

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

***QUARANTE-CINQUIEME SESSION
DU COMITE REGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE
TENUE A LIBREVILLE
REPUBLIQUE GABONAISE
DU 6 AU 13 SEPTEMBRE 1995***

RAPPORT FINAL

**BRAZZAVILLE
Octobre 1995**

(c)

Bureau régional de l'Afrique
de l'Organisation mondiale de la Santé
1995

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection prévue par les dispositions du Protocole No. 2 de la Convention universelle pour la Protection du Droit d'Auteur. Tous les droits réservés.

Les désignations utilisées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

Le fait de mentionner les produits de compagnies spécifiques ou de certains fabricants ne signifie pas qu'ils sont approuvés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé de préférence à d'autres produits de nature analogue qui ne sont pas mentionnés. A l'exception des erreurs et des omissions, les noms des produits brevetés sont signalés par des majuscules au début du mot.

Imprimé au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique

SOMMAIRE

PARTIE I

DECISIONS DE PROCEDURE	Page
Décision 1 : Composition du Sous-Comité des Désignations	1
Décision 2 : Election du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs	1
Décision 3 : Composition du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs	1
Décision 4 : Pouvoirs	2
Décision 5 : Membres habilités à désigner des personnes devant siéger au Sous-Comité du Programme	2
Décision 6 : Choix du sujet des Discussions techniques pour 1996	2
Décision 7 : Nomination du Président et du Président suppléant des Discussions techniques pour 1996	2
Décision 8 : Ordre du jour de la quarante-sixième session du Comité régional de l'Afrique	2
Décision 9 : Ordres du jour de la quatre-vingt-dix-septième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé : Incidences régionales	3
Décision 10 : Méthode du travail et durée de la Quarante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé	3
Décision 11 : Dates et lieux des quarante-sixième et quarante-septième sessions du Comité régional	4
Décision 12 : Désignation du représentant de la Région au Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine (HRP) : Comité d'orientation et de coordination (PCC)	4
Décision 13 : 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

RESOLUTIONS**Page**

AFR/RC45/R1	VIH/SIDA/MST : Prévention et lutte dans la Région africaine	5
AFR/RC45/R2	Critères et formules pour la détermination du crédit budgétaire alloué à chaque pays	7
AFR/RC45/R3	Stratégies pour améliorer la qualité des soins dans les institutions de soins de santé de la Région africaine de l’OMS	7
AFR/RC45/R4	Programme régional de lutte contre le paludisme	8
AFR/RC45/R5	Programme élargi de vaccination : Objectifs de la lutte contre la maladie - Le compte à rebours a commencé	10
AFR/RC45/R6	Prévention de l’invalidité et réadaptation : Analyse de la situation régionale et tendances futures	11
AFR/RC45/R7	Santé des jeunes et des adolescents : Rapport de situation et analyse des tendances	12
AFR/RC45/R8	Eradication de la dracunculose	13
AFR/RC45/R9	Mise en application des stratégies de la santé pour tous	14
AFR/RC45/R10	Motion de remerciements	15

PARTIE II

	<i>Paragraphes</i>
OUVERTURE DE LA REUNION	1 - 37
DEROULEMENT DES TRAVAUX	38 - 44
ACTIVITE DE L'OMS DANS LA REGION AFRICAINE : RAPPORT BIENNAL DU DIRECTEUR REGIONAL POUR LA PERIODE 1993-1994 (documents AFR/45/3 et AFR/45/3 Add. 1)	45 - 121
Présentation	45 - 85
Science et technologie de la santé appliquées à la lutte contre la maladie	54 - 61
Appui à la protection et à la promotion de la santé en général	62 - 65
Appui aux systèmes nationaux de santé	66 - 74
Appui à l'information sanitaire	75 - 83
Programme de soutien	84 - 85
Discussion	86 - 121
Appui aux systèmes nationaux de santé	87 - 93
Appui à la protection et à la promotion de la santé en général	94 - 98
Science et technologie de la santé publique appliquées à la lutte contre la maladie	99 - 115
Programme de soutien	116 - 121
LUTTE CONTRE LE SIDA DANS LA REGION AFRICAINE : RAPPORT D'ACTIVITE (document AFR/RC45/5)	122 - 148
LE TABAC OU LA SANTE DANS LA REGION AFRICAINE (document AFR/RC45/6)	149 - 162

CORRELATION ENTRE LES TRAVAUX DU COMITE REGIONAL, DU CONSEIL EXECUTIF ET DE L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE	163 - 182
Modalités de la mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif (document AFR/RC45/7)	164 - 172
Ordres du jour de la quatre-vingt-dix-septième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé : Incidences régionales (document AFR/RC45/7)	173 - 175
Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC45/9)	176 - 182
Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC45/9)	176 - 182
ACTIVITE DE L'OMS DANS LA REGION AFRICAINE : EXAMEN DU RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME (document AFR/RC45/10)	183 - 248
Programme régional de lutte antipaludique : Rapport de situation (document AFR/RC45/11)	184 - 195
Programme élargi de vaccination : Progrès réalisés pour parvenir à l'éradication de la poliomyélite, à l'élimination du tétanos néonatal et à la maîtrise de la rougeole (document AFR/RC45/12)	196 - 208
Progrès réalisés dans l'éradication de la dracunculose dans la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC45/13)	209 - 216
Santé des jeunes et des adolescents : Rapport de situation et analyse des tendances (document AFR/RC45/14)	217 - 224
Prévention de l'invalidité et réadaptation : Analyse de la situation régionale et tendances futures (document AFR/RC45/15)	225 - 233
Stratégies pour améliorer la qualité des soins dans les institutions de soins de santé de la Région africaine (document AFR/RC45/16 Rév.1)	234 - 239
Critères et formules pour la détermination du crédit budgétaire alloué à chaque pays (document AFR/RC45/2)	240 - 248

DISCUSSIONS TECHNIQUES (documents AFR/RC45/TD/1, AFR/RC45/17, AFR/RC45/18, AFR/RC45/19)	249 - 253
Présentation du rapport des Discussions techniques (document AFR/RC45/17)	249 - 251
Désignation du Président et du Président suppléant des Discussions techniques de 1996 (document AFR/RC45/18)	252
Choix du sujet des Discussions techniques de 1996 (document AFR/RC45/19)	253
DATES ET LIEUX DE LA QUARANTE-SIXIEME ET DE LA QUARANTE- SEPTIEME SESSIONS DU COMITE REGIONAL EN 1996 ET 1997 (document AFR/RC45/20)	254 - 255
ADOPTION DU RAPPORT DU COMITE REGIONAL (document AFR/RC45/21)	256
CLOTURE DE LA QUARANTE-CINQUIEME SESSION DU COMITE REGIONAL	257 - 268

PARTIE III

ANNEXES

	<i>Page</i>
1. Ordre du jour	47
2. Liste des participants	49
3. Discours de Monsieur Christophe Dabiré, Ministre de la Santé du Burkina Faso, Président de la quarante-quatrième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique	69
4. Discours prononcé par le Dr Ebrahim M. Samba, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, à l'ouverture de la quarante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique	71
5. Allocution prononcée par le Professeur Olikoye Ransome-Kuti, Président du Groupe "Pour une meilleure santé en Afrique", Banque mondiale	76
6. Allocution d'ouverture prononcée par Son Excellence Monsieur Paulin Obam Nguema, Premier Ministre gabonais	80
7. Déclaration du Docteur Hiroshi Nakajima, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé	82
8. Allocution prononcée par Son Excellence M. Pascal Gayama, Secrétaire général adjoint de l'Organisation de l'Unité africaine	87
9. Discours de Mme Torild Skard, Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre	91
10. Message du Dr Peter Piot, Directeur exécutif du Programme coparrainé des Nations Unies sur le VIH et le SIDA, prononcé par le Dr Dev Ray, Conseiller, OMS/Siège, Genève	94
11. Allocution de clôture de Son Excellence El Hadj Omar Bongo, Président de la République gabonaise, Chef de l'Etat	97

	<i>Page</i>
12. Rapport du Sous-Comité du Programme	100
13. Rapport de la réunion du Sous-Comité du Programme tenue le 13 septembre 1994	115
14. Rapport des Discussions techniques	119
15. Projet d'ordre du jour provisoire de la quarante-sixième session du Comité régional	123
16. Liste des documents	125

PARTIE I

DECISIONS DE PROCEDURE

ET

RESOLUTIONS

DECISIONS DE PROCEDURE**Décision 1 : Composition du Sous-Comité des Désignations**

Le Comité régional a nommé un Sous-Comité des Désignations composé de représentants des 12 Etats Membres suivants : Angola, Bénin, Botswana, Cameroun, Erythrée, Libéria, Madagascar, Mali, Mozambique, Sao Tomé et Principe, Sénégal, Swaziland.

Le Sous-Comité a élu le Dr Marthinho Sanches Epalanga, Ministre de la Santé de l'Angola, comme Président.

Deuxième séance, 6 septembre 1995

Décision 2 : Election du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs

Après avoir examiné le rapport du Sous-Comité des Désignations (document AFR/RC45/WP/01) et conformément à l'Article 10 du Règlement intérieur et à la résolution AFR/RC41/R1, le Comité régional a élu à l'unanimité le bureau suivant :

- Président** : Dr S. Mba Bekale
Ministre de la Santé du Gabon
- 1er Vice Président** : Dr J. Phaahla
Chef de Délégation de l'Afrique du Sud
- 2ème Vice-Président** : Dr O. Bangoura
Chef de Délégation de la Guinée
- Rapporteurs** : Dr P. Kilima
Chef de Délégation de la République Unie
de Tanzanie
- M. Bopenda Bo-Nkumu
Chef de Délégation du Zaïre
- Dr Fernando Da Silveira
Ministre de la Santé de Sao Tomé et Principe.

Troisième séance, 6 septembre 1995

Décision 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 : Burkina Faso, Burundi, Cap-Vert, Tchad, Mauritanie, Maurice, Namibie, Niger, Rwanda, Seychelles, Sierra Leone et Afrique du Sud.

Le Sous-Comité a élu le Dr Tahirou Niandou, Secrétaire général adjoint du Ministère de la Santé du Niger comme Président.

Quatrième séance, 7 septembre 1995

Décision 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, République centrafricaine, Tchad, Congo, Côte d'Ivoire, Guinée équatoriale, Erythrée, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Niger, Nigéria, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Seychelles, Sierra Leone, Afrique du Sud, Swaziland, Togo, République Unie de Tanzanie, Zaïre, Zambie, Zimbabwe.

Neuvième séance, 12 septembre 1995

Décision 5 : Membres habilités à désigner des personnes devant siéger au Sous-Comité du Programme

Le mandat des pays suivants viendra à expiration à la clôture de la quarante-cinquième session du Comité régional : Comores, Congo, Guinée équatoriale, Ethiopie, Gabon et Gambie. Comme d'habitude, suivant l'ordre alphabétique anglais, ils seront remplacés par les pays suivants : Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie et Maurice.

Huitième séance, 11 septembre 1995

Décision 6 : Choix du sujet des Discussions techniques pour 1996

Le Comité régional a approuvé le thème suivant pour les Discussions techniques de la quarante-sixième session du Comité régional de l'Afrique en 1996 : "Intégrer les fonctions de surveillance et d'évaluation dans les programmes nationaux de développement sanitaire".

Neuvième séance, 12 septembre 1995

Décision 7 : Nomination du Président et du Président suppléant des Discussions techniques pour 1996

Le Comité régional a nommé le Professeur R. E. Tshibassu Mubiay comme Président et le Dr Olive Shishana comme Président suppléant des Discussions techniques de la quarante-sixième session du Comité régional de l'Afrique en 1996.

