels aux personnes hautement vulnérables à l'infection à VIH. Ce n'est là qu'un exemple de la grande efficacité de l'action de santé sur ce Continent lorsque l'Afrique est décidée à faire ce qu'il faut et qu'elle a les ressources nécessaires.

L'apparition de nouveaux fléaux ne signifie malheureusement pas que les anciens disparaissent nécessairement. Je sais l'importance que vous attachez à une intervention rapide contre la résurgence du paludisme dans vos pays, et les problèmes de lutte nouveaux et apparemment insolubles qu'elle génère. L'Afrique tropicale, qui compte 275 millions de porteurs du parasite sur une population totale de 500 millions, et 100 millions de cas cliniques, dont 900 000 décès par an, renferme 80 % des cas cliniques de paludisme du monde. Environ 10 % des hospitalisations et de 20 à 30 % des consultations externes sont dues au paludisme.

Le paludisme est non seulement l'un des principaux responsables des décès d'enfants dans les zones rurales de l'Afrique tropicale, mais il augmente aussi le risque d'anémie chez les enfants, les rend plus vulnérables aux autres maladies et accroît l'absentéisme scolaire. Chez les jeunes adultes, le paludisme demeure l'une des maladies les plus courantes et il a tendance à frapper au moment de l'année où les travaux agricoles battent leur plein. On s'attend à ce que les coûts estimatifs directs et indirects liés au paludisme en Afrique dépassent US \$1,8 milliard en 1995.

Etant donné la situation dramatique de l'Afrique, l'OMS a lancé un appel à ses Etats Membres pour qu'ils participent activement aux préparatifs de la Conférence ministérielle sur le paludisme qui se tiendra à Amsterdam les 26 et 27 octobre 1992. La conférence interrégionale initiale sur la lutte antipaludique en Afrique a constitué un excellent tremplin pour la Conférence. J'espère que les représentants des ministères de la santé de tous les pays d'endémicité africains seront présents à Amsterdam pour cette conférence de la plus haute importance.

La nutrition a toujours été un souci prioritaire pour cette Région, comme elle l'est en fait dans le monde entier. J'ai trouvé très encourageantes les nombreuses activités entreprises pour évaluer et combattre les problèmes nutritionnels de la Région africaine. La lutte contre les carences en micronutriments a fait d'importants progrès. La réussite des activités de lutte contre les carences en iode et les affections connexes est telle que l'on peut réalistement espérer que notre but sera atteint et qu'elles seront éliminées d'ici à l'an 2000.

Un nombre impressionnant de pays ont participé aux préparatifs de la Conférence internationale FAO/OMS sur la nutrition et il y a lieu de s'en féliciter, de même que de la proposition d'organiser une Décennie internationale de l'Alimentation et de la Nutrition en Afrique. Il convient d'espérer que les activités de cette Décennie seront efficacement mises en oeuvre avec l'entière collaboration de l'Organisation de l'Unité africaine, de la FAO, de l'UNICEF, de l'OMS et d'autres partenaires, grâce au Groupe spécial de la Région africaine sur le Développement de l'Alimentation et de la Nutrition, au sein duquel l'OMS joue un rôle actif.

J'ai conscience qu'en Afrique, surtout dans les pays gravement affectés par la sécheresse, la santé, la nutrition, l'environnement et l'agriculture ne peuvent jamais être dissociés dans vos esprits et, à juste titre, de la difficile équation économique et financière que vos pays doivent résoudre, surtout lorsque les prêts accordés par les banques se raréfient et que les conditions posées sont de plus en plus strictes. La Banque mondiale estime que, dans les pays les moins avancés, dont font partie de nombreux pays de l'Afrique au sud du Sahara, 47 % environ de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté. Les pays de l'Afrique australe et de la Corne de l'Afrique ont été particulièrement affectés par la malnutrition, aggravée par l'afflux de nombreuses personnes déplacées. Soixante pour-cent de la population africaine n'ayant pas accès aux services d'assainissement, les flambées de choléra et d'autres maladies gastro-intestinales ont atteint les proportions d'une épidémie.

La situation sanitaire en Afrique demeure pour l'OMS l'une des principales priorités. Mais, pour être franc, je dois en appeler à vous, Mesdames et Messieurs les Ministres et les hauts responsables de la santé des pays d'Afrique, pour que vous preniez l'engagement effectif de travailler avec l'OMS, votre principale partenaire dans le domaine de la santé, avec l'appui de vos Chefs d'Etat. Et je m'engage personnellement, avec tout le personnel de l'OMS, à continuer à faire tout notre possible pour répondre à vos besoins urgents et à long terme.

Le Président Abdou Diouf du Sénégal, s'adressant récemment aux médias en tant que porte-parole de l'Organisation de l'Unité africaine, du Groupe au sommet pour la consultation et la coopération Sud-Sud, de l'Organisation de la Conférence islamique et de la Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest, a expliqué comment la Conférence des Nations Unies sur l'Environnement et le Développement - Le Sommet de la Terre - qui s'est tenue à Rio de Janeiro en juin dernier, avait exacerbé des tensions et des divergences anciennes entre les nantis et les démunis. Il a souligné que l'aide des pays industrialisés aux pays pauvres était encore loin d'atteindre le modeste niveau de 0,7 % de leur PNB recommandé par les instances internationales et comment, dans ces circonstances, il faudrait encore 500 ans avant que les pays en développement puissent espérer rattraper les pays les plus avancés : Il a personnellement demandé la création d'un "fonds d'aide additionnel" comme une mesure compensatoire devant permettre aux pays en développement de concevoir et d'appliquer des politiques environnementales

justes et réalistes et de concilier les préoccupations mondiales - que partagent aussi les Africains - au sujet de la protection de l'environnement et les aspirations légitimes de l'Afrique au développement social et économique.

Le Sommet de la Terre est un excellent exemple des paradoxes et des opportunités de notre époque. De façon plus fondamentale, me semble-t-il, ce qui est en jeu ici en ce qui nous concerne tous, c'est un nouveau concept du développement, dégagé de la course au profit à court terme et à la consommation immédiate, ou de ce que M. Jacques Delors, Président de la Commission européenne, a appelé la "fast-food policy". Cela suppose un réexamen de l'idée de "progrès" et de ses incidences, et une réflexion attentive, scientifique, sociale, juridique et éthique sur l'être humain, son intégrité inaliénable, ses relations en symbiose avec l'environnement total. Il faudra de plus en plus que chacun pèse ses droits individuels par rapport à ses responsabilités correspondantes, ses exigences et ses espérances par rapport à son niveau et son schéma de consommation. Il en sera de même des Etats chaque fois qu'ils pourront être tentés de faire passer les restrictions budgétaires ou les besoins en liquidités ponctuels avant l'intérêt réel de leurs populations. Mais surtout, la protection de la terre et du futur de l'humanité ne sera possible qu'en renouvelant le pacte social international, librement consenti par toutes les parties, exprimant notre volonté collective de vivre ensemble, dans un esprit de solidarité et d'interdépendance, avec les autres êtres humains et avec notre planète. La santé et l'action sanitaire seront les composantes clés de ce nouveau concept du développement au 21ème siècle.

Dans le seul domaine de la santé, l'Afrique peut se réclamer d'un certain nombre de succès qui démontrent clairement, qu'à condition d'en avoir les moyens matériels, vos pays ont su maîtriser un certain nombre de fléaux, comme la variole, l'onchocercose, la dracunculose, et qu'ils ont obtenu des taux de vaccination très encourageants, voire impressionnants. Les efforts spéciaux de l'OMS et son rôle dans l'amélioration de la situation de la Région, en coopération avec d'autres organisations, ont illustré la capacité de l'Organisation dans son ensemble à évaluer rapidement et à faire face efficacement aux urgences, et aux besoins de coopération intensifiée avec les pays les plus démunis.

Il convient de louer les pays d'Afrique de leur disponibilité à offrir compassion et accueil à des dizaines de milliers de réfugiés, sans tenir compte de leur nationalité ni des raisons de leur exode, en dépit même des circonstances économiques difficiles que connaissent souvent les populations locales. Par tradition, les sociétés africaines tendent à être plus intégrées que les sociétés de type occidental, même si ce trait s'est quelque peu érodé sous l'effet de l'urbanisation croissante. L'histoire nous montre que les sociétés africaines n'ont cessé d'évoluer, et qu'elles ont fait preuve d'un grand dynamisme pour s'adapter aux circonstances et aux environnements nouveaux. Voilà autant de preuves, si besoin était, qui nous conduisent à proclamer que l'Afrique a droit à l'espoir.

En cette période de transition mondiale, l'OMS tout entière, ses administrateurs et son personnel, avec ses Etats Membres, devons adapter notre logique et nos modes d'action si nous voulons durer, garder une pertinence quelconque et, plus important encore, conserver la capacité de modeler ce monde naissant selon notre mission et nos principes. Les années qui viennent seront à la fois exaltantes et stimulantes, j'en suis persuadé. Elles seront aussi difficiles et décisives. J'ai la volonté. J'ai l'expérience. Avec vous, avec votre aide et avec votre confiance, je mènerai jusqu'au bout la tâche qu'ensemble nous avons entreprise. Je vous remercie de votre attention.

ALLOCUTION DE M. PASCAL GAYAMA,
SECRETARE GENERAL ADJOINT DE L'OUA

Monsieur le Président,
Honorables Ministres,
Monsieur le Directeur régional,
Distingués Délégués,
Mesdames et Messieurs,

La présente session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique constitue la première occasion offerte à des Membres de Gouvernements africains de se réunir après la tenue à Dakar de la vingt-huitième session de la Conférence des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'OUA. Et comme vous le savez, ces derniers ont adopté, sur votre proposition, du reste, une très importante Déclaration et un Plan d'Action consacrés exclusivement au SIDA, élaborés lors de votre Conférence extraordinaire convoquée à Genève à l'initiative du Nigéria, en marge de la dernière Assemblée mondiale de l'OMS.

Nous sommes heureux de pouvoir ainsi saluer nos Ministres de la Santé, hommes (ou femmes) d'action et de dévouement, de qui dépend en grande partie aujourd'hui, plus que jamais, le sort de la paix et de la stabilité sociale sur notre continent, un continent ravagé par la misère, frappé par des calamités naturelles ou provoquées, sécheresse, désertification, conflits, qui ne font que rogner les maigres succès engrangés pendant les décennies optimistes 60 et 70; alors même que la plupart des maladies anciennes ou nouvelles se manifestent à un rythme et à des degrés plutôt préoccupants : choléra, méningite cérébrale, malaria, au point, pour certaines, d'apparaître comme endémiques dans beaucoup de nos pays.

A cet effet, et pour témoigner de notre attention particulière à l'égard des catégories sociales les plus vulnérables, vous êtes appelés à participer du 25 au 27 novembre prochains à Dakar à la Conférence internationale pour l'Assistance à l'Enfant africain, convoquée par l'OUA avec le concours de l'UNICEF.

Vous voici par conséquent en première ligne, face aux défis qui s'amoncellent depuis bientôt deux décennies, alors que s'approche l'an 2000. Dans quelles conditions se trouveront la plupart de nos Etats à ce moment-là, alors que nous avons été les témoins impuissants d'un déclin du revenu moyen et du revenu per capita à un taux avoisinant respectivement 25 % et 2 % ? Perspective préoccupante assurément, devant laquelle il n'est guère meilleur recours qu'une approche collective intégrant une coopération active comme pierre angulaire de toute démarche axée vers le progrès et le développement.

L'OUA en est convaincue, qui tient l'OMS pour cadre idéal d'exercice d'efforts appropriés en vue des objectifs voulus, dont certains sont, en ce qui nous concerne, prévus par le Traité d'Abuja instituant la Communauté économique africaine.

Il me plaît dès lors, de souligner que le concours de l'OMS/AFRO ne nous a jamais fait défaut lorsqu'il s'est agi par exemple, pour l'OUA, d'adopter la désormais célèbre Déclaration sur la Santé comme Base du Développement, de lancer le Fonds spécial de la Santé pour l'Afrique; et d'adopter la Déclaration sur la Crise de la Santé en Afrique.

D'aussi bonnes dispositions de coopération prouvent à suffisance l'appui de l'Organisation de l'Unité africaine aux nobles objectifs des soins de santé de l'OMS, au Scénario en Trois Phases pour le Développement de la Santé tel que défini par l'OMS/AFRO et à l'excellente Initiative de Bamako visant à améliorer le système des soins de santé primaires par le biais d'une participation accrue de la communauté.

Qu'il s'agisse de la lutte contre la pandémie du SIDA et des autres fléaux déjà mentionnés, du développement du Fonds spécial de la Santé pour l'Afrique, nous nous devons de manifester un engagement total pour atteindre les objectifs envisagés.

Il nous incombe dès lors, et plus que jamais, de lier les déclarations aux actes, et de réserver la suite qui convient aux décisions que prennent nos délégations lorsqu'elles participent aux délibérations de nos institutions communes (OUA, OMS, UNICEF, etc.). Les instruments juridiques et autres décisions ainsi adoptés constituent en effet des obligations solennelles auxquelles il convient de se conformer, d'en soutenir et appliquer les directives, en tant que normes et axes politiques de portée unanime.

Or, Messieurs les Ministres, trop peu de personnes physiques ou morales ont à ce jour souscrit ou contribué au Fonds spécial de la Santé pour l'Afrique. Et pour l'édification de cette auguste assemblée, je vais faire mention de trois seulement des 16 traités ou conventions dont l'OUA est dépositaire, à savoir :

- 1) la Charte africaine des Droits de l'Homme et des Peuples adoptée par la Dix-Huitième Conférence des Chefs d'Etat et de Gouvernement en juin 1991 à Nairobi;
- 2) la Charte africaine sur les Droits et le Bien-Etre de l'Enfant, adoptée par le Vingt-Sixième Sommet des Chefs d'Etat et de Gouvernement en juin 1990 à Addis Abeba;
- 3) la Convention de Bamako sur l'Interdiction d'importer en Afrique, le contrôle des mouvements transfrontières et la gestion des déchets toxiques, due à l'initiative de la Conférence des Ministres de l'Environnement réunie à Bamako, le 30 janvier 1991.

Monsieur le Président,
Honorables Ministres,

Lorsque dans la Charte sur les Droits de l'Homme et des Peuples, il est stipulé aux articles 16 et 24 que :

- i) "toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle est capable d'atteindre;
- ii) tous les peuples ont droit à un environnement global satisfaisant propice à leur développement";

c'est toute la problématique de notre adhésion à la Charte sur l'Enfant et la Convention de Bamako sur les Déchets toxiques qui est ainsi posée.

Ainsi donc, Mesdames et Messieurs, le droit à la santé est un droit fondamental dont tout le monde doit jouir à tous les stades de la croissance du développement, sans distinction d'âge, de niveau ou de genre de vie.