Neuvième séance, 12 septembre 1995

Décision 8 : Ordre du jour de la quarante-sixième session du Comité régional de l'Afrique

Le Comité régional a approuvé l'ordre du jour provisoire de la quarante-sixième session du Comité régional (Annexe 3 du document AFR/RC45/8).

Neuvième séance, 12 septembre 1995

Décision 9 : Ordres du jour de la quatre-vingt-dix-septième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé : Incidences régionales

Le Comité régional a pris note des ordres du jour provisoire de la quatre-vingt-dix-septième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé ainsi que de leur corrélation avec l'ordre du jour provisoire de la quarante-sixième session du Comité régional.

Neuvième séance, 12 septembre 1995

Décision 10 : Méthode de travail et durée de la Quarante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé***Président de l'Assemblée mondiale de la Santé***

10.1 En mai 1994, la Région africaine a désigné le Président de la quarante-troisième session du Comité régional de l'Afrique au poste de Président de la Quarante-Septième Assemblée mondiale de la Santé. Le cycle recommencera pour la Région africaine en l'an 2000.

Principales Commissions de l'Assemblée mondiale de la Santé

10.2 Le Directeur général, en consultation avec le Directeur régional examinera, en cas de besoin avant chaque Assemblée mondiale de la Santé, les délégués des Etats Membres de la Région africaine qui pourraient assumer efficacement les fonctions de :

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

Réunions quotidiennes des délégations africaines à l'Assemblée mondiale de la Santé

10.3 Les délégations africaines à la Quarante-Septième et Quarante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé ont jugé utile de se rencontrer quotidiennement pour procéder à un échange de vues sur les travaux en cours et se consulter sur la position à prendre dans les débats prévus en séance plénière et en commissions. Il est proposé que cette pratique soit maintenue et que les délégations africaines se rencontrent chaque jour à 8h00 au Palais des Nations dans une salle qui sera indiquée dans le Bulletin quotidien des Annonces de l'Assemblée.

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

10.4 En suivant l'ordre alphabétique anglais, comme d'habitude, l'Algérie et le Zimbabwe ont désigné les personnes devant faire partie du Conseil exécutif à partir de la quatre-vingt-seizième session du Conseil exécutif, immédiatement après la Quarante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé. Ces délégués se joindront à ceux de la Tanzanie, du Togo, de l'Ouganda et du Zaïre et de la Zambie.

10.5 Le mandat de la Tanzanie, du Togo, de l'Ouganda et du Zaïre expirera à la clôture de la Quarante-Neuvième session de l'Assemblée mondiale de la Santé. Ils seront remplacés par l'Angola, le Bénin, le Botswana et le Burkina Faso qui siégeront à la quatre-vingt-dix-septième session du Conseil exécutif.

Réunion informelle du Comité régional

- 10.6 Cette réunion se tiendra sur convocation du Directeur régional le lundi 20 mai 1996 à 8 heures au Palais des Nations, à Genève, pour confirmer les décisions prises par le Comité régional à sa quarante-cinquième session.

Neuvième séance, 12 septembre 1995

Décision 11 : Dates et lieux des quarante-sixième et quarante-septième sessions du Comité régional

Le Comité régional a décidé de tenir sa quarante-sixième session à Brazzaville, en septembre 1996 où le budget programme 1998-1999 sera discuté convenablement.

Le Comité a également décidé de tenir sa quarante-septième session à Brazzaville en 1997, à moins qu'un pays n'invite le Comité régional et supporte les frais supplémentaires qu'entraîne l'organisation de la session du Comité régional hors du siège régional.

Huitième séance, 11 septembre 1995

Décision 12 : Désignation du représentant de la Région au Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine (HRP) : Comité d'orientation et de coordination

Le mandat de l'Ouganda expirera le 31 décembre 1995, et en suivant l'ordre alphabétique anglais, le Comité régional a désigné le Zimbabwe à remplacer l'Ouganda. Le mandat du Zimbabwe commencera en janvier 1996.

Neuvième séance, 12 septembre 1995

Décision 13 : 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 l'Algérie expirera le 31 décembre 1995 et, en suivant l'ordre alphabétique anglais, le Comité régional a désigné le Bénin comme nouveau membre et rejoindra l'Angola 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 du Bénin commencera en janvier 1996.

Le Comité régional remercie sincèrement le Gouvernement de l'Algérie pour sa contribution à cet important programme.

Neuvième séance, 12 septembre 1995

RESOLUTIONS**AFR/RC45/R1 : VIH/SIDA/MST : Prévention et lutte dans la Région africaine¹**

Le Comité régional,

Reconnaissant que l'infection à VIH, le SIDA et les MST restent l'un des principaux problèmes de santé publique en Afrique;

Notant avec préoccupation que la modification de la structure gestionnaire du programme de lutte contre le VIH/SIDA et les MST au niveau mondial risque de perturber les activités de lutte contre le SIDA au niveau régional et au niveau des pays;

Préoccupé par le fait qu'alors même que l'épidémie a tendance à s'étendre, le financement actuel de l'appui technique aux pays est en train de prendre fin;

Inquiet de l'absence d'informations claires sur le fonctionnement du programme coparrainé des Nations Unies sur le VIH et le SIDA et préoccupé par le fait qu'en dépit du mandat de l'OMS qui fait d'elle l'autorité directrice pour la coopération technique et la coordination en matière de santé au plan international, le rôle des bureaux régionaux et des bureaux de pays vis-à-vis du programme coparrainé des Nations Unies n'est pas encore bien compris;

Constatant que chaque institution qui coparraine le programme des Nations Unies continuera à s'acquitter du mandat qui est le sien;

Ayant examiné le rapport du Directeur régional faisant l'objet du document AFR/RC45/5, qui expose la situation actuelle du SIDA dans la Région africaine et les efforts déployés par les Etats Membres pour combattre l'épidémie;

1. **REAFFIRME** qu'en ce qui concerne la Région africaine, l'OMS continuera à assurer le rôle directeur au plan technique pour les questions de santé liées à la lutte contre le VIH, le SIDA et les MST au niveau des pays, avec le plein appui du Bureau régional;

2. **INVITE INSTAMMENT** les Etats Membres :

- i) à renforcer les mécanismes nationaux de coordination des activités de lutte contre le VIH, le SIDA et les MST, notamment entre le système des Nations Unies, les organismes bilatéraux, les ONG et le secteur privé;
- ii) à veiller à ce que des crédits soient prévus dans les budgets nationaux pour les activités de lutte contre le VIH, le SIDA et les MST non seulement dans le secteur de la santé, mais aussi dans les autres secteurs, en raison des dimensions multisectorielles du problème;
- iii) à veiller à ce que les représentants des pays africains au sein du système des Nations Unies assurent la promotion de la stratégie de lutte contre le VIH, le SIDA et les MST, comme l'ont recommandé le Sommet des Chefs d'Etat de l'OUA, notamment dans la résolution sur la "Lutte contre l'épidémie de SIDA en Afrique : Réalisations et défis [CAMH/Res.3(V)], et le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique;

¹ RC45 document AFR/RC45/5.

3. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres de la Région africaine siégeant au Conseil de coordination du programme coparrainé des Nations Unies, à faire état des préoccupations exprimées à la quarante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique quant à l'importance du maintien d'une assistance technique ininterrompue au niveau des pays pour la lutte contre le VIH, le SIDA et les MST;

4. PRIE le Directeur régional :

- i) de renforcer et de maintenir le leadership technique de l'OMS pour les questions de santé liées à la lutte contre le VIH, le SIDA et les MST;
- ii) de plaider, au nom de la Région africaine de l'OMS et en collaboration avec les autres parties intéressées, en faveur des stratégies de lutte contre le VIH, le SIDA et les MST recommandées par le Comité régional, à l'occasion de tous les contacts qu'il aura avec les dirigeants africains, la communauté des bailleurs de fonds, les autres institutions des Nations Unies, les ONG et d'autres partenaires;
- iii) de veiller à ce que des crédits suffisants soient prévus dans le budget ordinaire au niveau régional et au niveau des pays en vue d'apporter un appui technique approprié aux programmes nationaux de lutte contre le VIH, le SIDA et les MST;
- iv) de continuer à appuyer fermement les Etats Membres dans leurs efforts de mobilisation de ressources internationales pour la lutte contre le VIH, le SIDA et les MST;
- v) de constituer une équipe d'experts africains de haut niveau, en collaboration avec les partenaires intéressés, pour donner au Directeur régional des avis sur les stratégies, interventions et mécanismes les plus appropriés pour l'intégration des activités, ainsi que la recherche opérationnelle à mener au niveau des pays;
- vi) de mettre au point les modalités de collaboration avec le programme coparrainé des Nations Unies en vue d'élaborer des directives pour la coordination des activités de lutte contre le VIH, le SIDA et les MST dans la Région africaine, et veiller à ce que la transition entre GPA et le programme coparrainé des Nations Unies se déroule de manière harmonieuse dans tous les domaines, y compris l'assistance technique, les aspects financiers et les questions de personnel;
- vii) de transmettre la présente résolution au Directeur général pour qu'il la soumette au Conseil exécutif et à l'Assemblée mondiale de la Santé;
- viii) de transmettre la présente résolution au Secrétaire général de l'Organisation de l'Unité africaine pour qu'il en fasse part aux Chefs d'Etat et de Gouvernement.

Huitième séance, 11 septembre 1995

AFR/RC45/R2 : Critères et formules pour la détermination du crédit budgétaire alloué à chaque pays²

Le Comité régional,

Rappelant le paragraphe 4 (iii) de la résolution AFR/RC40/R4 qui invitait le Directeur régional à réexaminer les critères et formules appliqués depuis dix ans pour déterminer l'enveloppe budgétaire allouée à chaque pays, et à prendre les mesures nécessaires sur la base de cet examen;

Ayant examiné le rapport du Directeur régional faisant l'objet du document AFR/RC45/2;

Notant que le rapport d'un groupe de travail interne a été examiné par le Sous-Comité du Programme en 1991;

Notant qu'il y a eu après cet examen des consultations avec les Etats Membres qui ont débouché sur la réunion d'un groupe d'experts en 1992 pour finaliser l'étude,

1. ADOPTE les critères et le système de pondération recommandés dans le rapport du Directeur régional;
2. PRIE les Etats Membres d'aider le Bureau régional à tenir à jour les données sur les paramètres utilisés dans le modèle;
3. PRIE le Directeur régional :
 - i) d'adopter les critères et les facteurs de pondération révisés pour la détermination de l'enveloppe budgétaire allouée aux pays pour l'exercice 1998-1999;
 - ii) d'affiner les résultats de cet exercice en tenant compte des ressources extrabudgétaires éventuellement disponibles ou des besoins particuliers dans un pays ou encore des situations particulières dans l'ensemble de la Région;
 - iii) de réexaminer le nouveau modèle, ses paramètres et le système de pondération pendant la préparation du budget du premier biennium de chaque Programme général de Travail, ou bien tous les six ans, et de prendre les mesures appropriées.

Huitième séance, 11 septembre 1995

AFR/RC45/R3 : Stratégies pour améliorer la qualité des soins dans les institutions de soins de santé de la Région africaine de l'OMS³

Le Comité régional,

Considérant l'adhésion de tous les Etats Membres à l'objectif de la santé pour tous les Africains;

Convaincu que la qualité des services et des soins de santé est une condition sine qua non pour atteindre cet objectif;

² RC45 document AFR/RC45/2.

³ RC45 document AFR/RC45/16 Rév.1.

Conscient du rôle de l'Etat dans la protection de la population contre tous les risques sociaux et l'octroi de ressources au secteur de la santé;

Conscient de la responsabilité des professionnels de santé dans l'utilisation optimale des ressources allouées à la santé en faveur d'une meilleure qualité des services et des soins de santé;

Conscient également du droit des usagers à exiger une meilleure qualité de services,

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres à :

- i) mettre en place un programme national d'assurance de la qualité des soins conçu comme un des éléments principaux de la réforme du secteur de la santé, en raison de son impact sur les résultats attendus des autres programmes;
- ii) introduire dans les programmes de formation de tous les travailleurs de la santé les connaissances, les compétences et les attitudes nécessaires à la délivrance de soins de qualité;
- iii) inciter les établissements de soins de tous les niveaux à mettre en place des mécanismes internes et externes d'évaluation visant l'amélioration constante de la qualité des soins dispensés;

2. DEMANDE au Directeur régional :

- i) d'élaborer et exécuter un plan de collecte et de diffusion d'information sur les méthodes d'assurance de la qualité, et les résultats obtenus dans les Etats Membres; cette information sera dirigée sur le grand public, les décideurs, les professionnels de la santé, les responsables des finances et les éducateurs;
- ii) de fournir un appui aux Etats Membres en vue d'établir et d'exécuter des programmes d'assurance de la qualité des soins;
- iii) d'inciter les Etats Membres à affecter un certain pourcentage de leur budget de coopération technique avec l'OMS aux activités d'assurance de la qualité;
- iv) de faire rapport au Comité régional à sa quarante-septième session sur les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de la présente résolution.

Huitième séance, 11 septembre 1995

AFR/RC45/R4 : Programme régional de lutte contre le paludisme⁴

Le Comité régional,

Constatant l'aggravation de la situation épidémiologique du paludisme dans certains pays, comme en témoignent l'augmentation du nombre de cas, la survenue d'épidémies meurtrières et l'apparition de hauts niveaux de résistance aux médicaments antipaludiques, notamment en Afrique australe et de l'Est;

⁴ RC45 document AFR/RC45/11.

Préoccupé par les graves difficultés que rencontre la lutte contre le paludisme et qui sont liées notamment à la faiblesse de l'engagement des pouvoirs publics en termes de ressources humaines et financières, à l'implication insuffisante des communautés, au faible niveau de performance des personnels de santé, à la pénurie de médicaments pour la prise en charge des malades et à l'insuffisance des moyens de prévention; ainsi qu'au déplacement de populations;

Convaincu que presque toutes ces difficultés sont dues en grande partie à la faible mobilisation sociale en faveur de la lutte contre le paludisme;

Ayant examiné le rapport du Directeur régional contenu dans le document AFR/RC45/11 sur la situation du programme de lutte antipaludique dans la Région;

Ayant pris connaissance avec satisfaction du développement du vaccin SPF66 mis au point par le Prof. Patarroyo,

1. **APPROUVE** l'initiative du Directeur régional visant à promouvoir l'accélération de la mise en oeuvre de la stratégie régionale, de façon à obtenir des résultats concrets permettant de motiver les pays et les bailleurs de fonds à investir davantage dans ce programme;
2. **DECIDE** qu'il soit organisé à partir de 1996 dans tous les pays où le paludisme est endémique des journées nationales de mobilisation sociale en faveur de la lutte antipaludique;
3. **LANCE** un appel aux Etats Membres, aux organisations internationales, aux institutions multilatérales et bilatérales, aux institutions techniques et scientifiques, aux organisations non gouvernementales, pour qu'ils mobilisent les ressources techniques, matérielles et financières additionnelles pour appuyer l'organisation des journées nationales de mobilisation sociale en faveur de la lutte contre le paludisme, l'amélioration de la prise en charge des cas et la promotion de l'utilisation des matériaux imprégnés d'insecticides;
4. **INVITE** les Etats Membres :
 - i) à renforcer l'engagement des personnels de santé et des communautés à mettre en oeuvre de façon durable les deux interventions majeures de la lutte contre ce fléau que sont la prise en charge correcte des cas de paludisme et la protection personnelle par l'utilisation de moustiquaires et autres matériaux imprégnés d'insecticides, en assurant notamment leur disponibilité et leur acceptabilité au niveau des communautés;
 - ii) à assurer la décentralisation des activités de lutte antipaludique notamment vers les communautés;
5. **PRIE** le Directeur régional :
 - i) de promouvoir l'organisation des journées nationales de mobilisation sociale en faveur de la lutte antipaludique auprès des leaders politiques, des organisations internationales et d'autres partenaires;
 - ii) d'apporter l'appui technique requis dans la planification et l'évaluation de ces journées;
 - iii) de poursuivre les efforts visant le renforcement des capacités nationales notamment en matière de prise en charge intégrée précoce et correcte des cas de paludisme, d'utilisation de matériaux imprégnés d'insecticide tels que les moustiquaires, de la surveillance continue et de l'évaluation des programmes nationaux;

- iv) de suivre l'évolution de la résistance de *P. falciparum* dans les pays de la Région, en particulier dans ceux qui sont le plus confrontés à ce problème;
- v) de tenir les Etats Membres et le Comité régional informés des progrès accomplis dans la mise en oeuvre de cette résolution et de l'évolution du vaccin antipaludique SPF66.

Huitième séance, 11 septembre 1995

AFR/RC45/R5 : Programme élargi de vaccination : Objectifs de la lutte contre la maladie - Le compte à rebours a commencé⁵

Le Comité régional,

Rappelant les diverses résolutions adoptées ces dernières années sur le PEV, notamment les résolutions AFR/RC42/R4, AFR/RC43/R8 et AFR/RC44/R7 sur les interventions prioritaires destinées à accélérer le programme en vue d'atteindre ses objectifs;

Ayant examiné les stratégies et les activités proposées pour chaque bloc épidémiologique dans le cadre du Plan d'action régional du PEV pour 1996-2000;

Ayant examiné le rapport de situation du Directeur régional sur les progrès accomplis par le Programme élargi de vaccination dans la Région africaine,

1. APPROUVE les orientations fournies dans son rapport par le Directeur régional pour les programmes de vaccination en Afrique;
2. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :
 - i) à élaborer leurs plans d'action stratégiques des PEV nationaux jusqu'à l'an 2000, plans qui préciseront les activités en matière de mobilisation sociale, d'intégration et de maintien dans le temps ainsi que les besoins budgétaires et les affectations nationales de ressources, pour parvenir aux objectifs de l'éradication de la poliomyélite, de l'élimination du tétanos néonatal et de la maîtrise de la rougeole ainsi qu'à d'autres objectifs du PEV pour les années 1990;
 - ii) à planifier et mener des journées nationales de vaccination et d'autres activités complémentaires de vaccination telles que des opérations de ratissage, le cas échéant, au moins deux fois par an et si possible de manière synchronisée pour les pays d'un même bloc épidémiologique, au plus tard en 1997;
3. REITERE sa gratitude au Rotary International, aux "Centres for Disease Control" des Etats-Unis d'Amérique, à l'UNICEF, à l'USAID, à l'Association canadienne pour la Santé publique et à d'autres partenaires du PEV pour l'appui qu'ils fournissent aux activités PEV en Afrique et invite d'autres donateurs à accroître encore leurs concours dans l'intérêt des jeunes générations africaines;

⁵ RC45 document AFR/RC45/12.

4. PRIE le Directeur régional :

- i) de promouvoir les stratégies PEV qui permettront d'atteindre l'objectif de l'éradication de la poliomyélite dans la Région africaine, à l'occasion de ses rencontres avec les Chefs d'Etat, les dirigeants politiques et d'autres personnalités influentes de haut niveau pour faire en sorte qu'ils s'engagent vis-à-vis des programmes nationaux de vaccination et qu'ils leur apportent un appui;
- ii) de surveiller la mise en oeuvre des stratégies de lutte contre les maladies cibles du PEV dans les blocs épidémiologiques de l'Afrique orientale et australe et dans certains pays d'autres blocs épidémiologiques car leur succès sera déterminant pour renforcer l'efficacité des stratégies régionales ainsi que pour donner une impulsion nouvelle à l'éradication de la poliomyélite et à d'autres initiatives d'élimination ou de réduction des maladies dans l'ensemble de la Région;
- iii) de renforcer la collaboration avec toutes les institutions internationales, les autres bailleurs de fonds et les autres partenaires du PEV de façon à mieux coordonner les politiques et les ressources et garantir ainsi l'efficacité et la pérennité des programmes de vaccination;
- iv) de faire rapport au Comité régional à sa quarante-sixième session sur les progrès accomplis.

Neuvième séance, 12 septembre 1995

AFR/RC45/R6 : Prévention de l'invalidité et réadaptation⁶ : Analyse de la situation régionale et tendances futures

Le Comité régional,

Reconnaissant que les programmes de prévention de l'invalidité et de réadaptation sont importants pour la réalisation de l'objectif social de la santé pour tous d'ici l'an 2000 et que la réadaptation est la quatrième grande composante des soins de santé primaires;

Avalisant le cadre global pour la prise en charge des personnes vivant avec des handicaps qui est inclus dans les documents ci-après de l'Organisation des Nations Unies :

- le Programme mondial d'action concernant les personnes vivant avec des handicaps;
- les Règles types pour l'instauration de l'égalité des chances pour les personnes vivant avec des handicaps;
- la Charte des Nations Unies sur les droits des personnes atteintes d'un handicap mental;

Considérant l'ampleur des problèmes d'invalidité dans la Région;

Notant que la stratégie de réadaptation à base communautaire offre un cadre pour organiser et assurer toutes les formes de réadaptation et veiller à ce que les services atteignent les personnes vivant avec des handicaps dans leurs communautés;

⁶ RC45 document AFR/RC45/15.

Ayant examiné le rapport du Directeur régional faisant l'objet du document AFR/RC45/15,

1. DEMANDE aux Etats Membres :

- i) d'adopter ou de renforcer des politiques/programmes nationaux complets de prévention de l'invalidité et de réadaptation, en faisant appel à la réadaptation à base communautaire;
- ii) de promouvoir l'intégration des programmes de réadaptation à base communautaire dans les systèmes nationaux de santé fondés sur les soins de santé primaires;
- iii) de promouvoir la formation du personnel chargé de la réadaptation en particulier au niveau de la communauté et du district;
- iv) de créer ou de renforcer des systèmes d'information gestionnaire avec des indicateurs appropriés pour faciliter le suivi et l'évaluation de la prévention de l'invalidité et de la réadaptation;
- v) d'associer les personnes vivant avec des handicaps à l'élaboration et à la mise en oeuvre des programmes relatifs à l'invalidité et à la réadaptation;

2. PRIE le Directeur régional :

- i) de continuer à apporter aux Etats Membres le soutien technique nécessaire pour renforcer leurs programmes nationaux de prévention de l'invalidité et de réadaptation;
- ii) de renforcer plus encore la collaboration avec les autres institutions des Nations Unies et les ONG prenant part aux programmes de prévention de l'invalidité et de réadaptation;
- iii) de faire rapport au Comité régional à sa quarante-septième session sur les progrès réalisés dans ce programme.

Neuvième séance, septembre 1995

AFR/RC45/R7 : Santé des jeunes et des adolescents : Rapport de situation et analyse des tendances⁷

12 septembre 1995

Le Comité régional,

Reconnaissant que la santé des jeunes et des adolescents constitue un élément crucial pour la santé des générations futures et pour le développement sanitaire en général et que la santé des jeunes aujourd'hui comme demain dépend essentiellement de leurs actions, de leurs choix et de leur comportement ainsi que de l'environnement;

Notant que les connaissances actuelles ainsi que les informations disponibles ne révèlent pas toujours l'ampleur exacte du problème;

Conscient de la nature multisectorielle et multidisciplinaire des problèmes touchant les jeunes et les adolescents;

⁷ RC45 document AFR/RC45/14.