Pourtant, il me revient de vous indiquer, à titre d'information, que si la Charte africaine des Droits de l'Homme et des Peuples a été ratifiée par 47 Etats Membres, seulement quatre ne l'ont même pas encore signée (tous les pays concernés étant évidemment représentés ici dans cette auguste assemblée). La situation est pire pour ce qui concerne la Charte des Droits et du Bien-Etre de l'Enfant, qui n'a été jusqu'ici signée que par 17 pays et ratifiée par trois, tous étant également représentés ici. Enfin, s'agissant de la Convention de Bamako sur les Déchets toxiques, si 22 Etats Membres en sont signataires, deux uniquement (dont l'un est représenté ici) ont procédé à sa ratification, ce qui, avouons-le, ne laisse pas d'être préoccupant pour un continent aussi agressé dans son environnement physique que le nôtre, et dans une conjoncture si influencée par les mouvements écologiques et la dernière Conférence de Rio de Janeiro sur l'Environnement et le Développement, le "Sommet de la Terre".

Monsieur le Président,

En portant ces faits à l'attention de votre auguste assemblée, j'ai vraiment voulu marquer la conviction que les délégations présentes à vos assises se devaient d'en être informées. Nous voudrions en effet en appeler aux Honorables Ministres de la Santé afin de les prier d'user de toutes leurs prérogatives pour amener nos Etats Membres à devenir pleinement parties à ces traités ou conventions qui ont une portée directe sur l'application des soins de santé, ne serait-ce que dans la mesure où la procédure de ratification justifierait en soi une demande de crédits pour faire face aux obligations découlant de ces conventions.

Je vous annonçais tantôt que l'OUA et l'UNICEF, en coopération avec le Gouvernement du Sénégal, organisaient à Dakar, du 25 au 27 novembre 1992, une Conférence internationale pour Assistance à l'Enfant africain. Non seulement nous espérons y voir représentés tous les Etats Membres de l'OUA, mais nous voudrions encore pouvoir démontrer aux donateurs potentiels qu'en ratifiant la Charte sur les Droits et le Bien-Etre de l'Enfant, les Etats africains justifient l'assistance attendue de nos partenaires en vue de la mise en oeuvre des plans nationaux d'action découlant de la Déclaration mondiale en faveur de la Survie, de la Protection et du Développement de l'Enfant adoptée en 1990 par le Sommet mondial de l'Enfance.

L'OUA en appelle donc à la clairvoyance de vos Excellences qui, en tant que Ministres de la Santé, devraient en toute logique figurer parmi les principaux bénéficiaires des retombées de la Conférence prévue à Dakar, afin qu'il nous soit possible d'obtenir dans les meilleurs délais, les ratifications nécessaires prouvant notre engagement pour les causes qui mobilisent actuellement l'attention de la communauté internationale à l'égard de l'Afrique.

Monsieur le Président,
Messieurs les Ministres,
Distingués Délégués,

La route qui mène vers le bon état de santé pour tous est encore longue et le temps presse, qui nous rapproche inexorablement de l'échéance que nous nous sommes fixée, à l'an 2000. Je puis vous assurer qu'en ce qui la concerne, l'OUA n'épargnera aucun effort pour assister les Etats Membres à mener la lutte qu'il convient à cette fin.

Le partenariat de l'OMS, et singulièrement celui de l'OMS/AFRO, nous est bien indispensable pour réaliser quelques progrès en matière de développement de la santé sur ce continent. L'OUA s'y organise en conséquence au sein de sa Division Santé et Nutrition afin d'être mieux à même de répondre aux exigences techniques et politiques de la coopération internationale et interafricaine dans le domaine qui nous préoccupe.

Ensemble, joignons nos énergies et faisons preuve de disponibilité pour construire une Afrique dont les futures générations seront heureuses et fières d'hériter au vingt et unième siècle. Qu'ensemble, animés d'une ardeur généreuse, nous puissions faire de notre mot d'ordre "Santé pour tous en l'an 2000" une réalité tangible.

Monsieur le Président,

Pour terminer, je dois confesser que j'éprouve un grand honneur et beaucoup de plaisir à me retrouver ici à Brazzaville, au moment où se déroulent pour le Congo et l'Afrique des événements majeurs dans l'ordre politique, susceptibles d'influencer puissamment le progrès humain, économique et social de nos peuples. Je suis heureux d'y représenter Son Excellence Monsieur Salim Ahmed Salim, Secrétaire général de notre Organisation de l'Unité africaine, qui a vivement désiré partager avec vous les préoccupations du "Développement à Visage humain" dont vous êtes les principaux promoteurs, mais qui en a été empêché en raison d'autres engagements pressants.

Je voudrais enfin, réitérer le respect et la considération que l'OUA accorde à l'OMS en général et à l'OMS/AFRO en particulier, grâce au crédit dont lui a fait bénéficier son éminent Directeur, notre frère le Professeur G. L. Monekosso, que nous saluons ici, en marquant notre appréciation de l'apport éminemment positif de l'OMS/AFRO en faveur de notre continent et du bien-être de ses habitants.

Je vous remercie de votre aimable attention.

ALLOCUTION DE M. COLE P. DODGE, DIRECTEUR REGIONAL DE L'UNICEF
POUR L'AFRIQUE ORIENTALE ET AUSTRALE

Monsieur le Président,
Messieurs les Ministres de la Santé,
Monsieur le Directeur général de l'OMS, le Dr H. Nakajima,
Monsieur le Directeur régional de l'OMS, le Prof. G. L. Monekosso
Chers Collègues,
Mesdames et Messieurs,

C'est un grand honneur pour moi de prendre la parole devant l'Assemblée annuelle des Ministres africains de la Santé; c'est ma première affectation officielle en tant que nouveau Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique orientale et australe. Les réunions antérieures ont produit d'importants concepts tels que la prestation de soins axés sur le district et l'Initiative de Bamako. J'attends donc ces délibérations avec plaisir.

Je vous apporte les salutations de mon prédécesseur, Dr Mary Racelis. Pendant ses neuf années comme Directeur régional, l'UNICEF a travaillé très étroitement avec les Etats Membres et l'OMS. C'est mon intention de continuer sur ses pas grâce à votre coopération continue.

C'est un défi pour moi de retourner en Afrique, ayant travaillé pendant la moitié de ma carrière professionnelle en Ouganda, au Soudan, en Ethiopie, au Nigéria et en Somalie. L'autre moitié a été passée en Inde et au Bangladesh.

L'UNICEF et l'OMS ont eu une relation complémentaire de travail. A la récente Huitième Réunion annuelle des Directeurs régionaux de l'OMS et de l'UNICEF, tenue à Nairobi en juillet, des progrès ont été notés dans la plupart des Etats Membres dans le domaine de la vaccination. Cependant, il est nécessaire de déployer des efforts continus pour soutenir les acquis du PEV afin d'atteindre les objectifs de l'Assemblée mondiale de la Santé et ceux du Sommet mondial de l'Enfance, pour l'éradication des maladies et la réduction de la mortalité.

S'il y a la perspective d'ajouter de nouveaux vaccins aux "six grands" du PEV, ces vaccins, pour le moment, sont chers. La réunion des Directeurs régionaux de l'UNICEF et de l'OMS a recommandé que les pays reprennent progressivement en charge l'achat de vaccins moins chers comme le BCG, le vaccin antitétanique et antirougeoleux, tandis que les donateurs continueront de fournir les plus chers aussi bien que les nouveaux.

Le succès de la vaccination universelle des enfants est source d'inspiration pour la gestion des programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques, du programme d'infection aiguë des voies respiratoires, et du programme de lutte contre le paludisme. La réduction de la mortalité maternelle et l'amélioration de l'état nutritionnel sont aussi possibles grâce au programme du PEV, pourvu qu'on maintienne une couverture vaccinale élevée. Mais l'ensemble d'un système efficace de prestation de soins de santé dans le secteur public dans beaucoup trop de pays contraint les populations à payer des sommes considérables de leur propre poche pour obtenir des soins. Le principal but de l'Initiative de Bamako est de revitaliser le système de prestation de soins de santé du secteur public, fondé sur le renforcement de la gestion des districts, tout en attirant quelques ressources que les populations dépensent pour la santé et en les réutilisant pour des dépenses renouvelables dans un système décentralisé.

Nous à l'UNICEF, nous sommes fiers d'avoir été associés au Premier Sommet de l'Enfance des Nations Unies qui a eu lieu en septembre 1990 à New York.

Le point culminant de ce sommet a été la Déclaration mondiale pour la Survie, la Protection et le Développement des Enfants. La Déclaration du Sommet mondial ainsi que le Sommet mondial de l'Enfance ont affirmé des buts qui ont été tout d'abord fixés par l'Assemblée mondiale de la Santé et qui sont fondés sur le principe du "Premier Appel" pour les enfants, un principe soulignant les besoins essentiels des enfants qui doivent constituer la plus haute priorité dans l'allocation des ressources nationales compte tenu de leur importance démographique - les enfants après tout représentent presque la moitié de la population en Afrique - et cependant ils n'ont aucun pouvoir politique et aucune influence économique.

L'initiative "Amis des Enfants" lancée par l'UNICEF et l'OMS s'efforce de promouvoir l'allaitement exclusif au sein dans les six premiers mois de la vie et décourage l'allaitement au biberon et la distribution gratuite de substituts du lait maternel pour les enfants. Cette initiative bon marché qui permet d'économiser des devises étrangères devrait être portée à l'attention d'autres ministères du gouvernement et d'organisations des femmes ainsi qu'à l'attention du grand public. Des efforts importants sont déployés dans les programmes d'action nationaux pour la mise en oeuvre des objectifs pour les années 90. Ce processus exige un examen sectoriel approfondi afin de fixer les cibles à atteindre dans chaque pays. L'examen doit envisager comment les ressources et les budgets nécessaires peuvent être structurés pour les rendre plus rentables et plus abordables. Ce processus devrait permettre de recenser des ressources supplémentaires que les bailleurs de fonds devront fournir. Comme l'a souligné le discours de Monsieur Pascal Gayama, Secrétaire général-adjoint de l'OUA, la Conférence internationale pour l'Assistance aux Enfants Africains offre une occasion unique aux leaders africains de discuter collectivement des actions prioritaires et des besoins pour la mise en oeuvre des plans d'action nationaux avec les donateurs.

Le monde accorde de plus en plus d'attention aux enfants - souvenons-nous de la Convention des Droits de l'Enfant adoptée par l'Assemblée des Nations Unies en 1989 et ratifiée par plus de 100 pays. La Convention ainsi que le but du Sommet mondial permettront, une fois qu'ils seront mis en oeuvre par toutes les Nations, d'améliorer de façon importante la survie et le développement de l'enfant.

Monsieur le Président,
Messieurs les Ministres,

Je suis très heureux de remarquer que notre ordre du jour traitera de ces problèmes importants de santé. Une préoccupation constante de l'UNICEF concerne la situation des femmes. Tout en pensant qu'on devrait donner plus de pouvoir aux femmes en leur offrant davantage d'occasions de formation et qu'on devrait les aider à produire davantage d'aliments pour la consommation et la vente, parce que cela permet d'améliorer la sécurité alimentaire des ménages et d'améliorer la sécurité économique des familles, il est nécessaire de promouvoir la situation économique et sanitaire des femmes elles-mêmes. Pour revenir au problème des urgences qui sont toujours d'actualité, je suis arrivé à Nairobi le 23 août, puis je me suis rendu à Mogadiscio le 24 et je suis revenu au Kenya le 25. La situation des urgences est incroyablement effroyable. J'ai habité à Mogadiscio en 1980 et je connais les difficultés ordinaires de cette nation essentiellement nomade. Et cependant, rien et même pas les images de la chaîne de télévision CNN ne m'a préparé à cette tragédie humaine, et à ce besoin humain si urgent. Nous devons améliorer notre

préparation aux situations d'urgence afin de nous attaquer aux problèmes de la sécheresse, des inondations, des épidémies, de la famine et de la guerre. L'OUA et les Nations Unies peuvent être encouragées à résoudre les conflits nationaux et régionaux, sources de tant d'angoisse.

La situation des réfugiés en Afrique n'est pas le problème d'un pays ou de deux pays mais l'affaire de tous les Etats voisins, comme la tragédie de la Somalie le démontre clairement.

Pour conclure, je dirais que nous ne devons pas désespérer; il y a des raisons d'être optimistes pour l'avenir de l'Afrique. Les efforts de l'OUA et des Etats Membres, les changements politiques qui ont lieu dans toute l'Afrique et qui sont importants au sud du Sahara, la nouvelle approche au financement de la santé grâce à l'Initiative de Bamako par la Banque mondiale, la Conférence internationale sur la Santé communautaire en Afrique qui doit avoir lieu à Brazzaville, permettront pour la première fois de mettre l'accent sur les communautés afin d'améliorer leur santé, et la prochaine Conférence internationale pour l'Assistance aux Enfants africains qui doit avoir lieu à Dakar, au Sénégal, à la fin de novembre ainsi que le succès du PEV, nous donnent des raisons d'espérer. L'Initiative de Bamako a été acclamée au cours de notre Comité régional par les Ministres de la Santé comme une stratégie efficace pour renforcer et pour soutenir les soins de santé primaires. Les données dont on dispose grâce à la notification et aux enquêtes systématiques montrent que l'utilisation des services, spécialement des soins prénatals se sont accrus, et les fonds engendrés à partir des établissements de santé ont été utilisés pour acheter les médicaments essentiels et des matériels et donner des avantages aux travailleurs. Dans quelques projets, les médicaments fournis par les bailleurs de fonds ont diminué alors que les achats remboursables de médicaments se sont accrus.

L'évaluation de l'Initiative de Bamako dans cinq pays par le "London School of Hygiene and Tropical Medicine" a confirmé son succès et a mis en lumière cinq conditions minimales que l'Initiative de Bamako doit remplir : i) amélioration de la qualité; ii) amélioration de l'accessibilité; iii) financement communautaire; iv) meilleure participation; v) un effort national plus importante pour l'amélioration de la gestion au niveau national et pour la responsabilisation des services de santé.

L'Initiative de Bamako a attiré le soutien inter-agences des bailleurs de fonds dans beaucoup de pays et, à cause de ce résultat positif, le principe est de plus en plus accepté en dehors de l'Afrique et de l'Asie. A la fin de 1991, l'UNICEF, en collaboration avec d'autres bailleurs de fonds, a appuyé des projets dans 18 pays qui représentent plus de 20 millions de personnes. Quelques importants problèmes restent toujours à résoudre, tels que desservir les pauvres, mobiliser la participation communautaire, faciliter la formulation des politiques pour les médicaments essentiels et la décentralisation.

Enfin, nous avons hérité de notre prédécesseur de certains avantages et de certains inconvénients. J'ai hérité du programme de voyage de Madame Racelis qui m'oblige à quitter cette conférence assez tôt parce que le Dix-Septième Congrès mondial de la Réadaptation qui se réunit à Nairobi le 7 septembre exige ma présence. Toutefois, mon collègue d'Afrique de l'Ouest, le Professeur Stanislas Adotevi arrivera plus tard cette semaine pour représenter l'UNICEF.