Ayant examiné le rapport du Directeur régional faisant l'objet du document AFR/RC45/14,

1. INVITE les Etats Membres :

- i) à faire participer les jeunes eux-mêmes ainsi que ceux qui travaillent avec eux à l'élaboration des politiques et programmes pour les jeunes et les adolescents en mettant l'accent sur une approche multisectorielle et multidisciplinaire;
- ii) à mobiliser les ressources locales et extérieures nécessaires à la promotion de la santé des jeunes et des adolescents;
- iii) à réviser les programmes de formation de toutes les catégories de personnel de santé en vue de renforcer les capacités nationales en matière de communication, de conseil et de prise en charge des jeunes et des adolescents;
- iv) à élaborer ou renforcer les systèmes d'information gestionnaire avec des indicateurs appropriés pour faciliter le suivi et l'évaluation de la santé des adolescents;

2. PRIE le Directeur régional :

- i) d'apporter son appui aux Etats Membres dans l'élaboration et la mise en oeuvre des politiques et programmes pour la santé des jeunes et des adolescents en adoptant une approche multisectorielle et multidisciplinaire et en renforçant la prestation des services, la formation et la recherche opérationnelle;
- ii) d'organiser des ateliers interpays sur la gestion, la formation et la recherche opérationnelle sur les problèmes des jeunes et des adolescents afin de renforcer les capacités nationales;
- iii) d'élaborer une stratégie régionale pour aider les pays qui s'efforcent de résoudre les problèmes de ce groupe cible d'une manière intégrée;
- iv) de faire rapport au Comité régional à sa quarante-huitième session sur les progrès réalisés dans le domaine de la santé des jeunes et des adolescents.

Neuvième séance, 12 septembre 1995

AFR/RC45/R8 : Eradication de la dracunculose⁸

Le Comité régional,

Notant que la stratégie retenue pour atteindre l'objectif de l'éradication a entraîné, depuis sa mise en oeuvre, un effondrement spectaculaire de l'incidence de la dracunculose;

Reconnaissant qu'au fur et à mesure que l'incidence de la maladie baissera, il sera sans doute difficile de maintenir le niveau d'engagement des communautés, des leaders et d'autres partenaires nationaux et internationaux;

Ayant examiné le rapport du Directeur régional contenu dans le document AFR/RC45/13,

1. APPROUVE le rapport du Directeur régional;

⁸ RC45 document AFR/RC45/13.

2. SOUSCRIT à la poursuite et à l'accélération de l'exécution d'une stratégie combinée, portant sur l'approvisionnement en eau saine, la surveillance active, l'éducation pour la santé, la lutte antivectorielle et la prophylaxie personnelle en vue d'achever l'éradication de la dracunculose;
3. PRIE INSTAMMENT tous les Etats Membres affectés :
 - i) de prendre les mesures appropriées pour maintenir la mobilisation des communautés et des autres partenaires jusqu'à l'éradication de la maladie;
 - ii) de renforcer la surveillance active à base communautaire, tout en l'intégrant aux activités des soins de santé primaires;
4. REITERE ses sincères remerciements aux organismes bilatéraux de développement, aux organisations non gouvernementales et aux fondations privées pour leurs immenses contributions et invite ces organismes à maintenir leur soutien aux pays d'endémie, dans leurs efforts d'éradication de la dracunculose;
5. PRIE le Directeur régional :
 - i) d'adapter la stratégie régionale au contexte épidémiologique actuel de la dracunculose;
 - ii) de renforcer l'appui technique offert aux pays en vue d'accélérer le processus d'éradication de la dracunculose;
 - iii) de soumettre au Comité régional à sa quarante-sixième session un rapport sur l'état d'avancement de l'éradication de la dracunculose dans la Région.

Huitième séance, 11 septembre 1995

AFR/RC45/R9 : Mise en application des stratégies de la santé pour tous

Le Comité régional,

Rappelant sa résolution AFR/RC43/R10, demandant au Directeur régional de poursuivre et d'intensifier la coopération avec la Banque mondiale et les autres partenaires sur le dossier *Pour une Meilleure Santé en Afrique*;

Considérant *Pour une Meilleure Santé en Afrique* en symbiose avec la politique de l'Organisation mondiale de la Santé depuis la Déclaration d'Alma-Ata;

Prenant acte de la déclaration du Président du Groupe d'Experts pour une meilleure santé en Afrique;

Soulignant l'importance du leadership africain pour la réflexion et la conduite des réformes des systèmes de santé dans la Région par l'intermédiaire des Ministères de la Santé appuyés par l'OMS, le Groupe d'Experts pour une meilleure santé en Afrique et les multiples partenaires locaux,

1. SOUTIENT le dossier *Pour une meilleure Santé en Afrique* comme un cadre d'action approprié pour la réforme sanitaire au niveau pays;

2. DEMANDE au Directeur régional de poursuivre l'engagement actif de l'OMS à l'appui de la réforme sanitaire et aux travaux du Groupe d'Experts pour une meilleure santé en Afrique;
3. INVITE les bailleurs de fonds à s'associer aux travaux du Groupe en tant que sponsors.

Neuvième séance, 12 septembre 1995

AFR/RC45/R10 : Motion de remerciements

Le Comité régional,

Considérant les énormes sacrifices consentis par le Gouvernement gabonais, qui n'a ménagé ni son temps, ni ses efforts ni ses ressources, pour garantir le succès de la quarante-cinquième session du Comité régional tenue à Libreville du 6 au 13 septembre 1995;

Se félicitant de l'accueil exceptionnellement chaleureux et fraternel que le Gouvernement et le peuple gabonais ont réservé aux délégués;

Considérant l'engagement et la détermination politiques de ceux qui, au niveau national, sont responsables de la mise en oeuvre des stratégies nationales pour instaurer la santé pour tous par le truchement des soins de santé primaires;

1. EXPRIME ses plus sincères remerciements à Son Excellence El Hadj Omar Bongo, Président de la République et Chef de l'Etat, au Gouvernement et au peuple gabonais pour avoir abrité la quarante-cinquième session et pour avoir manifesté un grand intérêt pour le bien-être des participants;
2. REND HOMMAGE à Son Excellence Paulin Obame Nguema, Premier Ministre du Gouvernement de la République du Gabon, pour le message d'une grande pertinence qu'il a adressé au Comité régional, au nom du Chef de l'Etat, lors de la cérémonie d'ouverture, message par lequel il a encouragé les Etats Membres à chercher dans la solidarité de nouvelles solutions aux problèmes de développement sanitaire dans la Région;
3. EXPRIME sa sincère gratitude au Gouvernement et au peuple gabonais pour leur chaleureuse hospitalité;
4. DEMANDE au Directeur régional de transmettre la présente motion de remerciements à Son Excellence El Hadj Omar Bongo, Président de la République et Chef de l'Etat du Gabon.

Quatorzième séance, 13 septembre 1995

PARTIE II

RAPPORT DU COMITE REGIONAL

OUVERTURE DE LA REUNION

1. La quarante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a été ouverte à Libreville (Gabon) le mercredi 6 septembre 1995 par Son Excellence Paulin Obame Nguema, Premier Ministre, au nom de Son Excellence El Hadj Omar Bongo, Président de la République du Gabon. Parmi les honorables invités figuraient les personnalités suivantes : les Ministres et les chefs de délégation des États Membres; le Dr Ebrahim M. Samba, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique; les membres du corps diplomatique; le Professeur O. Ransome Kuti, Président du Groupe d'Experts de la Banque mondiale pour "Une meilleure santé en Afrique", Mme Torild Skard, Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique occidentale et centrale et des représentants des organisations internationales, intergouvernementales et non gouvernementales.
2. M. N. C. Dabiré, Ministre de la Santé du Burkina Faso, Premier Vice-Président de la quarante-quatrième session du Comité régional, a présidé la séance d'ouverture.
3. Dans son discours d'ouverture, M. Dabiré a attiré l'attention des participants sur la gravité de la situation sanitaire dans la Région, situation qui a empiré à cause de l'émergence de nouveaux problèmes sociaux et sanitaires et également à cause des effets de la crise économique mondiale. L'an passé, l'Afrique a vécu des situations d'urgence particulièrement graves qui ont affecté en particulier le Burundi, le Libéria, le Rwanda et la Sierra Leone, sans compter les conséquences de la sécheresse en Afrique australe.
4. M. N. C. Dabiré a félicité le Comité régional d'avoir, à sa quarante-quatrième session, élu le Dr Ebrahim M. Samba qui, infatigable mais pragmatique, travaille avec le plus grand dévouement au développement social et sanitaire de l'Afrique.
5. Il s'est aussi félicité de l'active collaboration entre le Bureau régional de l'OMS, le Siège et d'autres institutions des Nations Unies, qui a permis de maîtriser si rapidement, l'épidémie meurtrière à virus Ebola de Kikwit (Zaïre).
6. L'orateur a conclu en formant le vœu que la solidarité qui a toujours existé au sein du Comité régional se renforce davantage afin que la Région africaine puisse connaître un développement sanitaire et économique harmonieux.
7. Le Professeur O. Ransome-Kuti, Président du Groupe d'Experts de la Banque mondiale pour "Une meilleure santé en Afrique", a commencé sa présentation en passant en revue les tendances des indicateurs sanitaires du Rapport sur le Développement dans le Monde - 1993; ce rapport a révélé que des progrès importants avaient été réalisés au niveau de l'espérance de vie et de la survie de l'enfant dans les trois dernières décennies. L'orateur a souligné les principaux problèmes du système de santé, à savoir : gaspillage important, achat et utilisation irrationnels de médicaments, administration trop centralisée et mauvaise gestion d'une façon générale.
8. Il a fait remarquer que le Groupe avait défini son nouveau rôle et ses nouvelles activités en février 1995 pour inclure la diffusion des résultats de l'étude intitulée "Pour une meilleure santé en Afrique". Un plaidoyer en faveur de la réforme du secteur de la santé s'avérera nécessaire. Celui-ci devrait porter sur le rôle de l'Etat et de ses partenaires non gouvernementaux, la structure du système des soins de santé, la définition du coût, du contenu et des fonctions d'un Paquet minimum de services de santé rentables et accessibles à tous, la décentralisation des services de santé, les moyens de faire baisser le coût des produits pharmaceutiques pour les consommateurs, la réorientation de la formation et de la gestion du personnel de santé et enfin le financement des soins de santé. Il a ajouté que, comme le souhaitait le Vice-Président de la Banque mondiale pour la Région africaine, M. E. V. K. Jaycox, les responsables africains devraient être les premiers acteurs du suivi de l'étude. Il a été demandé aux membres du groupe d'assumer à cet égard leur rôle directeur.