L'UNICEF réaffirme son engagement à travailler avec les gouvernements africains, l'OMS, l'OUA et d'autres partenaires pour améliorer la santé des femmes et des enfants. Nous pourrons mieux accomplir cette mission en mettant en oeuvre les objectifs du Sommet mondial de l'Enfance grâce à nos programmes nationaux pour l'enfant qui seront présentés à la Conférence de l'OUA à Dakar et qui représentent la prochaine étape pratique dans le combat continu pour instaurer la santé pour tous d'ici à l'an 2000.

Je vous remercie.

ALLOCUTION DE MONSIEUR STANISLAS S. ADOTEVI,
DIRECTEUR REGIONAL DE L'UNICEF POUR L'AFRIQUE OCCIDENTALE ET CENTRALE

Excellence Monsieur le Président,
Excellences Mesdames et Messieurs les Ministres,
Monsieur le Directeur régional de l'OMS,
Mesdames et Messieurs,

Permettez-moi tout d'abord, Monsieur le Président, de m'associer aux félicitations que vous ont adressées vos pairs pour votre brillante élection à la tête de cette quarante-deuxième session.

Le Comité régional de l'OMS est une occasion de renforcer la coopération entre l'OMS et l'UNICEF; une coopération nécessaire, vitale et indispensable. Je sais, Monsieur le Directeur régional et cher ami, l'importance que vous attachez à cette collaboration, au nom de tous les Bureaux régionaux de l'UNICEF pour l'Afrique et en mon nom personnel, je vous renouvelle les remerciements de toute notre Organisation pour tous les efforts que vous déployez afin d'améliorer le mieux-être des femmes et des enfants de ce continent.

Votre excellent rapport, Monsieur le Directeur régional, nous donne les principaux éléments d'analyse de la situation sanitaire de la Région africaine. Cette situation est inquiétante par de nombreux aspects et nous confirme chaque jour la nécessité d'une concertation renforcée entre tous les partenaires au développement socio-sanitaire de l'Afrique. Ce d'autant plus que, comme du reste, l'a très bien indiqué en plusieurs endroits votre exposé, des germes d'espérance nous montrent que l'Afrique n'est pas ce continent du désespoir que les cassandres de l'afro-pessimisme veulent nous le faire accroire. Les discussions qui ont eu lieu à la CISCA nous le confirment. Les communautés et les foyers, malgré les difficultés, les guerres, la pénurie des moyens, la fragilité des Etats, démontrent à travers toute sorte de souffrance nuisible, contre vents et marées, parfois envers et contre tout et tous, que le destin de l'Afrique n'est pas scellé. Il est clair, Monsieur le Président, que l'OMS et l'UNICEF ne peuvent pas rester inactifs devant ces forces tendues vers l'avenir.

Ici, qu'il me soit permis, Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les Ministres, de rappeler quelques préoccupations de l'UNICEF dans le domaine de la santé. Il s'agit en l'occurrence de trois thèmes majeurs qui sont :

- les politiques et stratégies de santé et nutrition pour l'Afrique;
- la santé de la reproduction et l'initiative des Hôpitaux Amis des bébés;
- le renforcement des systèmes de santé afin d'améliorer le bien-être de nos enfants et de nos femmes.

Lors de la traditionnelle rencontre des Directeurs régionaux de l'OMS et de l'UNICEF pour l'Afrique à Nairobi, les 27 et 28 juillet 1992, rencontre à laquelle nous avons invité la Banque mondiale et le FNUAP, il a été reconnu que l'Initiative de Bamako est la stratégie principale pour le développement

de la santé communautaire en Afrique. Cette Initiative est, faut-il le rappeler, une initiative africaine, décidée à Bamako lors de la trente-septième session du Comité régional de l'OMS. Qu'il me soit donc permis, Monsieur le Président, de saluer le courage et les efforts de tous les nombreux pays de la Région africaine qui se sont lancés dans la bataille du renforcement de leur système de santé.

Les expériences fondées sur le renforcement des systèmes de santé du district et les initiatives de santé communautaire, ainsi que les résultats des études récentes sur les politiques et stratégies sanitaires africaines ont montré d'une part que la rationalisation des services de santé au niveau du district ainsi que la co-gestion et le co-financement par la communauté de ces services sont réalisables à l'échelle nationale et susceptibles d'assurer efficacement la qualité des services de santé. D'autre part que pour garantir de façon pérenne un impact sur la santé des femmes et des enfants de notre continent, dans le contexte des objectifs globaux pour les enfants fixés pendant le Sommet mondial et confirmés de façon pathétique lors de la Conférence sur l'Environnement de Rio puis repris par la réunion des Etats non-alignés, il est nécessaire que ces objectifs deviennent, au quotidien, ceux des communautés et singulièrement ceux des foyers qui les composent.

Dans ce sens, les stratégies comme l'Initiative de Bamako et le développement sanitaire en trois phases, desquelles nous retrouvons des éléments importants dans le document intitulé "Pour une meilleure santé en Afrique" préparé par la Banque mondiale, reflètent la convergence et la complémentarité des moyens pour atteindre lesdits objectifs en Afrique. Ces stratégies qui sont le fruit des expériences africaines des dix dernières années permettront, j'en suis sûr, à chaque pays africain, de mieux définir sa propre politique de santé et de se doter ainsi d'un outil plus efficace de négociation pour une meilleure coopération avec ses partenaires.

C'est l'occasion d'apprécier à sa juste valeur, au nom de l'UNICEF, l'idée émise dans cette salle, par la Banque mondiale, d'un "Think-tank" sur la santé en Afrique. Cette proposition, à mon avis, offre une occasion aux responsables et experts africains de la santé de jouer leur rôle producteur d'idées dans la bataille pour une meilleure santé en Afrique.

A cet effet, la Conférence internationale pour l'Assistance aux Enfants africains, convoquée pour novembre prochain par l'OUA à Dakar, constitue une occasion, dans le cadre de l'exécution des plans d'action nationaux pour le suivi du sommet, d'accélérer la mise en oeuvre de ces politiques et stratégies.

Pour ce qui est de la santé de la reproduction, force est de constater le tribut de plus en plus lourd que les femmes et les enfants d'Afrique paient. L'expansion de la pandémie du SIDA en est une douloureuse illustration.

Dans le cadre des préoccupations de notre Organisation, nous confirmons ici l'engagement de l'UNICEF à contribuer à l'amélioration de la santé de la reproduction conformément aux orientations du dernier Conseil exécutif.

Ainsi, les activités de surveillance prénatale, les soins obstétricaux, la planification familiale, la prévention du SIDA et la prise en charge des maladies sexuellement transmissibles devront être intégrés dans le cadre d'un

"Paquet minimum de soins essentiels par niveau". Nous envisageons de renforcer ces activités d'abord dans les structures sanitaires urbaines en utilisant comme porte d'entrée les activités de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et la promotion de l'initiative des "Hôpitaux Amis des Bébés".

Cette dernière initiative que les Directeurs généraux de l'OMS et de l'UNICEF ont lancée il y a deux ans, vise pour notre Région, comme vous le savez si bien, à promouvoir l'allaitement maternel. Dans ce domaine, le soutien et les chauds encouragements de mon ami, le Professeur Monekosso, ne sauraient être passés sous silence.

Au regard des avantages de l'allaitement maternel, chaque nouveau-né, dans le cadre de la survie de l'enfant, doit être nourri au sein. Cependant, la transmission du VIH de la mère à l'enfant, soulève quelques questions, en particulier :

- Comment nourrir les nouveau-nés de mères séro-positives ?
- Comment confirmer que les nouveau-nés de mères séro-positives sont infectés ou non ?
- Comment assurer qu'une mère séro-négative ne devienne pas positive durant sa grossesse ou pendant sa période de lactation ?

Nous avons encore besoin de beaucoup d'informations sur ces problèmes afin d'établir des stratégies de lutte pour réduire la transmission du SIDA aux femmes et aux enfants.

Pour préserver nos enfants des dangers liés aux substituts du lait maternel, nous souhaiterions, Mesdames et Messieurs les Ministres, que des mesures énergiques nécessaires soient prises pour contrôler la vente et l'utilisation des substituts du lait maternel.

Je voudrais à présent, Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les Ministres, chers amis, aborder la question du renforcement des systèmes de santé de district afin de promouvoir le bien-être des enfants et des femmes en Afrique. Il s'agit d'un impératif du Sommet mondial que les pays se sont engagés à réaliser avec le soutien de l'UNICEF, de l'OMS et des autres agences.

Comme convenu à Nairobi, la coordination du soutien de nos agences à ces activités sera plus efficace grâce à la constitution d'un groupe technique conjoint unique capable de faire le lien entre les problèmes de couverture en soins essentiels et le fonctionnement des systèmes de santé. A cet effet, afin de renforcer l'impact de ce groupe technique conjoint sur le développement des activités de terrain, nous pensons à l'UNICEF, encourager la création d'un réseau de personnes ressources comprenant les cadres nationaux et le personnel technique des agences.

L'OMS et l'UNICEF pourraient soutenir dans les pays intéressés des missions conjointes d'identification des contraintes pour l'utilisation des services essentiels par les communautés et des moyens pour augmenter l'efficacité des systèmes de santé de district.

Il n'y aura pas de santé pour tous, aussi longtemps que chaque foyer ne pourra pas prendre en charge ses propres problèmes de santé et de nutrition. L'alphabétisation et l'information ainsi qu'un pouvoir économique et de décision accru dans le foyer sont les moyens les plus appropriés dont les

femmes doivent disposer dans les meilleurs délais afin de jouer leur véritable rôle dans la communauté. Toutes les organisations doivent contribuer à ces résultats, en soutenant la responsabilisation du personnel médico-sanitaire pour la motivation et l'information des foyers et particulièrement des femmes, en soutenant enfin le renforcement des liens intersectoriels afin d'aboutir à un développement socio-économique plus global et donner ainsi des perspectives d'avenir et d'espoir aux populations de notre continent.

Dans ce sens, la CISCA a révélé une telle richesse dans les expériences communautaires qu'il est nécessaire d'en poursuivre l'analyse. L'UNICEF s'engage à soutenir le dialogue entre les gouvernements, les communautés et les partenaires qui prendraient en compte les leçons apprises à cette conférence.

Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les Ministres, Monsieur le Directeur régional de l'OMS, Mesdames et Messieurs, la collaboration de l'OMS avec l'UNICEF a permis à notre Région de réaliser quelques exploits ou miracles dans le domaine de la santé. Je pense en particulier au programme élargi de vaccination. Malgré la situation difficile que vit notre continent, nous devons et nous pouvons aller plus loin en préservant nos acquis et en faisant plus d'efforts de rigueur et d'imagination. L'UNICEF, pour sa part, sera toujours à vos côtés, aussi longtemps qu'il s'agira d'assurer le mieux-être des femmes et des enfants de ce continent.

Je vous remercie.

RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME

INTRODUCTION

1. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni à Brazzaville du 29 août au 1er septembre 1992 sous la présidence du Dr Owona Essomba (Cameroun). Le Dr G. K. Bolla (Zambie) a été élu Vice-Président et Dr B. D. Ferreira (Angola) Rapporteur. La liste des participants figure à l'Appendice 1.
2. Le Dr G. L. Monekosso, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, a souhaité la bienvenue aux participants et a souligné les fonctions du Sous-Comité du Programme. Il a demandé qu'il y ait un débat ouvert et franc sur le document présenté au Sous-Comité. L'ordre du jour de la réunion nécessitera qu'on examine les principaux changements intervenus dans le monde tels que le SIDA, les urgences sanitaires, les catastrophes, le financement des soins de santé et les problèmes de population. Il faudra aussi examiner les problèmes de santé spécifiques à certains pays. Le Sous-Comité devra, d'autre part, examiner le Neuvième Programme général de Travail pour donner à l'Organisation des directives pour lui permettre de renforcer les acquis du Huitième Programme général de Travail. Il a souligné que le Sous-Comité fera rapport au Comité régional sur les questions inscrites à l'ordre du jour et que ce rapport aidera grandement le Comité régional dans ses travaux spécialement lorsqu'il s'agira d'examiner le projet de budget programme. Il a ensuite souhaité aux participants un agréable séjour à Brazzaville.
3. Le Président a remercié le Directeur régional et son personnel de l'excellent accueil dont les membres du Sous-Comité ont été l'objet à leur arrivée.
4. Le programme de travail a été adopté à l'unanimité. Il figure à l'Appendice 2.

PROJET DE BUDGET PROGRAMME POUR L'EXERCICE 1994-1995
(document AFR/RC42/2)

Présentation

5. Monsieur D. E. Miller, Directeur du Programme de Soutien, a présenté le document AFR/RC42/2 intitulé "Projet du Budget Programme pour l'exercice 1994-1995", au nom du Directeur régional. Le document reflète l'accent mis sur les activités au niveau pays. Les exposés du programme comprennent des références claires aux conséquences budgétaires du projet du budget programme.
6. Le budget global alloué à la Région a révélé un accroissement de 13 % comparé au budget approuvé pour l'exercice 1990-1991, ce qui fait que le budget ordinaire pour l'exercice 1992-1993 se monte à US \$154 160 000. Ce chiffre restera provisoire jusqu'à ce que le projet de budget pour l'Organisation dans son ensemble soit arrêté définitivement.
7. Le projet de budget programme a été préparé sur la base d'un taux de change de 296 Francs CFA pour un dollar, soit le même taux que celui qui a été utilisé pour préparer le budget approuvé pour l'exercice 1992-1993. Si la valeur du dollar passait en dessous de 296 Francs CFA, cette situation créerait des difficultés pour la mise en oeuvre des programmes. Toutefois, la résolution WHA39.4 a rendu possible au Bureau régional de bénéficier de la facilité sur les taux de change de l'OMS qui permet de maîtriser partiellement les effets indésirables résultant des fluctuations des taux de change. On

s'attend à ce que cette facilité sur les taux de change soit prolongée pour couvrir la période 1994-1995. Le taux de change appliqué dans le projet de budget sera revu et si nécessaire modifié au Siège avant que le budget mondial de l'OMS ne soit définitivement arrêté.

8. Le projet de budget programme a tenu compte de la nécessité de soutenir les diverses composantes de la stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000 ainsi que des contraintes budgétaires actuelles. Pour le quatrième biennium successif, l'allocation budgétaire globale pour la Région a été arrêtée sur la base d'une croissance zéro en termes réels, limitant ainsi les possibilités de mettre en oeuvre de nouvelles activités.

9. Le budget total alloué à chaque pays est provisoire sous réserve d'une révision lorsque l'Organisation dans son ensemble aura arrêté définitivement son budget global.

10. Les montants budgétaires qui figurent dans la rubrique "Autres sources" sont ceux pour lesquels des financements étaient soit assurés, soit attendus au moment où les documents ont été préparés. Il est très probable que des financements extrabudgétaires supplémentaires seront disponibles peu avant le début du biennium 1994-1995.

Analyse du programme régional

11. La présentation du projet de budget programme pour l'exercice 1994-1995 a souligné la priorité accordée au choix des activités par les pays, la nature et la portée de l'engagement de l'OMS et l'utilisation des ressources en relation avec les cibles et les objectifs des programmes nationaux de santé. Les exposés descriptifs du programme régional ont été préparés en se fondant sur les examens et les analyses des exposés des pays.

Discussion

12. Les divers programmes ont fait l'objet d'un examen critique détaillé et le Sous-Comité a reçu des explications pour les augmentations et les diminutions dans les allocations budgétaires pour les programmes de 1992-1993 et ceux de 1994-1995.

13. Pendant l'examen du document du projet du budget programme, les questions suivantes ont été discutées :

Notes explicatives et introduction

14. Le Comité a posé la question de savoir si tous les budgets pays ont été dépensés au cours des bienniums précédents et quelle était la situation actuelle des dépenses du biennium actuel pour l'exercice 1992-1993, à la lumière des récentes directives envoyées aux Représentants de l'OMS leur enjoignant de réduire de 10 % les budgets pays. Il a aussi demandé des éclaircissements sur la raison de cette réduction de 10 %.

15. La réponse a été que les budgets pays ont été entièrement utilisés au cours des bienniums précédents et que les dépenses ont été étroitement surveillées au cours du biennium actuel. Il y a eu une coupure de 10 % dans l'ensemble du budget de l'OMS parce que l'URSS avait coutume de verser 10 % du budget de l'Organisation, mais du fait des événements politiques, ce pays n'a plus été en mesure de payer. En conséquence, les mouvements de trésorerie ont dû être gérés en respectant cette diminution de 10 % qui a affecté toutes les Régions.

Analyse du budget par programmes

16. Le Sous-Comité du Programme a fait des commentaires sur les programmes suivants :

Programme de Développement du Directeur régional - Programme 2.2

17. Le financement du programme 2.2 - Le Fonds de Développement du Directeur régional, a été considéré comme étant insuffisant pour satisfaire les urgences telles que la sécheresse en Afrique australe. Jusqu'à présent, seuls des montants relativement faibles ont pu être alloués aux pays pour les urgences.

18. Tout en notant que l'OMS n'était pas une agence de financement, et que quelques pays avaient créé une ligne budgétaire spéciale dans leur budget, le Sous-Comité a recommandé qu'on envisage l'accroissement du Fonds de Développement du Directeur régional dans ce budget ou dans le prochain pour l'exercice 1996-1997; de même, un grand nombre des Etats Membres de l'OMS ont prévu des allocations budgétaires spéciales pour la même période considérée.

Développement des ressources humaines pour la santé - Programme 5

19. Des préoccupations ont été exprimées à propos des retards dans le déblocage des crédits pour les bourses. On a fait remarquer qu'il était nécessaire que les pays demandeurs et le Bureau régional assurent une planification et une gestion opportunes des bourses pour éviter les gaspillages des ressources et justifier les dépenses devant les Vérificateurs aux Comptes. Ceci a été reconnu, bien que les Etats Membres aient été priés de continuer à proposer des candidats à des bourses bien à l'avance afin de permettre au Bureau régional de prendre des dispositions pour l'inscription, en temps voulu, des boursiers dans différents établissements.

Information du public et éducation pour la santé - Programme 6

20. L'importance du programme a été unanimement reconnu par le Sous-Comité du Programme qui a approuvé sans réserve les allocations budgétaires proposées. Il a également souligné que l'information pour la santé était une importante composante de plusieurs autres programmes de santé.

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

21. Le Sous-Comité du Programme a noté l'importance de la recherche essentielle en santé comme le soulignent les documents des discussions techniques, ainsi que la nécessité de renforcer le financement du programme. Une partie importante du budget pour la recherche provient de sources extérieures comme c'est le cas du Programme de Recherche sur les Maladies tropicales et du Programme de Recherche en Reproduction humaine, deux programmes mondiaux. Un programme conjoint de recherche sur les systèmes de santé mis en oeuvre dans la Sous-Région III, est aussi financé par une source extérieure, à savoir le Gouvernement hollandais. La stratégie régionale pour la recherche consiste à promouvoir son intégration dans les programmes de santé. Ainsi, les programmes de santé ont été priés de mobiliser des ressources supplémentaires pour la recherche dans leurs domaines spécifiques. Le Sous-Comité du Programme a aussi souligné que l'utilisation des résultats de la recherche est aussi importante que la recherche elle-même et qu'on doit promouvoir cette approche.

Protection et promotion de la santé en général - Programme 8

22. Le Sous-Comité du Programme s'est demandé si le programme ci-dessus devait être combiné avec le programme d'information du public et d'éducation pour la santé. On a fait remarquer que le titre "Protection et Promotion de la santé" n'était pas assez explicite et pourrait être amélioré dans le Neuvième Programme général de Travail.

Nutrition - Programme 8.1

23. La sécheresse et la famine qui affectent actuellement quelques Etats Membres à une vaste échelle ont des chances d'accroître les cas de malnutrition et on devra en tenir compte dans les fonds alloués au programme de nutrition. Les effets de cette malnutrition se feront sentir pendant le biennium 1994-1995. Des fonds extrabudgétaires sont en train d'être mobilisés pour soutenir les diverses activités énumérées dans le Projet de Budget Programme.

Santé bucco-dentaire - Programme 8.2

24. On a mentionné à plusieurs reprises que les activités de santé bucco-dentaire ont été longtemps négligées dans la Région africaine et que les Etats Membres devraient accorder à ce programme une certaine priorité. Le montant budgétaire alloué à ce programme a constitué un objet de préoccupation et des ressources supplémentaires devraient être mobilisées pour les activités dans ce domaine.

25. Le programme régional de Santé bucco-dentaire offre actuellement une assistance technique aux Etats en particulier pour le développement de politiques et de plans nationaux complets de santé bucco-dentaire. On a rappelé qu'à la quarante et unième session du Comité régional, en 1991, un document sur la promotion de la santé bucco-dentaire dans la Région africaine a été présenté par le Directeur régional. Ce document a invité les Etats Membres à allouer suffisamment de fonds à la santé bucco-dentaire dans leurs programmes coopératifs OMS d'action sanitaire.

Prévention des accidents - Programme 8.3

26. Le Sous-Comité du Programme a voulu savoir quelle priorité devrait être accordée à ce programme dans la Région. Dans quelques pays, cette question ne relève pas du secteur de la santé. Toutefois, on a fait remarquer que les accidents constituaient un important problème de santé publique, qui nécessite un financement significatif dans les hôpitaux et les centres de santé.

Santé maternelle et infantile, planification familiale comprise -
Programme 9.1

27. Le Sous-Comité du Programme a remarqué que la SMI/PF a été considérée comme un programme prioritaire dans tous les pays et pour cette raison, les allocations proposées pour l'exercice 1994-1995 ont été approuvées sans débat.

Femmes, Santé et Développement

28. Le Sous-Comité du Programme a fait remarquer le rôle central joué par les femmes en Afrique, dans les questions de santé, et aussi dans les domaines du développement en général, et a recommandé qu'un budget soit alloué au programme "Femmes, Santé et Développement" afin de permettre au Bureau régional de financer des micro-projets dans les pays spécialement pour le développement

des femmes. Le budget ordinaire devrait tenir compte de la sérieuse préoccupation exprimée par toutes les agences internationales de développement y compris l'Assemblée mondiale de la Santé.

29. Le Sous-Comité du Programme recommande par conséquent :

- i) que tous les Etats Membres utilisent au maximum les fonds extra-budgétaires disponibles par le biais du Bureau régional pour ce programme;
- ii) que tous les pays examinent leurs projets de budget/pays respectifs en vue de faire des allocations budgétaires appropriées à ce programme;
- iii) que le Secrétariat inclut une ligne budgétaire dans le projet de budget programme pour l'exercice 1994-1995, et qu'il indique qu'il y a des crédits disponibles provenant de sources extrabudgétaires;
- iv) qu'on tienne dûment compte de cette préoccupation dans la formulation du Neuvième Programme général de Travail.

Santé des adolescents - Programme 9.2

30. On a fait remarquer qu'un seul pays a prévu des allocations budgétaires pour ce secteur de programme et que, par conséquent, les autres ont été instamment priés de tenir compte de ce programme lorsqu'ils arrêteront définitivement leur budget-pays.

Recherche en reproduction humaine - Programme 9.3

31. Le Sous-Comité du Programme a fait remarquer que même si ce programme ne bénéficiait d'aucune allocation budgétaire dans le budget d'AFRO, les membres du Sous-Comité étaient tout à fait conscients des activités du programme spécial de l'Organisation (HRP) grâce auquel les pays peuvent obtenir un soutien financier et technique.

Santé des travailleurs - Programme 9.4

32. Il a été convenu que le projet de budget tient bien compte de l'intérêt croissant des pays dans ce domaine d'activités.

Santé des personnes âgées - Programme 9.5

33. Le Sous-Comité du Programme a remarqué que jusqu'à présent, très peu de pays semblent avoir manifesté un intérêt suffisant pour le programme.

Protection et promotion de la santé mentale - Programme 10

34. Les allocations budgétaires proposées dans les trois sous-programmes de santé mentale ont été approuvées sans changement bien que le Sous-Comité du Programme ait été d'avis que les Etats Membres n'avaient pas accordé assez d'attention à la santé mentale.

Approvisionnement public en eau et assainissement - Programme 11.1

35. L'analyse de la situation de ce programme a été appréciée en particulier le tableau qui a montré le taux de couverture et les cibles régionales et qui a justifié la nécessité de disposer de financements substantiels pour ce programme.

36. Il y a eu une diminution du budget pays et un accroissement du budget ordinaire, parce que quelques pays ont pu mobiliser des fonds de la Banque mondiale, de la Banque africaine de Développement et d'autres agences bilatérales et multilatérales pour exécuter des projets d'eau et d'assainissement. Le rôle de l'OMS est de coopérer avec ces pays pour préparer des documents de projet, et d'offrir une assistance technique au stade initial de la formulation des projets. Il en résulte que le soutien financier requis de la part de l'OMS a été réduit dans les pays où il a été possible de mobiliser des fonds pour la mise en oeuvre des projets. C'est ainsi qu'il y a eu des accroissements dans quelques pays, des diminutions dans certains et que d'autres pays ont introduit le programme pour la première fois dans leur budget ordinaire. Dans l'ensemble, 33 pays collaborent avec l'OMS dans ce secteur de programme.

Hygiène du milieu dans le développement de l'environnement rural et urbain et l'habitat - Programme 11.2

37. Le Sous-Comité du Programme a noté que le programme n'était pas suffisamment connu au niveau pays et a proposé aux Etats Membres de prendre connaissance des activités de ce programme qui doit faire l'objet d'une promotion au niveau pays dans ce secteur et bénéficier d'un financement suffisant.

Evaluation des risques pour la santé liés aux substances chimiques potentiellement toxiques - Programme 11.3

38. Le Sous-Comité du Programme a souligné le manque d'installations dans les pays pour identifier les substances chimiques potentiellement toxiques. Le Sous-Comité a estimé que les activités proposées dans le programme étaient pertinentes et appropriées à la situation dans la Région, mais que le financement du budget ordinaire n'était peut-être pas suffisant. Le Secrétariat a expliqué que la principale tâche du Bureau régional était de coopérer avec les Etats Membres pour analyser les problèmes et pour formuler les documents de projets en vue d'obtenir des ressources extérieures pour mener les activités dans les Etats Membres.

Lutte contre les risques pour la santé liés à l'environnement - Programme 11.4

39. Le Sous-Comité du Programme a demandé si les activités proposées au niveau pays devaient être financées sur le budget ordinaire. Le Secrétariat a expliqué que le Bureau régional travaille étroitement avec les autres agences telles le Programme des Nations Unies pour l'Environnement, pour poursuivre cet effort de mobilisation des ressources extérieures en faveur des activités à mener dans les pays. En 1992 par exemple, environ US \$100 000 ont été mobilisés pour des études sur les sources de pollution d'origine terrestre dans les pays.

Salubrité des aliments - Programme 11.5

40. Le Sous-Comité du Programme a déclaré qu'en dépit de l'importance du programme, quelques pays n'ont pas pu allouer des fonds à ce programme dans le budget ordinaire. Le Sous-Comité a demandé s'il était possible pour le Bureau régional de mobiliser des ressources extérieures. Le Secrétariat a réaffirmé que le Bureau régional poursuivait, en étroite collaboration avec la FAO, la promotion et le développement des activités dans ce programme.

Médicaments et vaccins essentiels - Programme 12.2

41. Les membres du Sous-Comité se sont inquiétés de la réduction des allocations budgétaires affectées par les pays à ce programme, à un moment où le coût des médicaments et vaccins s'accroissent dans la Région.

Qualité, sécurité et efficacité des médicaments et vaccins - Programme 12.3

42. La qualité, la sécurité et l'efficacité des médicaments et des vaccins sont ressenties comme une préoccupation majeure par les membres du Sous-Comité. Ils se sont inquiétés de savoir si les prévisions budgétaires présentées pourront couvrir les activités prévues, notamment la mise en oeuvre des activités de contrôle de qualité au sein des pays de la Région.

43. Le Sous-Comité a été informé que quatre laboratoires sous-régionaux de contrôle de la qualité ont été implantés avec l'appui du Bureau régional. Toutefois, les pays qu'ils sont censés desservir n'utilisent pas suffisamment leurs services, pour diverses raisons, surtout logistiques. Quoique l'approche sous-régionale soit privilégiée, les prévisions budgétaires viseront à apporter un appui technique aux pays qui souhaiteraient mettre en place leurs propres laboratoires nationaux de contrôle de la qualité.

Médecine traditionnelle - Programme 12.4

44. Le Sous-Comité du Programme a recommandé d'accroître à l'avenir le financement de ce programme.

Réadaptation - Programme 12.5

45. Le Sous-Comité du Programme a souligné l'importance de ce programme pour les pays confrontés à des conflits de longue durée. Il a exprimé sa préoccupation sur le fait que la nécessité de mener des activités dans ce secteur n'est pas suffisamment prise en compte dans les budgets pays, ce qui a pour résultat une faible allocation budgétaire. Le Secrétariat a assuré le Sous-Comité qu'il est toujours possible de revoir l'allocation budgétaire des budgets pays, avant son adoption au cas où quelques pays penseraient qu'il est nécessaire de mettre davantage l'accent sur les activités de réadaptation.

Lutte contre la maladie - Programme 13

46. Le Sous-Comité du Programme a souligné l'importance du programme de lutte contre la maladie, avec un accent particulier sur la lutte contre les maladies transmissibles.