9. Il est essentiel que les Africains soient les premiers responsables de la réforme du secteur de la santé. Les membres du Groupe de la Banque mondiale agiront en tant que catalyseurs et défenseurs de la cause, et les divers acteurs de l'initiative au niveau du pays devront être consultés et mobilisés. Ils procèdent présentement à la formulation de propositions individuelles d'activités à entreprendre, dans leurs pays respectifs, une série d'ateliers interpays et d'autres activités sont prévus pour faciliter l'échange de données d'expériences sur la réforme du secteur de la santé.
10. Il a souligné que le Groupe poursuivait fondamentalement les mêmes objectifs que l'OMS pour instaurer une meilleure santé pour tous et que la mission du Groupe était complémentaire de celle de l'OMS. Il s'est félicité de la coopération dont le Groupe avait bénéficié de la part du Directeur régional.
11. Il a conclu que malgré le parrainage des activités du Groupe par des organisations multilatérales et bilatérales et par la fondation W. K. Kellogg, le Groupe ne recevait d'orientation d'aucune organisation internationale ni d'aucun bailleur de fonds.
12. Le Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique occidentale et centrale, Mme Torild Skard, a déclaré que l'étroite collaboration qui existe depuis des années entre l'OMS et l'UNICEF avait énormément contribué aux progrès réalisés par la Région africaine dans l'amélioration de la santé et de la situation nutritionnelle des femmes et des enfants.
13. L'Afrique a toujours été une priorité pour l'UNICEF et cette politique a été clairement réaffirmée par le nouveau Directeur exécutif, Mme Carol Bellamy; ce dont atteste le fait que sa première visite officielle sur le terrain ait eu lieu en Afrique. En se fondant sur les leçons déjà tirées, l'UNICEF a mis l'accent sur le renforcement des systèmes nationaux de santé dans le cadre de l'Initiative de Bamako et de la dévolution de certains pouvoirs aux communautés.
14. Compte tenu des efforts déjà déployés, l'UNICEF a mis l'accent sur la survie de l'enfant et sur le développement et la protection de l'enfant. L'émergence récente d'une zone libérée de la poliomyélite en Afrique australe est un fait encourageant et laisse espérer que l'éradication de la poliomyélite d'ici l'an 2000 est réalisable, pour autant que les taux de couverture vaccinale atteints soient maintenus et même améliorés.
15. Le paludisme est devenu un problème majeur et l'UNICEF essaie de promouvoir la mise en oeuvre d'un paquet minimum d'activités dans les centres de santé et les communautés, qui permettrait de s'attaquer plus efficacement à cette pathologie et aux autres problèmes importants de santé des femmes et des enfants.
16. Le défi que les gouvernements et les institutions comme l'OMS et l'UNICEF doivent relever aujourd'hui et plus que jamais, c'est de s'assurer que les efforts de développement sont correctement planifiés et mis en oeuvre au bénéfice des populations les plus démunies et de contribuer à soulager effectivement la pauvreté. Ceci signifie que les actions entreprises devraient permettre aux femmes de contribuer efficacement au développement, et notamment de participer à la formulation et à la mise en oeuvre de politiques en matière de santé et d'éducation.
17. S'adressant au Comité régional, M. P. Gayama, Secrétaire général adjoint de l'OUA, a déclaré que seuls la volonté politique et le savoir-faire des Africains pourraient permettre de résoudre le paradoxe d'un continent extrêmement riche dont les populations comptent parmi les plus pauvres du monde.
18. A Addis Abeba en juin 1995, l'OUA a réaffirmé son point de vue sur le rôle des femmes dans le processus de développement dans la Déclaration du Plan d'Action africain sur la situation des femmes dans le cadre de la santé de la famille.

19. Le caractère prioritaire de la santé commande une approche à la fois multisectorielle et pluri-institutionnelle. La mise au point d'un vaccin antipaludique par le Dr Patarroyo en Colombie prouve que la science peut faire des miracles aussi longtemps que les pays en développement croiront en eux-mêmes et accorderont l'attention et les ressources nécessaires à la résolution de leurs problèmes.

20. A plusieurs occasions, l'OUA a prouvé sa volonté de s'adapter à ses nouvelles missions, au nombre desquelles figurent la santé et le développement. L'Afrique devrait s'organiser pour ne pas donner l'impression qu'elle laisse à la communauté internationale le soin de faire de la recherche et d'appliquer des solutions à ses problèmes.

21. Ce n'est qu'en maîtrisant l'environnement et en préservant la diversité biologique qu'on pourra garantir aux générations actuelles et futures un mode de vie sain et un développement durable. Un continent qui ne maîtrise pas suffisamment la technologie qu'il utilise ne peut espérer être auto-suffisant, ni même bien négocier en son propre nom.

22. Le Dr Ebrahim M. Samba, qui dirige son premier Comité régional en tant que Directeur régional, a commencé par évoquer la situation dramatique de la santé en Afrique, qui continue d'enfermer les populations africaines dans le cercle vicieux de la maladie, de la pauvreté et du sous-développement.

23. L'Afrique a dû combattre simultanément les maladies de la pauvreté telles que le paludisme, le choléra et la dysenterie, les maladies liées au mode de vie moderne telles que l'abus des drogues, les accidents et l'hypertension, la réapparition de maladies anciennes comme la fièvre jaune et la peste, auxquelles vient s'ajouter l'émergence de nouvelles maladies telles que le VIH/SIDA et la fièvre hémorragique à virus Ebola.

24. La situation économique déjà précaire de la plupart des Etats Membres est aggravée par le fait que le continent africain est tributaire de décisions unilatérales prises par d'autres en son nom et par la persistance de catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme.

25. L'image générale que l'on se fait de l'Afrique sub-saharienne s'est dégradée car les bailleurs de fonds se sont lassés de remplir un puits sans fond et de ne voir aucun résultat positif. Or, la pauvreté de l'Afrique est due davantage à une mauvaise gestion qu'à une pénurie de ressources.

26. Le Dr Samba a ajouté qu'un aspect essentiel de sa mission tout au long de son mandat sera d'améliorer la gestion sanitaire dans la Région de façon à restaurer la confiance. Certains changements se font déjà sentir au niveau du Bureau régional et des Bureaux de l'OMS dans les pays.

27. Parmi les réformes déjà bien entamées figurent :

- la publication d'un document définissant clairement la mission du Bureau régional pour les cinq prochaines années;
- la révision de la gestion financière et la mise en place de contrôles plus rigoureux;
- l'introduction d'une gestion claire et transparente autorisant et valorisant les avis personnels;
- le rétablissement de la dignité humaine pour que chacun puisse de nouveau se considérer comme un acteur important du combat pour l'excellence au sein d'une OMS unitaire;
- le rétablissement de l'éthique professionnelle;

- l'installation de matériels modernes, y compris un récepteur/émetteur par satellite pour faciliter la communication entre le Bureau régional, les Etats Membres et le reste du monde;
- la généralisation de l'informatisation et l'accès aux autoroutes de l'information.

28. Le Dr Hiroshi Nakajima, Directeur général de l'OMS, a brièvement évoqué le premier rapport sur la santé dans le monde pour 1995, qui fait ressortir les écarts face à la souffrance, à la maladie et à la mort entre pays développés et pays en développement, entre riches et pauvres, entre nantis et exclus. Après avoir rappelé que les soins de santé primaires étaient la base de la stratégie appropriée de la santé pour tous, il a souligné qu'il appartenait à tous de produire des résultats tangibles dans l'ensemble de l'action de développement.

29. La mission de l'OMS, quoique technique et médicale, est aussi fondamentalement sociale et éthique. C'est pourquoi le Dr Nakajima a décidé de favoriser l'intégration fonctionnelle et la coordination des activités sanitaires. La réapparition de maladies considérées comme maîtrisées et l'émergence de nouvelles maladies comme le SIDA ou la fièvre hémorragique à virus Ebola rappellent au monde la nécessité de maintenir des systèmes de surveillance épidémiologique et d'intervention rapide pleinement opérationnels. A cet égard, il importe de pouvoir s'appuyer sur des réseaux internationaux d'échange d'information et de coopération. L'efficacité de cette coopération a été prouvée lors de la récente épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola.

30. Une réponse efficace, adaptée à la complexité et à l'ampleur des problèmes de santé actuels, passe nécessairement par une intégration des objectifs de santé dans toutes les politiques publiques, qu'elles soient globales ou sectorielles, nationales ou internationales. Le Dr Nakajima a fait observer qu'on ne pouvait se résigner à un état de choses où la mortalité infantile était trente fois plus élevée dans un pays que dans un autre. Réduire la morbidité et la mortalité maternelles et infantiles reste donc une priorité absolue pour l'OMS dans ses actions avec ses partenaires, en particulier avec l'UNICEF et le PNUD.

31. Le Dr Nakajima a vivement déploré la reprise des essais nucléaires dans le Pacifique. La question de savoir si l'utilisation des armes nucléaires était licite a été soumise par l'Organisation mondiale de la Santé et par l'Organisation des Nations Unies à la Cour internationale de Justice de La Haye. Il n'existe pas d'arme nucléaire absolument sûre et c'est pourquoi l'OMS préconise l'instauration d'un monde dénucléarisé.

32. La participation de l'Afrique au développement de la santé du monde est indispensable. Le Dr Nakajima a rappelé l'engagement qu'il avait pris devant l'Assemblée mondiale de la Santé de promouvoir la participation des pays africains, notamment au sein du Secrétariat de l'OMS au Siège. La première Africaine à occuper un poste de Sous-Directeur général à l'Organisation mondiale de la Santé vient tout juste d'être nommée. De plus, pour préserver le consensus et la solidarité de tous les membres de l'OMS, il a été décidé de transférer US \$11 millions à la Région africaine.

33. Son Excellence Paulin Obame Nguema, Premier Ministre de la République du Gabon, s'exprimant au nom du Chef de l'Etat, a souhaité la bienvenue aux participants, faisant observer qu'il y a exactement treize ans, le Gabon accueillait déjà le Comité régional.

34. La crise socio-économique internationale a eu de graves conséquences sur l'état de santé de la population, d'où la recrudescence de maladies anciennes comme la tuberculose, la fièvre jaune et la peste en même temps que la propagation de nouvelles maladies comme l'infection à VIH/SIDA.

35. Les Etats Membres devraient s'efforcer de trouver des solutions nouvelles fondées sur la solidarité et la collaboration avec l'OMS et les bailleurs de fonds de manière à accélérer leurs programmes de développement sanitaire.

36. L'Afrique n'est pas plus pauvre que d'autres pays en développement qui ont obtenu de meilleurs résultats. Peut-être le Comité régional pourrait-il fixer un programme de travail exhaustif fondé sur des objectifs réalistes et guidé par des résolutions applicables. Le Gabon est prêt à se mettre en quête de solutions aux problèmes de santé régionaux par le biais de la recherche.

37. Le Premier Ministre a adressé aux participants tous ses vœux de succès dans leurs délibérations et a déclaré officiellement ouverte la quarante-cinquième session du Comité régional.

DEROULEMENT DES TRAVAUX

38. M. Christophe Dabiré a présenté l'ordre du jour provisoire (document AFR/RC45/1 Rév.2), qui a été adopté.

Constitution du Sous-Comité des Désignations

39. Le Comité régional a constitué un Sous-Comité des Désignations composé des représentants des douze Etats Membres suivants : Angola, Bénin, Botswana, Cameroun, Erythrée, Libéria, Mali, Mozambique, Madagascar, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal et Swaziland. Le Comité a élu Président le Dr Martinho Sanches Epalanga, Ministre de la Santé de l'Angola.

Election du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs

40. Après avoir examiné le rapport du Sous-Comité des Désignations, et conformément à l'Article 10 du Règlement intérieur et à la résolution AFR/RC40/R1, le Comité régional a élu à l'unanimité le bureau suivant :

Président : Dr S. Mba Bekale
Ministre de la Santé du Gabon

Vice-Présidents :

Premier Vice-Président : Dr J. Phaahla
Chef de la délégation de l'Afrique du Sud

Deuxième Vice-Président : Dr O. Bangoura
Chef de la délégation de la Guinée

Rapporteurs

1. Dr P. Kilima
Chef de la délégation de la République Unie de Tanzanie
2. M. Bopenda Bo'Nkumu
Chef de la délégation de la République du Zaïre
3. Dr Fernando Da Silveira
Ministre de la Santé de Sao Tomé et Príncipe

Rapporteurs des Discussions techniques

1. Dr O. Adelaja
Nigéria (anglais)
2. Dr D. Nshimirimana
Burundi (français)
3. Dr A. P. Gomes
Guinée-Bissau (portugais)

Nomination des membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs

41. Le Comité régional a nommé les représentants des douze pays suivants membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs : Afrique du Sud, Burkina Faso, Burundi, Cap-Vert, Maurice, Mauritanie, Namibie, Niger, Rwanda, Seychelles, Sierra Leone et Tchad.
42. Le Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs, qui s'est réuni le 7 et le 11 septembre 1995, a élu Président M. Tahirou Niandou, Secrétaire général adjoint du Ministère de la Santé du Niger.
43. Le Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs a notifié au Comité qu'il avait examiné les pouvoirs de 44 Etats Membres et les avait jugés recevables. Le Comité régional a adopté le rapport du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs.