Vaccination - Programme 13.1

47. Ce programme a été considéré par le Sous-Comité du Programme comme l'une des initiatives les plus remarquables de ces vingt dernières années en matière de santé publique.

48. L'examen de ce programme a mis en relief les résultats obtenus par un effort conjugué des Etats Membres, de l'OMS, de l'UNICEF et d'autres bailleurs de fonds, qui ont initié et soutenu les activités du programme. Le défi actuel comme déjà souligné par la quarante et unième session du Comité régional, est le maintien des acquis et leur amélioration. Or, le Sous-Comité du Programme a constaté que déjà maintenant (1992), quelques pays connaissent un recul en matière de couverture vaccinale. Le Sous-Comité exprime la crainte que les bailleurs de fonds traditionnels du PEV ne soient plus en mesure d'apporter aux pays de la Région le même niveau d'appui que pour ces

vingt dernières années. Certains pays font déjà face à une réduction plus ou moins importante des activités des bailleurs de fonds tels que l'UNICEF et Rotary International. Dans le même temps, le coût du vaccin monte de façon préoccupante.

49. Malgré cette situation, le tableau budgétaire du programme montre une diminution d'allocation financière par les pays.

50. Le Sous-Comité du Programme, se référant aux discussions et directives de la quarante et unième session du Comité régional, s'est déclaré préoccupé face à cette situation. Il recommande que les Etats Membres se penchent sérieusement sur la question, et accordent la plus haute priorité à ce programme. Une allocation budgétaire appropriée aussi bien au titre du budget national, qu'autre titre de l'allocation OMS-pays est recommandée. Le Bureau régional est prié de continuer à mobiliser les ressources extrabudgétaires pour appuyer les efforts des pays. L'OMS et l'UNICEF devront mener une action vigoureuse pour aider les pays à garantir leur approvisionnement continu en vaccins y compris les nouveaux vaccins prévus pour être introduits dans le programme.

Lutte antivectorielle - Programme 13.2

51. Le Sous-Comité a observé la diminution de l'allocation budgétaire au niveau pays. Il a été indiqué que certaines activités de lutte antivectorielle ont été incluses dans d'autres programmes tels que la lutte antipaludique et la lutte contre la trypanosomiase. D'autres pays ont obtenu des ressources extrabudgétaires et transféré l'ancienne allocation à d'autres programmes. Il a été recommandé au Directeur régional de mobiliser davantage des ressources extrabudgétaires pour ce programme.

Maladies parasitaires - Programme 13.4

52. A l'examen de ce programme, il a été noté la disproportion entre l'allocation régionale et l'allocation pays, la première étant de loin plus importante. Il a été rappelé les mécanismes de répartition de l'enveloppe budgétaire de l'OMS par le Directeur général au niveau mondial, et par le Directeur régional au niveau régional. D'autre part, l'allocation régionale comprend la contribution de l'OMS au Programme OCP (US \$500 000) et les efforts du Bureau régional en direction de la dévolution. Des efforts sont également menés par le Directeur régional, en collaboration avec le Siège, pour mobiliser les ressources extrabudgétaires, notamment pour la lutte contre la trypanosomiase.

Infections aiguës des voies respiratoires - Programme 13.7

53. Ce programme a été examiné par le Sous-Comité du Programme et celui-ci a fait remarquer qu'il ne se situait qu'au second rang après le paludisme en ce qui concerne la morbidité et la mortalité. Par conséquent, le Sous-Comité a exprimé des doutes quant à l'adéquation de l'allocation budgétaire pour ce programme. En conséquence, il a été recommandé de consentir un effort plus important pour mobiliser des fonds extrabudgétaires.

Lèpre - Programme 13.9

54. Le Sous-Comité a exprimé sa préoccupation à propos du montant des budgets pays qui, bien qu'ils aient été relativement faibles à l'origine, ont été réduits davantage par la suite. Il a été proposé d'accroître ce budget. Le Sous-Comité a proposé que la Tuberculose et la Lèpre soient intégrées au niveau pays afin que la Tuberculose puisse tirer profit du programme de lutte

contre la lèpre qui bénéficie d'un bon financement grâce à des sources extrabudgétaires, spécialement les ONG. Toutefois, les ONG ont été réticentes à accepter cette intégration. Il y a un intérêt croissant pour la lutte contre la tuberculose au niveau mondial et des financements extrabudgétaires sont en train d'être mobilisés pour utilisation au niveau pays. De plus, les pays passent des accords bilatéraux pour soutenir leurs programmes de lutte contre la lèpre. Par conséquent, le Bureau régional recommande de fusionner la tuberculose et la lèpre et beaucoup de pays ont commencé à le faire.

Zoonoses - Programme 13.10

55. Le Sous-Comité a exprimé sa préoccupation sur l'incidence croissante de la rage dans les villes et d'autres zoonoses et sur les difficultés que les pays rencontrent pour organiser une surveillance adéquate de ces maladies. Il a fait observer que l'allocation budgétaire, tant au niveau régional qu'au niveau pays, s'est révélée insuffisante pour le développement de programmes plus rigoureux. Il a donc été recommandé qu'on s'efforce de rechercher davantage de financements extrabudgétaires.

Maladies sexuellement transmissibles - Programme 13.11

56. Le Sous-Comité du Programme a examiné le projet de budget programme pour le programme des maladies sexuellement transmissibles et a pensé qu'il n'y avait plus de justification de séparer le programme des maladies sexuellement transmissibles du programme de lutte contre le SIDA, tel que présenté dans le document du projet de budget programme, vu que les modes de transmission et les méthodes d'intervention de deux types de maladies sont similaires. Le Sous-Comité a été informé des mesures prises par le Directeur régional pour intégrer les deux programmes dans le Bureau régional et transférer le point focal des maladies sexuellement transmissibles à GPA. La séparation des deux programmes suit le format adopté dans le Huitième Programme général de Travail.

57. Le Sous-Comité a recommandé que le programme de lutte contre les MST soit intégré dans le programme de lutte contre le SIDA à partir du biennium 1994-1995 et dans le Neuvième Programme général de Travail afin que l'on tienne compte de façon adéquate de la situation qui prévaut dans les Etats Membres en ce qui concerne les activités et le budget.

Lutte contre le SIDA - Programme 13.13

58. Le Sous-Comité du Programme a noté avec satisfaction que 87 % du projet de budget pour le SIDA a été alloué aux activités au niveau-pays. Le Sous-Comité a été informé que le Bureau régional avait instamment prié les Etats Membres qui n'ont pas encore intégré le programme des maladies sexuellement transmissibles à celui du SIDA d'envisager de le faire.

59. Le Sous-Comité du Programme a exprimé sa satisfaction sur le soutien apporté par la communauté des bailleurs de fonds aux Etats Membres pour la lutte contre le SIDA et a recommandé au Comité régional :

- i) de prier le Directeur régional de continuer à déployer des efforts pour mobiliser des fonds extrabudgétaires pour la lutte contre le SIDA;
- ii) de donner des directives pour que les deux programmes soient présentés sous un titre unique dans les futurs budgets programmes;
- iii) de regrouper les deux programmes en un seul dans le Neuvième Programme général de Travail.

Cécité et Surdité - Programme 13.15

60. Il a été observé qu'aucun pays n'avait prévu une allocation budgétaire pour ce programme et que du fait que ces problèmes étaient "silencieux", ils n'avaient pas jusqu'à présent bénéficié de l'attention qu'ils méritaient. Le Sous-Comité du Programme a instamment prié le Bureau régional de rechercher des fonds extrabudgétaires pour soutenir les activités de ce programme. Le Secrétariat a assuré le Sous-Comité de la disponibilité du Bureau régional à soutenir les pays à entreprendre une analyse de la situation et à élaborer des programmes nationaux appropriés. La raison pour laquelle la Cécité et la Surdité sont combinées dans un seul programme a été posée et le Secrétariat a fait savoir que les titres du programme sont conformes à ceux qui ont été adoptés par tous les Etats Membres dans le Huitième Programme général de Travail.

Maladies cardio-vasculaires - 13.17

61. Tout en reconnaissant l'importance accrue des maladies cardio-vasculaires dans la Région, spécialement l'hypertension artérielle, le Sous-Comité du Programme a encouragé le Bureau régional à entreprendre une mobilisation plus active des ressources pour financer les activités de ce programme.

Conclusion

62. Après ces commentaires, le Sous-Comité du Programme a décidé de recommander au Comité régional l'adoption du projet de résolution approuvant le projet du budget programme pour l'exercice 1994-1995.

Critères de détermination des budgets des pays

63. Le Sous-Comité a pris note d'un document relatif à la révision des critères utilisés pour répartir les allocations budgétaires entre les pays. Ce document avait été préparé en réponse à la résolution AFR/RC40/R13. Le résultat faisait suite à une réunion d'experts, convoquée pour donner des conseils sur la révision des critères existants conformément à la résolution. Le Directeur régional a recueilli des informations auprès des pays pour tester ces propositions avant de prendre des décisions sur leur utilisation pendant le budget programme 1996-1997.

RAPPORT DU COMITE CONSULTATIF AFRICAIN POUR LE DEVELOPPEMENT SANITAIRE (CCADS)
(document AFR/RC42/11)

64. La douzième réunion du CCADS a eu lieu à Brazzaville du 13 au 16 juillet 1992 sous la présidence du Prof. F. K. N'Krumah (Ghana). Le CCADS a examiné les questions suivantes :

- i) Recherche essentielle en santé
- ii) Neuvième Programme général de Travail
- iii) Réorientation et restructuration des hôpitaux de district
- iv) Cadre proposé pour la politique sanitaire africaine (OMS/Banque mondiale).

65. Après examen de la recherche essentielle en santé, le CCADS a fait remarquer que :

- i) la recherche est une méthode systématique d'obtention de nouvelles connaissances;
- ii) la recherche essentielle en santé a pour but de mettre en oeuvre les programmes de santé;
- iii) la recherche essentielle en santé fait appel à la recherche clinique, à la recherche biomédicale et à d'autres branches de la recherche adaptées aux besoins du pays;
- iv) la mise en oeuvre de la recherche exige l'existence d'un comité central multisectoriel, la formation des personnels et des ressources;
- v) cette recherche est multidisciplinaire et fait appel à la sociologie, à la psychologie et à l'anthropologie;
- vi) la recherche entreprise doit être abordable, pertinente et généralisable;
- vii) la recherche doit être une activité interministérielle et, au moins 5 % du budget de la santé doivent être consacrés à la recherche;
- viii) l'OMS devrait s'efforcer de mettre en place un financement pour la recherche essentielle en santé.

66. Après examen du Neuvième Programme général de Travail, le CCADS a noté ce qui suit :

- i) les Etats africains n'ont pas pris part à la formulation du document;
- ii) l'importance de la formation, de la gestion et de la recherche;
- iii) la nécessité d'inclure le SIDA, le financement des soins de santé, la préparation aux situations d'urgence, les problèmes de l'environnement et de croissance de la population;
- iv) l'importance du transfert de la technologie et du renforcement des infrastructures de santé;
- v) les défis posés par les systèmes d'information, les infrastructures, la formation et les ressources et le renforcement de la supervision, de la surveillance et de l'évaluation du Programme général de Travail.

67. Après examen de la réorientation et de la restructuration des hôpitaux de district, le CCADS a noté :

- i) l'importance de la participation des hôpitaux de district aux interventions communautaires;
- ii) l'importance d'une distribution équitable des ressources et de la mise en place des systèmes de financement des soins de santé;
- iii) l'importance des comités de gestion.

68. Après examen du Cadre pour la politique africaine de santé, le CCADS a fait remarquer :

- i) sa préoccupation concernant l'élaboration d'un autre document de politique de santé dans la Région;
- ii) l'importance de comprendre comment la Banque mondiale prévoyait de travailler avec le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique;
- iii) sa préoccupation sur le fait que les Etats Membres ne devraient pas être l'objet de pressions indues pour modifier leurs politiques de santé;
- iv) les changements positifs intervenus en matière d'orientation communautaire dans le document depuis sa présentation initiale en 1990;
- v) que le document de la Banque mondiale doit être conforme au Scénario de Développement sanitaire en Trois Phases;
- vi) que chaque pays doit déterminer un équilibre approprié entre les services de médecine publique et de médecine privée.

69. Après cette présentation, le rapport a été unanimement accepté par le Sous-Comité du Programme.

RAPPORT FINAL D'EVALUATION DE LA DECENNIE INTERNATIONALE DE L'EAU POTABLE ET DE L'ASSAINISSEMENT (DIEPA) DANS LA REGION AFRICAINE (document AFR/RC42/12)

70. Le Secrétariat a présenté le document AFR/RC42/12.

71. Après la présentation du document, le Sous-Comité a examiné le rapport paragraphe par paragraphe et a approuvé le rapport tel quel, avec les observations suivantes :

- i) La première observation dans ce programme concerne la participation insuffisante des communautés au financement durable des systèmes de santé. Il faut redoubler d'efforts pour assurer le financement communautaire des installations d'approvisionnement en eau et d'assainissement en vue d'obtenir des crédits importants requis de la part des gouvernements et des bailleurs de fonds pour atteindre cette cible. De nouveaux domaines d'impulsion sont nécessaires pour rendre opérationnelle la participation des communautés et pour étendre la couverture des services dans les années 1990.
- ii) A la page 5, paragraphe 17, dernière phrase, il a été convenu d'ajouter que le Cameroun a fixé sa date d'éradication de la dracunculose à 1993 et que le programme progresse avec succès vers cette cible.

72. Le projet de résolution a été approuvé avec les amendements suivants :

- i) Paragraphe 1 du dispositif : Il faut adresser des félicitations au Directeur régional dans la version française.
- ii) Paragraphe 5 (iii) du dispositif : Il convient de réviser la version française du texte afin de refléter correctement la partie concernant la participation efficace des communautés au financement et à la gestion de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement.

PROGRAMME REGIONAL DE LUTTE ANTIPALUDIQUE : PROGRES ACCOMPLIS
ET PERSPECTIVES POUR LES ANNEES 1990 (document AFR/RC42/13)

73. Le Secrétariat a présenté le document.

74. Il a été observé que le paludisme n'est qu'un des nombreux facteurs contribuant au déficit pondéral à la naissance et on a émis des doutes que la lutte contre le paludisme puisse être considérée comme un moyen d'atteindre l'objectif de réduction du déficit pondéral à la naissance.

75. Il a été d'autre part mentionné que la résistance des parasites à la chloroquine, le rapport coût/efficacité et les risques de la chimioprophylaxie constituent des raisons qui empêchent que la lutte contre le paludisme ne soit une stratégie importante pour réduire le déficit pondéral à la naissance.

76. Toutefois, on a souligné que le paludisme constitue un des plus importants facteurs contribuant au déficit pondéral à la naissance et que pour cette raison, l'objectif de réduire l'incidence du déficit pondéral à la naissance a été identifiée par la Conférence de Brazzaville sur le Paludisme (1991) comme un objectif spécifique de lutte contre le paludisme. La chimioprophylaxie contre le paludisme a été identifiée par l'OMS comme un moyen efficace d'atteindre cet objectif.