Adoption des horaires de travail

44. Le Comité régional a adopté les horaires de travail suivants : de 9h00 à 12h30 et de 15h00 à 18h30.

ACTIVITE DE L'OMS DANS LA REGION AFRICAINE : RAPPORT BIENNAL DU DIRECTEUR REGIONAL POUR LA PERIODE 1993-1994 (document AFR/RC45/3)**Présentation**

45. En présentant son rapport biennal, le Directeur régional a rappelé que celui-ci se référait à une période antérieure à sa prise de fonction à la tête du Bureau régional. Il a ajouté que ses collaborateurs présenteraient à tour de rôle les diverses parties du rapport après qu'il en ait fait une brève introduction.
46. Les problèmes politiques, sociaux et économiques continuent d'être à l'ordre du jour dans beaucoup de pays de la Région et à avoir un effet néfaste sur les systèmes nationaux de santé. Des flambées épidémiques de choléra, de dysenterie bacillaire, de méningite cérébro-spinale et de fièvre jaune se sont produites dans de nombreux pays.
47. Les activités du Bureau régional ont été sérieusement compromises par des phases d'insécurité à Brazzaville, Siège du Bureau régional. Divers efforts et stratégies avaient toutefois permis d'en minimiser les effets sur la coopération technique de l'OMS avec les pays de la Région.
48. En dépit des problèmes multiformes rencontrés pendant la période considérée, quelques interventions et activités ont été menées avec succès. Le Directeur régional a donc invité les directeurs des divisions respectives à présenter brièvement son rapport biennal pour la période 1993-1994.

49. Le Dr A. M. D'Almeida, Directeur de la Gestion du Programme, a donné un aperçu des activités menées pendant la période considérée en insistant sur certains domaines communs comme l'appui aux pays dans leurs efforts pour appliquer le paquet minimum Santé pour tous au niveau du district et l'amélioration de la qualité des soins à tous les niveaux du système de santé.

50. Dans le domaine du développement et de la direction d'ensemble du programme, on a amélioré le système AFROPOC afin de renforcer l'efficacité et l'efficacéité du programme OMS de coopération technique avec les Etats Membres. Le Bureau régional a également très activement contribué, à travers les trois organes mis en place par le Directeur général, à la mise en oeuvre des recommandations du Groupe spécial du Conseil exécutif sur la Réponse de l'OMS aux changements notamment en matière de réforme du processus gestionnaire de l'Organisation.

51. Plus de 521 bourses ont été accordées, dont 62% pour des études dans la Région africaine. Plus de 100 candidats ont bénéficié de subventions et de prix pour des travaux de recherche en santé publique et en sciences sociales.

52. La collaboration entre le Bureau régional et les institutions des Nations Unies s'est poursuivie par la mise en place d'une collaboration interinstitutions - l'une des stratégies destinées à améliorer le soutien des Nations Unies au niveau des pays. Une étroite collaboration a été maintenue entre le Bureau régional, la Banque africaine de Développement et l'OUA.

53. Il importe de noter trois décisions importantes prises par les Organes directeurs, à savoir : la nomination du Dr B. K. Temane, Ministre de la Santé du Botswana, à la Présidence de la Quarante-Septième Assemblée mondiale de la Santé; l'admission de l'Erythrée et la réadmission de la République d'Afrique du Sud à l'Assemblée mondiale de la Santé et au Comité régional. L'élection du Dr Ebrahim M. Samba comme Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, lors de la quarante-quatrième session du Comité régional, a constitué l'événement gestionnaire majeur de cette période biennale.

Science et technologie de la santé appliquées à la lutte contre la maladie

54. Le chapitre 5 du rapport - Science et technologie de la santé appliquée à la lutte contre la maladie - a été présenté par le Dr D. Barakamfitye, du Secrétariat.

55. La lutte contre les maladies tropicales est centrée sur l'onchocercose et la trypanosomiase. Outre le Programme de lutte contre l'onchocercose (OCP), qui a renforcé ses liens avec le Bureau régional, 16 autres pays où ces maladies sont endémiques devraient être les bénéficiaires d'un programme défini conjointement par la Banque mondiale, des organisations non gouvernementales s'occupant de développement et l'OMS, en consultation avec les pays intéressés.

56. Les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës et le paludisme sont les principales causes de morbidité et de mortalité parmi les enfants de moins de cinq ans. Au nombre des progrès réalisés pendant la période concernée, il convient de citer l'amélioration de l'accès aux sels de réhydratation orale, le développement de la thérapie de réhydratation par voie orale à domicile et dans les établissements de santé, ainsi que l'accroissement du nombre de pays dotés de plans d'action nationaux pour la lutte contre les infections respiratoires aiguës.

57. Des progrès notables ont été constatés en matière de tuberculose mais, si l'on ne redouble pas d'efforts, la situation restera explosive étant donné l'aggravation de la pandémie de l'infection à VIH et du SIDA.

58. Les épidémies se sont étendues, faisant de plus en plus de victimes. Choléra, dysenterie bacillaire, méningite à méningocoques, peste, paludisme et fièvre hémorragique virale comptent parmi les principales maladies épidémiques dans la Région africaine. Vingt-deux pays ont notifié des

épidémies de choléra pendant la période considérée. L'épidémie de choléra la plus dévastatrice de mémoire d'Africain a sans doute été celle qui s'est déclarée à Goma - et dont la télévision a rendu compte en direct - après l'afflux sans précédent de réfugiés rwandais au Zaïre.

59. Des progrès spectaculaires ont été réalisés en ce qui concerne l'élimination de la lèpre, le nombre de cas ayant diminué de près de 60 % en 1994 par rapport à 1993.

60. Les actions futures de lutte contre la maladie devront s'inscrire dans le cadre de la réforme générale des systèmes nationaux de santé, la priorité étant accordée aux domaines suivants : formation du personnel des équipes de santé du niveau du district en épidémiologie, gestion rigoureuse des programmes et mise en place de mécanismes appropriés pour régir les relations entre les communautés et les bailleurs de fonds, et intégration des activités menées au niveau du district. Elles requièrent également un appui plus rapide, mieux ciblé et mieux coordonné de la part de l'OMS.

61. Le Dr Barakamfitye a conclu en faisant observer que bien que des progrès aient été réalisés dans la prévention et la maîtrise de la maladie, il fallait encore coordonner les efforts.

Appui à la protection et à la promotion de la santé en général

62. Le chapitre 4 du rapport - Appui à la protection et à la promotion de la santé en général - a été présenté par le Dr S. Thorpe, du Secrétariat.

63. Il a déclaré que les initiatives essentielles et domaines d'intervention prioritaires comprenaient notamment une action privilégiant, d'un côté, l'accélération de la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles et néonatales et, de l'autre, la maternité sans risque grâce à l'adaptation par les pays eux-mêmes de la stratégie "mère - enfant" dans le cadre du Paquet minimum Santé pour tous; la promotion de politiques et programmes de santé mentale à base communautaire, la santé bucco-dentaire, la santé des personnes âgées, la réadaptation et la médecine du travail ainsi que le renforcement de la participation communautaire aux activités IEC.

64. Le Bureau régional a aidé plusieurs pays de la Région à élaborer des plans nationaux d'action en matière de nutrition, à adopter l'initiative des hôpitaux "amis des bébés", à évaluer l'ampleur des carences en micronutriments et à mettre sur pied un programme d'iodation du sel pour l'ensemble de la population. Presque tous les pays de la Région ont désigné un point focal national du programme "Femme, Santé et Développement", et certains pays reçoivent une aide en vue d'établir des projets nationaux de recherche sur les problèmes de santé prioritaires des femmes.

65. Pour le prochain exercice, le Dr Thorpe a indiqué que le Bureau régional collaborera avec les Etats Membres en vue de les aider à cerner et à mettre en oeuvre, au niveau du district, les activités indispensables à l'amélioration de l'état de santé des individus, des familles et des communautés, et à renforcer l'éducation pour la santé et la promotion de la santé à travers le système de soins. D'autre part, les pays recevront une aide pour revoir leur programme de santé des femmes et des enfants, qui mettra l'accent sur la maternité sans risque et sur les soins au nouveau-né. Une aide sera également fournie pour la formulation des politiques et l'élaboration des stratégies destinées à promouvoir et améliorer la santé des adolescents et la situation nutritionnelle des populations.

Appui aux systèmes nationaux de santé

66. Le chapitre 3 du rapport - Appui aux systèmes nationaux de santé - a été présenté par le Dr M. Koumaré, du Secrétariat.

67. Les activités menées dans le cadre de l'appréciation de la situation sanitaire et de ses tendances comprenaient l'évaluation des résultats et le renforcement des systèmes nationaux d'information sanitaire ainsi que le troisième exercice de surveillance continue des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous.

68. Le Bureau régional a aidé 15 pays à organiser ou réorganiser leurs systèmes nationaux de santé et à renforcer les capacités gestionnaires au niveau du district.

69. Une attention particulière a été accordée à la promotion de la qualité des soins. Dans ce domaine, un nouveau programme a été créé en 1994 et une consultation régionale a été organisée sur le renforcement des établissements de santé en ce qui concerne la qualité des soins et le profil des hôpitaux de district.

70. Les activités entreprises dans le cadre du développement des ressources humaines pour la santé ont notamment consisté à renforcer les établissements et à les aider à formuler leurs politiques, leurs plans et leurs activités.

71. Plusieurs aspects des médicaments et vaccins essentiels ont retenu l'attention : formulation des politiques nationales du médicament, établissement ou adoption de la liste des médicaments essentiels, rationalisation des filières d'achat, utilisation optimale des laboratoires régionaux de contrôle de la qualité des médicaments et, enfin, mise au point de cours de formation à la gestion et à l'usage rationnel des médicaments.

72. Un appui a été fourni pour le développement des capacités nationales dans le domaine de la technologie clinique, radiologique et de laboratoire.

73. En matière de médecine traditionnelle, on a privilégié la diffusion de documents techniques et de modèles de textes législatifs et réglementaires, l'appui à un atelier interpays sur la sélection et l'usage rationnel des médicaments traditionnels - atelier qui a débouché sur la signature d'un accord de coopération entre les pays participants et sur la définition des éléments d'un formulaire de phytothérapie - et la fourniture d'un appui à quatre centres collaborateurs.

74. A l'avenir, les efforts seront centrés sur les activités suivantes : renforcement de l'infrastructure sanitaire, en particulier les hôpitaux et les centres de santé, tout en encourageant une gestion décentralisée des établissements de santé de district; amélioration des outils gestionnaires et des systèmes de financement communautaire; mise au point de technologies appropriées de diagnostic, de traitement et de prévention des maladies et de stratégies efficaces de formation des équipes de santé, notamment au niveau du district; enfin, prestation de services et de soins de qualité.

Appui à l'information sanitaire

75. Le chapitre 6 du rapport - Appui à l'information sanitaire - a été présenté par le Dr N. Nhiwatiwa, du Secrétariat.

76. On a redoublé d'efforts dans le domaine de la coordination extérieure pour le développement sanitaire et social et la mobilisation des ressources pour la santé, afin d'améliorer la crédibilité de la Région et restaurer la confiance des bailleurs de fonds dans l'Organisation. Grâce à cette coordination, les pays ont bénéficié d'une assistance dans les domaines de l'élaboration, de la supervision et de l'évaluation des projets, ainsi que de la soumission de rapports réguliers à cet égard.

77. La coopération entre le Bureau régional et les institutions des Nations Unies s'est poursuivie, avec notamment l'adoption de la collaboration interinstitutions - une des stratégies visant à améliorer l'appui des Nations Unies au niveau des pays.

78. Le Bureau régional et la Banque africaine de Développement (BAD) ont maintenu leur étroite coopération au cours de la période considérée, l'OMS participant régulièrement aux réunions de la BAD. En consultation avec le Siège et l'OMS/EMRO, le Bureau régional a collaboré avec la BAD à la révision et à la mise à jour du document sur la politique de la Banque en matière de financement de la santé en 1994.

79. Le Bureau régional a continué de coopérer avec l'OUA en participant à l'élaboration du protocole sur la santé à annexer au Traité instituant la Communauté économique africaine et en prenant part aux réunions de l'OUA, y compris le Sommet de Tunis (juin 1994) lors duquel a été adoptée la résolution sur la prévention de l'infection à VIH/SIDA.

80. L'informatisation a amélioré l'efficacité et la qualité des services assurés par le Service de Publications et de Documents.

81. Le Service de Documentation sanitaire a continué à fournir aux pays, partenaires et responsables techniques les informations et documents sollicités. La mise en oeuvre de l'*Index Medicus africain* s'est poursuivie dans les pays. L'accès à la documentation sanitaire internationale a permis au Bureau régional d'obtenir des informations supplémentaires et un plus grand appui dans la mise en oeuvre du projet de l'*Index Medicus africain* dans d'autres pays.

82. L'Unité chargée de l'Information du public et de la Communication a continué à diffuser des informations, notamment sur les programmes prioritaires tels que l'éradication de certaines maladies, la lutte contre le paludisme, les maladies diarrhéiques, le VIH/SIDA et les autres maladies sexuellement transmissibles.

83. A l'avenir, les efforts se concentreront sur le renforcement de l'aptitude des assistants à l'information sanitaire (AIS) à promouvoir la sensibilisation du grand public en matière de santé. Des liens de collaboration seront établis avec d'autres partenaires tels que les médias, les associations religieuses, les ONG, etc. L'Unité mettra également l'accent sur la diffusion d'information sur la prévention, les symptômes et la prise en charge des maladies.

Programme de soutien

84. Le chapitre 7 du rapport - Programme de Soutien - a été présenté par M. D. Miller, du Secrétariat. Le programme a joué son rôle d'"élément moteur" dans l'exécution du programme de coopération technique entre l'OMS et les Etats Membres de la Région africaine. Des contacts directs ont été maintenus avec toutes les Représentations de l'OMS pour les orientations et l'appui administratif à donner aux programmes nationaux dans les domaines du financement, des achats internationaux, de la gestion du personnel et des services de voyage.

85. Le soutien aux bureaux de Représentants de l'OMS dans les pays secoués par l'agitation sociale a bénéficié d'une attention particulière. Il s'agit notamment du Rwanda, du Lesotho, de l'Angola, du Libéria, de la Sierra Leone, du Burundi, du Zaïre et du Congo. Il a fallu trouver de nouveaux mécanismes d'acheminement des fonds et des fournitures, pour ne pas interrompre la mise en oeuvre des programmes de coopération technique ou de secours d'urgence.

Discussion

86. Sous la direction du Président, le Comité a entrepris l'examen de la présentation du Rapport biennal du Directeur régional pour 1993-1994, chapitre par chapitre.

Appui aux systèmes nationaux de santé

87. L'importance du Programme des bourses d'études de l'OMS a été soulignée. On a fait observer qu'en dépit du caractère crucial du programme, il ressort des délibérations du Conseil exécutif que certains bailleurs de fonds recommandent une réduction de l'aide dans ce domaine. En outre, il a été révélé que le nombre total de bourses dans les disciplines autres que la santé publique était en augmentation.

88. En réponse à cette préoccupation, le Secrétariat a expliqué que le Bureau régional a toujours considéré le programme de bourses d'études comme une composante prioritaire de la coopération entre l'OMS et les Etats Membres. Il a rappelé que les gouvernements ont toujours été invités à établir un juste équilibre entre la santé publique et les disciplines cliniques pour répondre à leurs besoins de développement sanitaire pendant la période de transition épidémiologique que traverse actuellement la Région. Des efforts seront faits en ce sens dans le cadre des programmes de bourses nationaux établis en collaboration avec l'OMS.

89. Le manque relatif de spécialistes cliniques dans de nombreux pays de la Région constitue un souci partagé par beaucoup. Il entraîne souvent des évacuations sanitaires coûteuses vers l'Europe ou d'autres continents. Plusieurs options ont été proposées face à ce problème, notamment une utilisation plus équilibrée du programme de bourses d'études, la préparation d'un inventaire des établissements de soins tertiaires dans la Région à l'usage des Etats Membres et le regroupement des ressources sur une base sous-régionale.

90. Plusieurs pays ont soulevé la question de l'hétérogénéité des programmes de formation des professionnels de la santé, en particulier infirmières et sages-femmes, médecins et spécialistes; ils ont proposé une réévaluation et une meilleure coordination des activités de formation pour garantir la réciprocité des compétences dans la Région. De plus, un inventaire des établissements de soins tertiaires permettrait de mettre en commun les modestes ressources dont dispose la Région.

91. Le Secrétariat a informé les membres du Comité que l'on avait commencé en mars 1995 à préparer un inventaire des établissements de formation régionaux et qu'à la suite de la conférence sur la formation médicale tenue au Cap en avril 1995, une équipe régionale d'experts chargée de ces questions et d'autres du même ordre allait bientôt voir le jour.

92. Il a été demandé au Secrétariat d'indiquer les raisons de l'installation en Afrique centrale et en Afrique de l'Ouest d'équipements de laboratoire fonctionnant à l'énergie solaire. Il a été répondu que les fabricants avaient fourni toutes les données sur les pays qui utilisent déjà ce type de matériel et les résultats des essais d'utilisation. Un matériel a donc été fourni au Bureau régional pour équiper d'autres pays. De plus, le choix des trois pays a été déterminé par le souci de couvrir des conditions climatiques représentatives du littoral et de l'intérieur.

93. En ce qui concerne la promotion de la CTPD dans le domaine des médicaments essentiels et des vaccins, le rapport signale que la possibilité d'avoir recours aux experts et aux moyens de laboratoire de l'Afrique du Sud a été envisagée. A cet égard, il a été rappelé que l'étude de cette possibilité devait se faire par les voies officielles, en tenant dûment compte des contraintes résultant du processus de transformation en cours en Afrique du Sud.

Appui à la protection et à la promotion de la santé en général

94. Il a été demandé si l'expérience des 15 pays concernés par la politique d'iodation du sel avait été évaluée. Cette évaluation n'a pas encore été entreprise, mais un groupe de travail régional en a été chargé.

95. En réponse à une demande d'information sur les critères retenus pour aider le Malawi, l'Ouganda et le Zimbabwe à mettre au point des projets de santé bucco-dentaire axés sur le district, le Secrétariat a expliqué que l'agence DANIDA avait aidé ces pays en organisant un cours de formation de formateurs et que le Bureau régional avait assuré un appui pour le développement du projet dans les pays.

96. En ce qui concerne l'aggravation des problèmes rencontrés par les personnes âgées en Afrique, on ne dispose pas d'informations fiables dans la Région. Toutefois, le Bureau régional fera rapport sur cette question au prochain Comité régional.

97. Des délégués ont voulu savoir ce qui avait été fait pour mettre en oeuvre les résolutions visant à réduire la mortalité infantile et maternelle, ainsi que les résultats obtenus par les pays qui ont entrepris des activités dans ce sens. Le Secrétariat a répondu que trois grandes stratégies ont été utilisées : le développement des ressources humaines grâce à la formation dans le domaine des techniques cliniques et dans celui de la méthodologie de la recherche en santé génésique; le développement de réseaux et de consultations à l'échelle régionale en vue de la prévention de la mortalité maternelle et néonatale; les analyses de situation par pays et l'application de la stratégie "mère-enfant" dans le contexte du Paquet minimum de soins au niveau du district.

98. Une question a été posée sur ce qui a été fait pour améliorer l'approvisionnement en eau et l'assainissement dans le cadre de l'initiative AFRIQUE 2000. Le Secrétariat a répondu que le Bureau régional avait apporté une aide technique et financière à quelque 15 pays pour le lancement officiel de l'initiative et l'organisation de réunions consultatives.

Science et technologie de la santé appliquées à la lutte contre la maladie

99. La menace que représente le paludisme, l'une des principales causes de mortalité, et la nécessité pour tous les pays et l'OMS d'accorder à cette maladie une priorité suffisamment grande dans leur collaboration, ont été soulignées. En l'absence d'un vaccin efficace, le Secrétariat a été invité à faire, à l'intention du Comité, le point sur la collaboration entre le Bureau régional et le Siège dans la mise au point du nouveau vaccin Patarroyo.

100. Le Secrétariat a informé le Comité que les résultats des derniers essais du vaccin antipaludisme faisaient apparaître une réduction de la morbidité de 30 % seulement; toutefois, les efforts se poursuivaient pour améliorer ce vaccin et mettre au point d'autres vaccins candidats contre le paludisme. Il a annoncé que le Dr Patarroyo avait été invité à faire un exposé au cours de la présente session du Comité régional. Par ailleurs, il a souligné que parallèlement à la poursuite des efforts pour mettre au point un vaccin efficace contre le paludisme, il était possible de réduire les taux alarmants de mortalité et de morbidité liées au paludisme grâce au diagnostic précoce et au traitement rapide de la maladie, ainsi qu'à l'adoption de mesures de protection individuelle, y compris l'utilisation de moustiquaires et rideaux imprégnés d'insecticide. Il a relevé que cette stratégie s'était avérée efficace dans certains pays africains.

101. Le Dr M. Patarroyo, qui avait été invité par le Directeur régional à prendre la parole devant le Comité régional, a donné un aperçu de l'état d'avancement des travaux de développement et de production du vaccin antipaludique SPF66. Il a décrit la méthode utilisée pour mettre au point le vaccin à l'aide d'un processus qui supposait pour la première fois une approche chimique et non pas l'approche biologique type.

102. Il a expliqué que, depuis le début du projet, toutes les étapes préliminaires destinées à vérifier l'antigénicité, l'innocuité et les essais cliniques s'étaient déroulées dans son pays, la Colombie. C'est seulement lorsque l'innocuité et l'efficacité du vaccin ont été confirmés en Amérique latine que des essais plus importants ont été envisagés en Tanzanie et en Gambie.

103. Il a été souligné que, dans tous les essais du vaccin faisant intervenir des enfants de plus d'un an, l'efficacité protectrice se situait entre 30 % et 60 %. Or, dans le cadre de l'essai gambien où les enfants étaient âgés de 6 à 11 mois, l'efficacité protectrice se situait entre 3 % et 8 %.

104. Le Dr Patarroyo a précisé que la différence dans l'efficacité protectrice du vaccin entre les enfants de moins d'un an et les enfants plus âgés était peut-être due à l'absence d'immunité naturelle chez les enfants les plus jeunes.

105. Il a insisté sur le fait que, contrairement à certains points de vue négatifs exprimés au sujet du vaccin, il n'y avait pas de contradiction entre ses constatations initiales, qui avaient été confirmées au Brésil, en Equateur et en Tanzanie, et les faibles taux d'efficacité révélés par les données préliminaires de l'étude faite en Gambie. Il a expliqué qu'au fur et à mesure des autres essais, il serait nécessaire d'étudier le rôle de l'immunité naturelle dans l'apparition de l'immunité protectrice.