77. Il a été proposé de substituer l'objectif de réduction du déficit pondéral à la naissance par la réduction de l'incidence du paludisme parmi les femmes enceintes. Après discussion, on s'est mis d'accord sur l'adoption de l'objectif suivant : continuer de réduire l'incidence du déficit pondéral à la naissance.

78. La résolution a été adoptée sans modification.

PROGRAMME REGIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE ET LA LEPRE :
PROGRES ACCOMPLIS ET PERSPECTIVES POUR LES ANNEES 1990
(document AFR/RC42/14)

79. Après présentation du document par le Secrétariat, le Sous-Comité du Programme a demandé que les cibles proposées pour 1995 soient précédées par une présentation de l'état actuel de la maladie avant de présenter les cibles. On a fait remarquer quelques-unes de données qui figurent dans le document sur la tuberculose.

80. Le Sous-Comité du Programme s'est demandé pendant combien de temps encore les Etats Membres allaient se fier aux bailleurs de fonds pour l'achat des médicaments antituberculeux. Il a été recommandé que le Bureau régional continue à rechercher des fonds pour l'achat des médicaments antituberculeux afin de soutenir les Etats Membres. Le Directeur régional ne ménagera aucun effort pour rechercher des fonds extrabudgétaires pour assister les pays à satisfaire leurs besoins en médicaments et aussi pour jouer un rôle catalyseur dans la promotion des accords bilatéraux entre les pays et les bailleurs de fonds.

81. Le Sous-Comité du Programme a remarqué que l'évaluation dépendra certainement d'une collecte fiable des informations. Il a donc été recommandé de mettre au point des formes de surveillance intégrées simples et faciles à réaliser par les pays.

PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION : PROGRES ACCOMPLIS DANS LA MISE EN OEUVRE DE LA STRATEGIE D'ELIMINATION DU TETANOS NEONATAL ET D'ERADICATION DE LA POLIOMYELITE (document AFR/RC42/15)

82. Le Sous-Comité du Programme a examiné le rapport du Directeur régional sur les stratégies d'élimination du tétanos néonatal et d'éradication de la poliomyélite. Le Sous-Comité a exprimé sa préoccupation sur l'avenir du PEV en ce qui concerne l'accroissement des prix des vaccins et la nécessité qui en découle pour les budgets nationaux de prévoir des lignes budgétaires pour l'achat des vaccins.

83. Dans l'état actuel des choses, les économies de la plupart des pays ont été décrites comme des économies dont la situation s'aggrave face à la nécessité accrue d'achat des vaccins. Récemment, les organisations internationales ont indiqué que leurs ressources pour soutenir ce programme étaient en baisse. Il a par conséquent été recommandé que les Etats Membres envisagent d'accorder une priorité élevée à leur programme PEV et en tiennent compte dans leurs budgets nationaux. Il a aussi été recommandé que l'OMS redouble d'efforts pour mobiliser des fonds et pour négocier avec les fabricants des vaccins afin d'obtenir des prix abordables pour les Etats Membres.

84. Le Sous-Comité du Programme a recommandé donc au Comité régional d'adopter les projets de résolution sur le PEV.

LUTTE CONTRE L'ONCHOCERCOSE DANS LA REGION AFRICAINE : RAPPORT D'ACTIVITE (document AFR/RC42/16)

85. Après examen de ce document, des préoccupations ont été exprimées par le Sous-Comité du Programme sur la distribution gratuite de l'ivermectine qui, en soi, constitue une bonne chose pour les pays, mais qui doit être surveillée étroitement afin que les pays ne soient pas un jour confrontés à une facture qu'ils ne seront pas en mesure de payer, en particulier si on tient compte de la crise économique générale. Une préoccupation similaire a été exprimée sur la dévolution des activités de l'OCP. Il a été proposé que ces activités de dévolution soient entreprises par les pays en fonction de leurs priorités et de leurs ressources nationales. Il a aussi été souligné que la dévolution doit être intégrée dans le système national de soins de santé primaires.

86. Les Etats Membres sont préoccupés par le fait que le vecteur pourrait résurgir à partir des pays voisins qui n'ont pas encore lutté contre la maladie. Le Sous-Comité invite la communauté internationale à renforcer la coopération pour lutter contre cette maladie et encourage le dialogue entre les Etats Membres.

EXAMEN DU PROGRAMME REGIONAL DE LUTTE CONTRE LES MALADIES DIARRHEIQUES DANS LA REGION AFRICAINE (1988-1991) : RAPPORT D'ACTIVITE (document AFR/RC42/17)

87. La première observation faite sur ce programme concernait la nécessité pour le Bureau régional de renforcer l'intégration des plans de préparation pour la lutte contre le choléra dans le plan d'opération existant du programme CDD et de fournir des directives techniques, multisectorielles et multidisciplinaires pendant les épidémies de choléra. Il a été souligné qu'une approche multisectorielle à la lutte contre la maladie constituait l'approche la plus rentable. Une telle collaboration au niveau pays devrait faire participer tous les Ministères tels que le Ministère de l'Eau et celui du Développement communautaire.

88. Des préoccupations ont été exprimées à propos du grand nombre de personnels formés à la supervision, comparé au nombre moins élevé de personnels chargés du traitement des cas. Des explications ont été données en citant le cas de la Région. En effet, nous avons davantage de personnels formés au traitement des cas. Par conséquent, la nécessité accrue d'une bonne supervision était justifiée. On a fait remarquer que les évaluations du programme ont eu lieu dans plusieurs pays mais que les résultats de ces activités n'avaient pas été publiés. On a d'autre part expliqué que les évaluations faites pour les programmes CDD comprennent différents types d'études tels que les enquêtes sur les ménages ou sur les établissements de santé, ce qui fait que des évaluations ont été faites dans plusieurs pays. On a convenu de déployer plus d'efforts pour utiliser les résultats des évaluations afin d'améliorer les opérations du programme.

89. Le projet de résolution a été revu et adopté tel qu'il a été amendé.

PREPARATION ET REPONSE AUX SITUATIONS D'URGENCE : RAPPORT D'ACTIVITE
(document AFR/RC42/18)

90. Le Secrétariat a présenté le document et a souligné le rôle crucial de l'OMS dans la préparation aux situations d'urgence. Des fonds extrabudgétaires doivent être mobilisés pour cette activité.

91. Le Sous-Comité du Programme a reconnu l'importance de ce programme et a approuvé le rapport.

MEDECINE TRADITIONNELLE : RAPPORT D'ACTIVITE (document AFR/RC42/19)

92. Le Secrétariat a présenté le document AFR/RC42/19 - Rapport d'activités sur la médecine traditionnelle. Le Sous-Comité du Programme, après avoir noté l'insuffisance du budget proposé, a exprimé en outre sa préoccupation sur deux importantes questions : les difficultés rencontrées pour une collaboration entre les praticiens des deux systèmes de médecine; l'utilisation de la pharmacopée africaine par les pays de la Région.

93. Il a été admis que des fonds extrabudgétaires doivent être mobilisés pour cette activité. On a par ailleurs fait remarquer qu'un cadre de collaboration a été élaboré par le Bureau régional, avec la participation d'un groupe multidisciplinaire d'experts de la Région y compris les délégués des tradipraticiens de santé, pour aplanir les difficultés signalées. L'adoption de ce cadre de collaboration a donné de bons résultats dans plusieurs pays.

94. On a aussi rappelé la disponibilité en Français, en Anglais et en Arabe de la pharmacopée africaine élaborée par les experts de la Région et éditée en deux volumes :

- Monographies des substances médicinales (Vol. 1)
- Méthodes d'analyse (Vol. 2).

Le Sous-Comité a approuvé le document avec amendements et a demandé au Comité régional de l'adopter.

NEUVIEME PROGRAMME GENERAL DE TRAVAIL (PGT.9) (document AFR/RC42/20)

95. Le Président du Sous-Comité du Programme a rappelé aux membres que le Neuvième Programme général de Travail (PGT.9) est le troisième et le dernier de la série des Programmes généraux de Travail de l'OMS suite à l'adoption de la stratégie mondiale par l'Assemblée mondiale de la Santé en 1981 (résolution WHA35.23).

96. Le Dr A. D'Almeida, Directeur de Programme pour le Soutien au Développement des Systèmes nationaux de Santé, a présenté le document au nom du Directeur régional. Dans son introduction, il a souligné que le document a tenu compte de la situation mondiale de la santé dans le cadre des changements qui ont lieu actuellement en matière socio-économique et d'environnement.

97. Le Directeur régional a souligné que compte tenu de l'importance attachée au Neuvième Programme général de Travail, le Bureau régional avait procédé à une analyse complète du document dans le cadre de quelques changements intervenus dans le monde et a prié le Sous-Comité du Programme de lui permettre de faire une présentation au Sous-Comité de l'analyse faite par le Bureau régional.

98. Le Dr Lambo de l'Unité SPT, a fait la présentation au nom du Directeur régional. Il a énuméré les problèmes suivants comme constituant les principaux changements intervenus dans le monde et qui ont affecté la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous : changements économiques, sociaux et politiques (qui sont liés entre eux); la pandémie du SIDA; les urgences sanitaires et les épidémies; l'accroissement des menaces sur l'environnement; l'accroissement démographique et les styles de vie malsains. Les changements mondiaux ont posé des défis à l'OMS, à savoir : renforcer la présence de l'OMS au niveau pays et aussi renforcer/promouvoir les relations entre les trois niveaux de l'OMS; promouvoir et maintenir le rôle d'autorité directrice de l'Organisation en matière de santé grâce à une politique novatrice et souple de dotation en personnels; adopter une "attitude agressive" dans la lutte contre le SIDA; renforcer la collaboration entre les Organes directeurs de l'OMS, les agences des Nations Unies et les bailleurs de fonds; promouvoir et renforcer les relations avec les banques de développement; renforcer la coopération technique en matière de santé parmi les Etats Membres; intensifier la coopération dynamique de l'OMS dans les programmes traitant de la gestion de l'environnement, des problèmes de populations et des problèmes de styles de vie/comportement; et adopter une nouvelle attitude pour élaborer le Programme général de Travail de l'OMS en mettant un accent spécial sur une approche du "sommet vers la base".

99. Enfin, il a présenté un cadre qui pourrait être utilisé pour adapter les systèmes nationaux de santé (à tous les niveaux) aux changements mondiaux ainsi qu'un cadre pour accroître la réponse de l'OMS (à tous les niveaux) à ces changements mondiaux.

100. Le Directeur régional a conseillé qu'on fasse un examen approfondi de projet de classification des programmes afin de s'assurer que l'approche de l'OMS est coordonnée à celles des programmes pays et avec les programmes des autres agences et banques de développement.

Discussion

101. Le Président a ensuite invité les membres à discuter le document en gardant à l'esprit les deux présentations ainsi que les remarques du Directeur régional.

102. Le Sous-Comité du Programme a examiné le document page par page. Les principales observations qui ont été faites et les principales préoccupations communes sont les suivantes :

- a) A la sous-section 1.1 (un monde en changement), en haut de la page 4, on a pensé qu'il était nécessaire d'ajouter que "la guerre froide" pourrait maintenant permettre le développement de relations fructueuses entre le Nord et le Sud.
- b) A la sous-section 2.1 "Coût et stratégies", on a pensé que :
 - i) la cible de réduction du taux de mortalité des moins de cinq ans "qui ne dépasse pas 70 pour 100 naissances vivantes" devrait être remplacée par "qui ne dépasse pas 70 pour 1000 naissances vivantes"; et,
 - ii) la cible relative à la mortalité juvénile, infantile et maternelle doit être plus significative si on doit la considérer comme une "cible à laquelle on aspire vraiment".
- c) A la sous-section 2.2.3 (Assurer un accès équitable aux services de santé), on a pensé qu'on n'a pas mis suffisamment l'accent sur le problème du financement des soins de santé et qu'il faut y ajouter quelque chose pour tenir compte de ce point :
 - i) à la page 11, à la rubrique "il faut accorder la priorité à ", ajouter ce qui suit au dernier point :
 - "assurer des ressources adéquates et durables au financement des soins de santé de qualité";
 - ii) à la page 11, dans la rubrique "en coopération avec les pays, l'OMS devra", il faudra ajouter (v) ce qui suit :
 - soutenir des initiatives visant à concevoir des accords de financements des soins de santé viables, équitables et durables qui font participer les individus, les communautés, les employeurs, les gouvernements et les partenaires extérieurs du développement.
- d) A la sous-section 3.2, (Critères de sélection des domaines de participation de l'OMS), on a pensé qu'on devrait inclure "la perception des populations sur les problèmes de santé prioritaires et liés à la santé".
- e) On a pensé qu'on devrait mettre un accent particulier sur le rôle fondamental des femmes dans le développement et aussi sur le problème de la continuité de la formation des personnels de santé afin que des projets particuliers aient été achevés.
- f) Sur la description de la classification des programmes OMS pour le Neuvième Programme général de Travail", on pense que la classification suivante serait meilleure :
 1. Direction, Coordination et Gestion
 - 1.1 Organes directeurs
 - 1.2 Développement et direction d'ensemble des programmes

2. Politiques pour la santé pour tous
 - 2.1 Politiques mondiales de santé
 - 2.2 Développement sanitaire et socio-économique
 - 2.3 Surveillance et évaluation de la mise en oeuvre des politiques
 3. Développement des systèmes de santé
 - 3.1 Organisation et gestion des systèmes de santé
 - 3.2 Evaluation de la situation sanitaire et de ses tendances
 - 3.3 Ressources humaines pour la santé
 - 3.4 Technologies des soins de santé
 4. Protection et promotion de la santé
 - 4.1 Santé des individus
 - 4.2 Santé de la famille et des communautés
 - 4.3 Environnement et santé
 5. Lutte contre les maladies et les incapacités
 - 5.1 Maladies transmissibles
 - 5.2 Maladies non transmissibles
 - 5.3 Lutte contre les incapacités
 6. Vaincre les principaux obstacles à la santé pour tous
 - 6.1 Lutte contre le SIDA et les MST
 - 6.2 Financement des soins de santé de qualité
 - 6.3 Préparation et réponse aux situations d'urgence
 7. Recherche essentielle à l'appui de la santé
 - 7.1 Recherche sur les systèmes de santé
 - 7.2 Recherche en reproduction humaine
 - 7.3 Recherche dans les maladies tropicales
 8. Soutien à l'information pour la santé
 - 8.1 IEC - Information, Education et Communication
 - 8.2 HBI - Bibliographie et informations sanitaires
 - 8.3 ISS - Service d'appui à l'informatique.
 9. Soutien administratif pour la santé
 - 9.1 Personnel
 - 9.2 Administration générale et services
 - 9.3 Budget et finances
 - 9.4 Matériel et fournitures.
- g) En plus des classifications énumérées ci-dessus, les membres du Sous-Comité sont fortement d'avis que le développement et la santé des femmes, la santé bucco-dentaire, la santé mentale et les aspects légaux de la santé sont des sujets suffisamment importants pour être inclus en tant que sous-programmes dans la classification des programmes les plus appropriés figurant ci-dessus.

APPENDICE 1

LISTE DES PARTICIPANTS

ALGERIE

Dr Abdelkrim Ouchefoun
Directeur général de l'Institut national de Santé publique
4, Chemin El Bakr El Biar
Alger

ANGOLA

Dr Braz Dias Ferreira
Director nacional de Saúde Pública
Ministério da Saúde
Direcçao nacional de Saúde Pública
Luanda

BENIN

Dr G. Dossou
Directrice adjointe du Cabinet du Ministre de la Santé
B.P. 882
Cotonou

CAMEROUN

Dr R. Owona Essomba
Directeur de la Médecine préventive et rurale
Ministère de la Santé publique
Yaoundé

SIERRA LEONE

Dr G. Komba-Kono
Chief Medical Officer
Department of Health
Freetown

SWAZILAND

Dr J. Jabulani Mbhuti Mbambo
Director of Health Services
Ministry of Health
P.O Box 5
Mbabane

TOGO

Dr Vignon Devo
Conseiller technique
Ministère de la Santé et de la Population
B.P. 386
Lomé

Appendice 1

UGANDA

Dr E. G. N. Muzira
Permanent Secretary and
Director of Medical Services
Ministry of Health
P.O. Box 8
Entebbe

TANZANIE

Dr Romanus N. S. Mkerenga
Principal Medical Officer
Epidemiology/Communicable Disease Control
Ministry of Health
P.O. Box 9083
Dar es Salaam

ZAIRE

Dr J. P. Kabangu-Tambua
Directeur, Chef de Service de l'Epidémiologie, Grandes Endémies et
Médecine préventive
Ministère de la Santé publique
Kinshasa

ZAMBIE

Dr Golden Kanjoli Bolla
Deputy Director of Medical Services
Ministry of Health
P.O. Box 30205
Lusaka

ZIMBABWE

Dr R. Chatora
Secretary for Health and Child Welfare
P.O. Box 8204
Causeway
Harare

Appendice 1

SECRETARIAT

Dr G. L. Monekosso
Directeur régional

Dr D. Barakamfitye (DPM)
Directeur, Management du Programme, a.i.

Dr R. N. Bail (HSC)
Conseiller du Directeur régional

M. D. E. Miller (DSP)
Directeur, Programme du Soutien

Dr A. M. D'Almeida (PM1)
Chef de Programme, Appui aux Systèmes nationaux de Santé

Dr M. R. Boal (PM2)
Chef de Programme, Protection et Promotion de la Santé en général

Dr F. K. Wurapa (PM3)
Chef de Programme, Lutte contre la maladie, a.i.

Dr P. S. Fasan (PMS)
Chef de Programme SIDA

Dr A. Y. Angate (PME)
Chef de Programme, Financement de Santé

M. S. N. Ngalle Edimo (MGT)
Fonctionnaire régional, Management

Dr E. Lambo (HEC)
Fonctionnaire régional, Economie sanitaire

M. W. C. Chelemu (EDV)
Fonctionnaire régional, Médicaments et Vaccins essentiels

Dr I. Aleta (RPD)
Fonctionnaire régional, Recherche

Dr P. Eriki (CDB)
Fonctionnaire régional, Tuberculose et Lèpre

Dr El Hadi Benzerroug (CDM)
Fonctionnaire régional, Paludisme

Dr S. J. Thorpe (ORH)
Fonctionnaire régional, Santé bucco-dentaire

Dr A. Kabore (CDD)
Fonctionnaire régional, Maladies diarrhéiques

Appendice 1

Dr M. Koumare (CLR/TRM)
Fonctionnaire régional, Médecine traditionnelle

Dr Okwo-Bele (CDI)
Fonctionnaire régional, Programme élargi de Vaccination

M. P. Mukasa (BFO)
Administrateur, Budget et Finances

M. N. Essombe (ASO)
Administrateur, Services administratifs

APPENDICE 2

PROGRAMME DE TRAVAIL

1. Ouverture de la réunion du Sous-Comité du Programme
2. Election du Président, du Vice-Président et du Rapporteur
3. Adoption de l'ordre du jour
4. Examen du Budget Programme 1994-1995 (document AFR/RC42/2)
5. Rapport du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS) (document AFR/RC42/11)
6. Rapport final d'évaluation de la Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement dans la Région africaine (document AFR/RC42/12)
7. Programme régional de lutte antipaludique (Rapport de la conférence interrégionale sur la lutte antipaludique en Afrique, octobre 1991) (document AFR/RC42/13)
8. Programme régional de lutte contre la tuberculose et la lèpre : Progrès accomplis et perspectives pour les années 1990 (document AFR/RC42/14)
9. Programme élargi de vaccination : Progrès accomplis dans la mise en oeuvre de la stratégie d'élimination du tétanos néonatal et d'éradication de la poliomyélite (document AFR/RC42/15)
10. Lutte contre l'onchocercose dans la Région africaine : Rapport d'activité (document AFR/RC42/16)
11. Programme régional de lutte contre les maladies diarrhéiques : Rapport d'activité (document AFR/RC42/17)
12. Préparation et réponse aux situations d'urgence : Rapport d'activité (document AFR/RC42/18)
13. Médecine traditionnelle : Rapport d'activité (document AFR/RC42/19)
14. Neuvième Programme général de Travail (PGT.9) (document AFR/RC42/20)
15. Adoption du rapport et attribution des tâches pour la présentation du rapport du Sous-Comité du Programme au Comité régional (document AFR/RC42/21)
16. Clôture de la réunion.

RAPPORT DE LA REUNION DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME
TENUE LES 8 ET 9 SEPTEMBRE 1992

INTRODUCTION

1. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni les mardi 8 et mercredi 9 septembre 1992 à Brazzaville, au Congo, immédiatement après la quarante-deuxième session du Comité régional. La liste des participants figure à l'Appendice 1.
2. Le Sous-Comité a élu le Dr G. K. Bolla (Zambie), Vice-Président sortant comme Président, le Dr E. Kpizingui (République centrafricaine) comme Vice-Président et le Dr B. D. Ferreira (Angola) comme Rapporteur. Le Président a remercié les membres du Sous-Comité du Programme de la confiance qu'ils ont placée en son pays et en sa personne en l'élisant comme Président.
3. Le programme de travail a été adopté sans amendement (Appendice 2).

PARTICIPATION DES MEMBRES DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME AUX
REUNIONS PRESENTANT UN INTERET POUR LE PROGRAMME

4. Le Directeur du Programme de Soutien, a indiqué deux réunions présentant un intérêt pour le programme, auxquelles doivent assister les membres du Sous-Comité du Programme pendant le biennium 1992-1993. Le Sous-Comité a unanimement convenu qu'il était nécessaire que les membres participent à ces réunions, conformément au tableau suivant :

Tableau

REUNIONS PRESENTANT UN INTERET POUR LE PROGRAMME,
AUXQUELLES DOIVENT ASSISTER LES MEMBRES DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME
PENDANT LE BIENNIUM 1992-1993

Intitulé, lieu et date de la réunion	Objectif	Langues	Membres participants
1. Réunions sous-régionales du Programme : - Bamako - Bujumbura - Harare successivement/ simultanément en février 1993	Modalités du soutien technique et logistique à apporter aux Etats Membres dans le cadre de leurs efforts pour assurer les prestations des soins de santé primaires en faveur de leurs populations; AFROPOC et budget-programme du pays.	A/F/P	SR/I Bénin SR/II Burundi SR/III Zimbabwe
2. Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS) Brazzaville, juin 1993	Examiner les principaux problèmes de santé, par exemple la gestion, la formation, la recherche, la politique sanitaire.	A/F/P	Zambie

5. Le Sous-Comité du Programme a pris note du plan de remplacement des membres du Sous-Comité du Programme (voir Appendice 3).

6. Les membres ont aussi demandé des éclaircissements sur le rôle des réunions sous-régionales du programme. Il a été expliqué que, en tant que membres du Sous-Comité du Programme, les membres du Comité étaient les représentants du Comité régional au cours de ces réunions. Ils ont représenté les Organes directeurs au cours de telles réunions. On a fait remarquer que, conformément au mandat du Sous-Comité, les membres du Sous-Comité devaient participer aux réunions présentant un intérêt pour le programme.

7. On a donné des éclaircissements sur le fait que c'était les Etats Membres du Comité régional qui avaient nommé le Sous-Comité du Programme et, en cette qualité, il appartenait aux Etats Membres de proposer un représentant pour assister à ces réunions. Un Etat Membre peut changer son représentant au Sous-Comité. On n'admet qu'un seul représentant par pays dans le Sous-Comité.

DESIGNATION DU GAGNANT DU PRIX DU DR COMLAN A. A. QUENUM DE SANTE PUBLIQUE EN AFRIQUE

8. Le Sous-Comité du Programme a examiné le rapport du Comité de sélection du Prix du Dr Comlan A. A. Quenum de Santé publique en Afrique et, conformément aux statuts du prix, a désigné le Projet du Programme élargi de Vaccination (PEV) du Bénin pour le Prix du Dr Comlan A. A. Quenum de Santé publique en Afrique. Le Prix sera décerné au cours de l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 1993.

DATE ET LIEU DE LA PROCHAINE REUNION

9. Le Président a informé les membres du Sous-Comité que la date et le lieu de la prochaine réunion du Sous-Comité du Programme seront communiqués aux membres du Sous-Comité à l'avenir par le Secrétariat.

CLOTURE DE LA REUNION

10. Le Président a remercié les membres de leur soutien et des contributions très vivantes qu'ils ont apportés aux discussions. Il a exprimé l'espoir que ce Sous-Comité du Programme s'acquittera de ses tâches aussi bien que les Sous-Comités précédents, ou même mieux. Il a souhaité à tous les membres du Sous-Comité un agréable voyage de retour chez eux et a clôturé la réunion.

APPENDICE 1

LISTE DES PARTICIPANTS

ALGERIE

Dr Chakou Abdesselam
Directeur de la Prévention
Ministère de la Santé et de la Population
Alger

ANGOLA

Dr Dias Ferreira Braz
Director Nacional de Saúde Pública
Luanda

BENIN

Dr G. Dossou
Directrice adjointe de Cabinet du
Ministre de Santé
B.P. 882
Cotonou

BOTSWANA

Dr John K. M. Mulwa
Deputy Permanent/Director of Health Services
P/Bag 0038
Gaborone

BURKINA FASO

Dr L. Tapsoba
Directeur des Etudes et de la Planification
Ministère de la Santé
01 B.P. 7009
Ouagadougou

BURUNDI

Dr D. Nshimirimana
Inspecteur général de la Santé
Ministère de la Santé
B.P. 1820
Bujumbura

CAP-VERT *

* N'a pas pu participer.

Appendice 1

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Dr E. Kpizingui
Directeur des Etudes, Planification
et Statistiques
B.P. 883
Bangui

TCHAD

Pr Hassan Mahamat Hassan
Directeur général du Ministère de la Santé publique
et des Affaires sociales
B. P. 440
N'Djamena

TANZANIE

Dr Romanus N. S. Mkerenga
Principal Medical Officer (Epidemiology/Communicable
Diseases Control)
P.O. Box 9083
Dar-es-Salaam

ZAMBIE

Dr Golden Kanjoli Bolla
Deputy Director of Medical Services
P.O. Box 3025
Lusaka

ZIMBABWE

Dr Rufaro R. Chatora
Secretary for Health and Child Welfare
P.O. Box 8204
Causeway,
Harare

APPENDICE 2

PROGRAMME DE TRAVAIL

1. Ouverture de la réunion
2. Election du Président, du Vice-Président et du Rapporteur
3. Participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions présentant un intérêt pour le programme
4. Désignation du gagnant du Prix du Dr Comlan A. A. Quenum de Santé publique en Afrique
5. Date et lieu de la prochaine réunion
6. Clôture de la réunion.

APPENDICE 3

COMITE REGIONAL - QUARANTE DEUXIEME SESSION
ROTATION DES MEMBRES DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME

Pays	Année de sélection	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				
Swaziland			1991/92				
Togo			1991/92				
Ouganda			1991/92				
République Unie de Tanzanie				1992/93			
Zaire			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 a débuté en 1992.

** En 1979, lorsque la première liste a été établie, le Cameroun y figurait sous la dénomination "United 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,

RAPPORT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES

La recherche essentielle en santé pour
le développement sanitaire national

INTRODUCTION

1. Les discussions techniques de la quarante-deuxième session du Comité régional ont eu lieu le 7 septembre 1992. Le thème était : "La recherche essentielle en santé pour le développement sanitaire national".

2. Le Président des discussions techniques était le Professeur Francis Nkrumah, assisté de trois Rapporteurs élus par le Comité régional : M. J. L. Chomera pour le groupe trilingue (Anglais, Français, Portugais), Dr E. G. Muzira pour le groupe Anglophone et le Professeur Pierre Guissou pour le groupe Francophone.

3. Les groupes de travail ont examiné quatre questions à la lumière des documents de travail suivants : AFR/RC42/TD/1 Rév.1, AFR/RC42/TD/2 et AFR/RC42/TD/INF.DOC/4, qui leur avaient été distribués. Ils ont particulièrement eu à analyser les problèmes fondamentaux se rapportant :

- aux obstacles à la recherche dans le domaine du développement sanitaire national;
- à la recherche essentielle en santé;
- aux ressources pour la recherche essentielle en santé;
- à l'utilisation des résultats la recherche essentielle en santé.

OBSTACLES A LA RECHERCHE DANS LE DOMAINE DU DEVELOPPEMENT SANITAIRE NATIONAL

4. Dans la plupart des pays en développement et particulièrement dans la Région africaine, la recherche en tant que outil de gestion dans l'accélération du développement sanitaire national a été négligée. Les principaux facteurs suivants ont été relevés comme étant les principaux obstacles à la recherche en santé en général :

- i) absence d'une politique nationale et d'un plan directeur pour la recherche en santé au niveau national;
- ii) accès limité aux données de la recherche et à l'information dans le pays;
- iii) allocation insuffisante de ressources financières et humaines et d'infrastructures physiques au niveau national;
- iv) mauvaise coordination dans le domaine de la recherche en santé et faible collaboration entre les institutions de recherche et de formation et le Ministère de la Santé;
- v) le programme de recherche ne vise pas toujours à résoudre les problèmes immédiats de santé;
- vi) les projets de recherche financés par l'extérieur ne sont pas toujours en accord avec les priorités de la recherche en santé au niveau national.

IDENTIFICATION DES DOMAINES DE LA RECHERCHE ESSENTIELLE EN SANTE

5. La sélection des thèmes de recherche en santé devrait être l'une des fonctions des établissements de santé qui supervisent le développement sanitaire aux niveaux central, intermédiaire et de district dans un pays.

6. Les thèmes et problèmes de recherche identifiés pour servir de cadre aux pays dans la détermination des priorités spécifiques sont cités en Appendice.

RESSOURCES POUR LA RECHERCHE ESSENTIELLE EN SANTE

7. Une masse critique de chercheurs bien formés et bien motivés est nécessaire pour soutenir les activités viables de recherche essentielle en santé au niveau national.

8. L'utilisation des résultats de la recherche est tout aussi important que la conduite de la recherche elle-même.

9. Moins de 50 % du budget de la recherche en santé de la Région sont affectés exclusivement à la recherche en santé. Cependant, les installations et équipements de recherche coûtent chers. Plus le concept de recherche s'éloigne de la recherche fondamentale pour se rapprocher de la recherche opérationnelle et de la recherche essentielle en santé, moins les questions financières et de disponibilité de matériels sophistiqués sont importants.

10. Il est nécessaire de renforcer la gestion de la recherche.

UTILISATION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE ESSENTIELLE EN SANTE

11. On constate une certaine inertie chez les responsables des systèmes de santé quant à l'utilisation de l'information obtenue grâce à la recherche pour évaluer les options et sélectionner les stratégies en vue de résoudre les problèmes. Il est nécessaire de changer cette attitude.

12. Une utilisation optimale des résultats de la recherche devrait être assurée à tous les niveaux :

Niveau central

- i) une collaboration active entre les directeurs de la santé, les décideurs politiques en matière de santé, les responsables sanitaires et les communautés, et un dialogue continu entre eux est nécessaire au cours des différentes phases d'identification du thème de recherche pour la production des résultats finals de la recherche;
- ii) il devrait exister une banque de données adéquate qui permettra de faciliter la diffusion et l'échange d'information;
- iii) une dotation budgétaire adéquate au niveau national est également un préalable;
- iv) les bénéficiaires des résultats de la recherche et les personnes chargées de la mise en oeuvre des résultats de la recherche doivent être impliqués dans toutes les étapes de la recherche, en particulier pour l'évaluation des besoins et l'identification des priorités.

Niveau intermédiaire

- les rapports sur la recherche devraient être diffusés.

Niveau du district :

- nos priorités en matière de recherche sanitaire au niveau du district devraient être redéfinies en tenant compte des besoins en santé tels que identifiés par le district et la communauté.

13. Le sujet de la recherche devrait être lié aux problèmes qui se posent à ces niveaux, particulièrement dans les programmes de gestion. Il a été souligné que les nouveaux mécanismes de diffusion des résultats devraient être adoptés, notamment la rétroaction, en se servant des réunions du personnel de santé du district et des unités d'encadrement.

IL EST TEMPS DE CHANGER

14. En conclusion, pour que la recherche en santé puisse contribuer à la promotion du développement sanitaire dans la Région, il faudra des changements dans la perception et les attitudes des principaux acteurs, à savoir : les directeurs de la santé, les dispensateurs des soins de santé, les chercheurs, les hommes de sciences et les structures organisationnelles pertinentes ainsi que les processus.

i) Les décideurs politiques, responsables des niveaux intermédiaires et les dispensateurs de soins de santé doivent :

- accepter que la recherche essentielle en santé peut fournir des informations pour la prise des décisions;
- acquérir des compétences pour saisir les situations où la recherche essentielle en santé pourrait être utile;
- analyser systématiquement les problèmes pour déterminer le type d'informations nécessaires;
- évaluer les résultats de la recherche et en tenir compte dans la prise des décisions.

ii) Les chercheurs en santé et dans les domaines liés à la santé doivent :

- accepter le concept de "Recherche pour appuyer le développement sanitaire" et identifier leur propre rôle dans l'application de ce concept;
- être familiers avec les problèmes sanitaires préoccupants;
- avoir des compétences techniques pour analyser les problèmes du point de vue des systèmes de santé;
- être compétents pour travailler dans des équipes multidisciplinaires;
- être en mesure de communiquer les résultats aux gestionnaires opérationnels ainsi qu'à la communauté scientifique;
- promouvoir le développement des ressources humaines et le renforcement des capacités.

APPENDICE

DOMAINES PRIORITAIRES POUR LA RECHERCHE ESSENTIELLE EN SANTE

1. Le groupe a confirmé l'importance des domaines prioritaires pour la recherche essentielle en santé qui avaient été identifiés pour la Région :

- i) Gestion des systèmes de santé.
- ii) Transfert des technologies appropriées.
- iii) Amélioration de la mise en oeuvre des programmes prioritaires de la Région :
 - a) lutte contre la maladie y compris le SIDA;
 - b) santé maternelle et infantile y compris la planification familiale;
 - c) approvisionnement public en eau et assainissement.
- vi) Systèmes de financement de la santé.

2. Thèmes de recherche proposés dans chaque domaine prioritaire :

- i) Amélioration de la gestion des systèmes de santé :
 - Développement des ressources humaines pour la santé y compris leur distribution et leur utilisation à tous les niveaux; identification et développement des éléments essentiels pour le profil d'un "directeur des sciences de la santé"; formation à la capacité gestionnaire et à la résolution des problèmes en vue de produire des directeurs efficaces aux niveaux central, intermédiaire et de district; évaluation de l'efficacité des approches existantes en matière de formation en gestion.
 - Gestion du personnel : y compris les critères de sélection pour le personnel à former; avantages accordés aux agents de santé.
 - Gestion financière : coût des services de santé et efficacité; utilisation des installations et couverture.
 - Service de santé y compris les attitudes des agents de santé à l'égard des communautés; relations entre les ONG et les communautés; information et communication dans les systèmes de santé.
 - Systèmes traditionnels de soins de santé.

Appendice

ii) Transfert des technologies appropriées :

- Obstacles au transfert des technologies dans la médecine traditionnelle.
- Utilisation de l'énergie solaire.
- Conservation des aliments et sécurité alimentaire.
- Utilisation de la radio et d'autres systèmes de communication y compris les systèmes traditionnels.
- Collecte, stockage et utilisation des données.
- Utilisation d'une technologie durable.

iii) Lutte contre la maladie :

Systèmes d'information : collecte des données sur l'incidence des maladies; surveillance des maladies.

Communauté : connaissances, attitudes et pratiques en matière de santé; participation à la détermination des priorités et dans la lutte contre la maladie; mécanismes utilisés par la communauté pour le diagnostic :

- formation des agents de santé dans la lutte contre la maladie;
- préparation aux situations d'urgence;
- santé mentale.

iv) Financement des soins de santé :

- participation communautaire au financement de soins de santé;
- autres sources de financement de soins de santé, y compris l'assurance-maladie;
- évaluation de l'Initiative de Bamako;
- utilisation du rapport coût/efficacité des ONG dans les systèmes de santé;
- base de répartition des fonds pour la santé;
- moyens pour faire en sorte que les décideurs puissent allouer plus de fonds pour le développement sanitaire.

ORDRE DU JOUR PROVISOIRE DE LA QUARANTE-TROISIEME SESSION
DU COMITE REGIONAL

1. Ouverture de la quarante-troisième 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. Nomination du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
6. Activités de l'OMS dans la Région africaine
 - 6.1 Rapport biennal du Directeur régional
 - 6.2 Assainissement de l'environnement : Analyse de la tendance
 - 6.3 Rapport d'activités sur la lutte contre le SIDA dans la Région africaine
 - 6.4 Maladies cardio-vasculaires en Afrique : Examen de la situation
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-onzième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Septième Assemblée mondiale de la Santé : Incidences régionales
 - 7.3 Méthodes de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé
8. Examen du rapport du Sous-Comité du Programme
 - 8.1 Elargir le rôle du personnel de soins infirmiers/obstétricaux en matière de surveillance épidémiologique des maladies - Rapport d'activités (résolution AFR/RC38/R15)
 - 8.2 Rapport du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS)
 - 8.3 Rapport sur le Prix du Dr Comlan A. A. Quenum
 - 8.4 Rapport sur la réponse de l'OMS aux changements mondiaux
 - 8.5 Production locale de médicaments essentiels dans les pays de la Région africaine : Rapport d'activités (résolution AFR/RC38/R19)
 - 8.6 Santé des travailleurs : Analyse de la situation

-
- 8.7 Renforcement de l'appui informationnel à la gestion des systèmes nationaux de santé dans les Etats Membres : Rapport du Directeur régional
 - 8.8 Santé mentale, la santé et le comportement humain
 - 8.9 Surveillance épidémiologique des maladies transmissibles
 9. Discussions techniques : Développement de l'infrastructure sanitaire
 - 9.1 Présentation du rapport des discussions techniques
 - 9.2 Nomination du Président et du Président suppléant des discussions techniques pour 1994
 - 9.3 Choix du sujet des discussions techniques pour 1994
 10. Dates et lieux de la quarante-cinquième et de la quarante-sixième sessions du Comité régional en 1995 et en 1996
 11. Adoption du rapport du Comité régional
 12. Clôture de la quarante-troisième session.

LISTE DES DOCUMENTS

- AFR/RC42/INF/01 - Cérémonie d'ouverture de la quarante-deuxième session
- AFR/RC42/1 - Ordre du jour provisoire
- AFR/RC42/2 et
AFR/RC4/2 Corr.1 - Projet de Budget Programme 1994-1995
- AFR/RC42/3 et
AFR/RC42/3 Add.1 - Activités de l'OMS dans la Région africaine en 1991 : Rapport succinct du Directeur régional
- AFR/RC42/4 - Les épidémies dans la Région africaine
- AFR/RC42/5 Rév.1 - Stratégie mondiale de lutte contre le SIDA : Situation du SIDA dans la Région africaine
- AFR/RC42/6 - Réorientation et restructuration des hôpitaux fondées sur les soins de santé primaires en Afrique
- AFR/RC42/7 et
AFR/RC42/7 Add.1 - Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif
- AFR/RC42/8 et
AFR/RC42/8 Corr.2 - Ordres du jour de la quatre-vingt-onzième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé
- AFR/RC42/9 - Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé
- AFR/RC42/10 - Répartition par pays des fonctions exercées au cours des Comités régionaux précédents
- AFR/RC42/11 - Rapport du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS)
- AFR/RC42/12 - Rapport final d'évaluation de la Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement (1981-1990) dans la Région africaine
- AFR/RC42/13 et
AFR/RC42/13 Corr.1 - Programme régional de lutte antipaludique : Progrès accomplis et perspectives pour les années 1990
- AFR/RC42/14 et
AFR/RC42/14 Corr.1 - Programme régional de lutte contre la tuberculose et la lèpre : Analyse des progrès réalisés et perspectives pour les années 1990

-
- AFR/RC42/15 - Programme élargi de vaccination : Progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies régionales pour l'élimination du tétanos néonatal et l'éradication de la poliomyélite
 - AFR/RC42/16 - Lutte contre l'onchocercose dans la Région africaine de l'OMS : Rapport d'activités
 - AFR/RC42/17 - Examen du programme de lutte contre les maladies diarrhéiques dans la Région africaine (1988-1991)
 - AFR/RC42/18 - Préparation et réponse aux situations d'urgence en Afrique (EPR)
 - AFR/RC42/19 - Examen du programme de médecine traditionnelle (TRM)
 - AFR/RC42/20 - Neuvième Programme général de Travail (PGT.9)
 - AFR/RC42/21 - Rapport du Sous-Comité du Programme
 - AFR/RC42/22 - Rapport des Discussions techniques
 - AFR/RC42/23 - Désignation du Président et du Président suppléant des discussions techniques
 - AFR/RC42/24 - Choix du sujet des discussions techniques pour 1993 (document non publié)
 - AFR/RC42/25 Rév.1 - Dates et lieux de la quarante-troisième et de la quarante-quatrième sessions du Comité régional
 - AFR/RC42/26 - Projet de rapport du Comité régional
 - AFR/RC42/27 - Liste provisoire des participants
 - AFR/RC42/28 - Ordre du jour provisoire du Sous-Comité du Programme
 - AFR/RC42/29 - Réunion de programmation-budgétisation entre les fonctionnaires du Bureau régional et les Représentants de l'OMS/Pays
 - AFR/RC42/TD/1 Rév.1 - Discussions techniques : Cadre pour la recherche essentielle en santé (EHR) dans la Région africaine
 - AFR/RC42/TD/2 et
AFR/RC42/TD/2 Corr.1 - Guide pour les discussions techniques
 - AFR/RC42/INF.DOC/1 - Programme de financement des soins de santé (HECAFIP)

- AFR/RC42/INF.DOC/2 - Promotion de la santé dans l'environnement urbain
- AFR/RC42/INF.DOC/3 - La Conférence internationale sur la Nutrition
- AFR/RC42/TD/INF.DOC/4 - Analyse de la situation sur la recherche en santé dans la Région africaine
- AFR/RC42/INF.DOC/5 - Stratégies de lutte contre le paludisme dans la Région africaine et étapes pour leur mise en oeuvre
- AFR/RC42/INF.DOC/6 - Préparation du Neuvième Programme général de Travail : Options générales
- AFR/RC42/INF.DOC/7 - Vers une coopération plus efficace pour la mise en oeuvre de la coopération avec les pays confrontés à de graves difficultés économiques dans la Région africaine de l'OMS
- AFR/RC42/INF.DOC/8 - Fonds Spécial de la Santé pour l'Afrique (FSSA)
- AFR/RC42/INF.DOC/9 - Réunion du Comité ad hoc sur la réponse de l'OMS aux changements mondiaux
- AFR/RC42/INF.DOC/10 - L'Afrique avance
- AFR/RC42/CONF.DOC/1 - Allocution d'ouverture du Docteur N. Ngendabanyikwa, Ministre de la Santé publique du Burundi, Président de la quarante et unième session du Comité régional de l'Afrique
- AFR/RC42/CONF.DOC/2 - Allocution du Dr G. L. Monekosso, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique
- AFR/RC42/CONF.DOC/3 - Allocution de M. Jimmy Carter, Ancien Président des Etats-Unis d'Amérique
- AFR/RC42/CONF.DOC/4 - Allocution de M. Pascal Gayama, Secrétaire général adjoint de l'OUA
- AFR/RC42/CONF.DOC/5 - Allocution du Professeur Pascal Lissouba, Président de la République du Congo
- AFR/RC42/CONF.DOC/6 - Allocution du Dr Hiroshi Nakajima, Directeur général, Organisation mondiale de la Santé
- AFR/RC42/CONF.DOC/7 - Allocution de M. Cole P. Dogbe, Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique orientale et australe
- AFR/RC42/CONF.DOC/8 - Allocution de Monsieur Stanislas S. Adotevi, Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique occidentale et centrale.
- AFR/RC42/WP/1 - Rapport du Sous-Comité des Désignations