106. Le Dr Patarroyo a assuré le Comité que son équipe de recherche ainsi que le Gouvernement et le peuple colombien avaient en toute conscience décidé de faire don à l'OMS des droits de brevet du vaccin pour qu'il puisse être mis à la disposition des habitants du monde en développement qui en ont le plus besoin.

107. Son gouvernement et lui-même collaborent avec l'OMS pour coordonner la production et la distribution du vaccin qui, il faut l'espérer, sera disponible en 1998. Une fondation spéciale à but non lucratif a été créée à titre indépendant pour s'occuper, du côté colombien, de la production et de la distribution du vaccin. Le Dr Patarroyo a informé le Comité qu'il était prévu de mener d'autres essais avec le vaccin parmi des populations noires d'Amérique latine et d'Afrique et que les travaux se poursuivraient en vue d'améliorer encore le vaccin.

108. Au cours du débat, plus de quinze pays ont pris la parole pour féliciter le Dr Patarroyo et son équipe de recherche de leurs travaux pionniers. Répondant à une question concernant les stades du parasite du paludisme sur lesquels le vaccin agit, le Dr Patarroyo a expliqué que le vaccin s'était avéré contenir des fragments contre les stades mérozoïtaire et sporozoïtaire. Il a d'autre part déclaré que 80 % des fragments étaient efficaces au site de liaison entre le parasite et la cellule hôte.

109. Le Directeur régional a remercié le Dr Patarroyo de son exposé et assuré une nouvelle fois le Comité que l'OMS suivrait les travaux de développement du vaccin et coordonnerait les activités des chercheurs, des fabricants et des utilisateurs potentiels du vaccin, qui seront surtout les pays africains. En conclusion, le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC45/R4.

110. Le Comité régional a exprimé sa préoccupation au sujet de la fréquence des épidémies de choléra, de méningite, de dysenterie bacillaire, de peste, de tuberculose et de diphtérie. En dépit des recommandations antérieures, les informations relatives à ces épidémies ne sont diffusées ni dans les pays voisins, ni aux niveaux sous-régional et régional. Le Comité régional a fait remarquer que certains pays retiennent de telles informations jusqu'à ce que les médias en fassent état.

111. Le Comité a reconnu la nécessité des réunions de coordination interpays pour l'harmonisation des stratégies de lutte, mais ces réunions devraient toujours faire l'objet d'une évaluation. Il a aussi admis que les mouvements de population faisant suite à des catastrophes naturelles ou d'origine humaine peuvent également entraîner des épidémies comme cela a été le cas au Rwanda. La nécessité d'apporter un appui aux communautés d'accueil est maintenant largement reconnue.

112. Le phénomène de résistance accrue aux médicaments antituberculeux et aux médicaments de première intention contre la shigellose, de même que celui de la chloroquino-résistance ont été soulevés. Il a été proposé que tous les Etats Membres mettent sur pied des systèmes de surveillance et communiquent au Bureau régional les renseignements appropriés en vue de la mise en place d'un système régional d'information pour aider les pays à mettre en oeuvre leurs stratégies de prévention et de lutte.

113. L'initiative de prise en charge intégrée de l'enfant malade a été reconnue comme une composante fondamentale de la stratégie de réduction de la mortalité infantile.

114. La question du sous-diagnostic de la tuberculose en cas de présomption de SIDA a conduit certains pays à ne pas organiser un traitement approprié.

115. En conclusion, le Comité régional a formulé les recommandations suivantes :

- i) les Etats Membres sont invités à mettre sur pied des systèmes d'alerte précoce et à signaler rapidement toutes les épidémies, conformément à la résolution AFR/RC35/R6;
- ii) le Directeur régional est invité à assurer la diffusion rapide des informations relatives à toutes les épidémies survenant dans la Région;
- iii) le Directeur régional est invité à étudier les différentes possibilités d'approvisionnement des pays de la Région en médicaments essentiels à moindre coût, y compris à partir de sources internes à la Région;
- iv) les réunions interpays, y compris celles consacrées à la lutte contre les maladies, devraient faire l'objet d'un suivi rapide et systématique, notamment au niveau des Etats Membres de l'OMS.

Programme de soutien

116. Des questions ont été posées sur les politiques de recrutement de l'Organisation, qui paraissent discriminatoires à l'égard de certains pays, ainsi que sur les effets que la disparition de GPA risque d'avoir sur l'impact de la maladie dans ces pays aux ressources très limitées. Le Secrétariat a assuré les membres que les critères de recrutement de l'OMS seraient scrupuleusement respectés. Les postes seront annoncés et les candidats choisis en tenant compte non seulement de la compétence technique, mais aussi des aspects relatifs à la répartition géographique et par sexe.

117. La période de trois ans proposée pour l'emploi, à titre d'essai, des administrateurs recrutés sur le plan national a fait l'objet d'une question, de même que les rapports entre cette catégorie de personnel et les membres de l'équipe Santé pour tous des bureaux OMS/pays. Le Secrétariat a répondu qu'il s'agit pour l'OMS d'une nouvelle catégorie de personnel créée à titre expérimental pour une période de trois ans à l'issue de laquelle l'expérience sera évaluée. Le Bureau régional a amorcé le processus de recrutement. Dans les pays où le besoin s'en fait sentir, les administrateurs recrutés sur le plan national seront intégrés à l'équipe Santé pour tous. Par définition, ces administrateurs sont recrutés pour travailler dans le pays dont ils sont ressortissants.

118. En ce qui concerne l'adaptation de l'OMS aux changements mondiaux, le Secrétariat a fourni des renseignements supplémentaires sur la participation du Bureau régional aux activités des trois organes mis en place par le Directeur général, à savoir le Conseil de la Politique mondiale, le Comité de Développement de la gestion et les Groupes thématiques de Réflexion. Des progrès significatifs ont été enregistrés dans les domaines suivants : reformulation des politiques et stratégies de la santé pour tous, amélioration du processus gestionnaire de l'Organisation, mise en place d'un système fédéré d'information gestionnaire.

119. La gestion du Fonds spécial pour la Santé en Afrique reste un sujet de préoccupation pour le Comité. Le Secrétariat et le représentant de l'OUA se sont tous deux excusés de ne pouvoir fournir d'informations précises; ils ont ajouté que la question était suivie de très près par toutes les institutions concernées et que les résultats seraient présentés à la quarante-sixième session du Comité régional.

120. La question de la production et du contrôle de la qualité des médicaments au niveau local ou régional a été soulevée à la lumière de l'expérience de certains pays comme l'Erythrée.

121. Le Secrétariat a répondu que cette question faisait déjà l'objet d'études, mais qu'en raison de sa complexité et du coût élevé des activités en cause, leur succès dépendait de la bonne volonté et de l'engagement des pays eux-mêmes. Il faudra aussi étudier les possibilités de projets communs à plusieurs pays.

LUTTE CONTRE LE SIDA DANS LA REGION AFRICAINE : RAPPORT D'ACTIVITE (document AFR/RC45/5)

122. Le document AFR/RC45/5, préparé conformément à la résolution AFR/RC44/R12, a été présenté par le Dr J. A. Kalilani, du Secrétariat.

123. Sur les dix-sept pays dont les représentants ont pris part au séminaire de formation, quinze ont adopté des politiques sur la sécurité du sang au cours de la période considérée. Tous les Etats Membres ont intensifié les activités d'information, d'éducation et de communication (IEC) dans le cadre des programmes nationaux de lutte contre le SIDA.

124. Un grand nombre d'organisations non gouvernementales, de ministères et d'autres institutions des Nations Unies ont participé aux activités de prévention du VIH/SIDA et d'information, éducation et communication au niveau des pays. Des progrès appréciables ont été réalisés dans les domaines de la formation pour la promotion des activités IEC, la collaboration avec les ONG et l'approche multisectorielle.

125. Les préservatifs sont de plus en plus acceptés, vendus et utilisés dans tous les pays de la Région, mais aucun pays ne dispose d'un programme efficace de promotion visant à faciliter l'accès aux préservatifs et d'en réduire le coût.

126. L'immense majorité des programmes de lutte contre le SIDA est financée par les bailleurs de fonds par l'intermédiaire de l'OMS ou du soutien bilatéral direct. Seuls quelques Etats Membres ont prévu des postes budgétaires spécifiques dans leurs budgets nationaux pour le financement des activités de lutte contre le SIDA. L'intégration de ces activités dans les autres programmes de santé reste encore à réaliser dans de nombreux pays. Il a été signalé une instabilité sensible dans la direction de certains programmes nationaux de lutte contre le SIDA. En effet, depuis la quarante-quatrième session du Comité régional, les directeurs des programmes nationaux de lutte contre le SIDA ont été remplacés dans au moins 14 pays.

127. Au 31 décembre 1994, les premiers plans à moyen terme de tous les programmes nationaux de lutte contre le SIDA, à l'exception de deux, étaient arrivés à échéance. Cinq pays s'efforçaient de formuler leurs seconds plans à moyen terme (PMT II). Ceux de l'Ethiopie, du Kenya et de la Tanzanie devraient prendre fin en 1996. GPA/AFRO a apporté une assistance technique par l'entremise de ses propres équipes, de consultants et de directeurs de programmes nationaux expérimentés.

128. La répartition par année, âge et sexe du nombre total de cas de SIDA notifiés à l'OMS montre que la maladie a continué à toucher essentiellement les adultes des deux sexes âgés de 15 à 49 ans, et que le nombre de cas âgés de 0 à 4 ans est en augmentation constante.

129. Le Bureau régional a élaboré des directives pour la planification et la mise en oeuvre de programmes de prévention et de soins à base communautaire gérés au niveau du district, afin de garantir la durabilité des activités de lutte contre le SIDA.

130. Les activités à mener au cours des années 1996-1997 porteront notamment sur la préservation des acquis des programmes, la poursuite des efforts de renforcement des aptitudes nationales en matière de gestion de programmes multisectoriels de lutte contre le SIDA, la collaboration avec le programme coparrainé (UNAIDS) pour améliorer la coordination entre les divers partenaires, et l'appui aux activités de lutte inter pays.

131. Le programme UNAIDS doit certes remplacer le programme GPA, mais leurs rôles respectifs ne sont pas interchangeables. Le Comité a été invité à examiner la question pour veiller à ce que les missions fondamentales de GPA qui ne seraient pas reprises par l'UNAIDS continuent d'être assurées.

132. Au cours du débat qui a suivi, plus de trente délégués sont intervenus pour exprimer leur préoccupation au sujet des problèmes que posent les changements proposés dans la gestion du programme. Ces préoccupations ont notamment porté sur le sort des programmes nationaux de lutte contre le SIDA après décembre 1995, les possibilités d'action de l'UNAIDS au niveau national, la réduction de l'importance relative de la lutte contre les MST dans le cadre de l'UNAIDS, les nombreuses incertitudes concernant la période de transition, la possibilité que l'UNAIDS intervienne directement dans les pays sans la participation du Bureau régional - ce qui annulerait les avantages découlant de la décentralisation de GPA dans la Région - le risque de réduction du rôle de l'OMS dans la mise en oeuvre de l'UNAIDS, et les incertitudes quant à la direction technique de ce nouveau programme.

133. Les participants ont échangé leurs expériences sur les problèmes les plus courants rencontrés lors de la mise en oeuvre des programmes nationaux de lutte contre le SIDA. Ils ont notamment relevé la faible priorité accordée actuellement au soutien psychologique et aux soins, les problèmes relatifs à la transmission sanguine, la préférence accordée aux soins hospitaliers par rapport aux soins à domicile, le manque de fiabilité des tests de dépistage du VIH, la résurgence de maladies associées au VIH comme la tuberculose. La multitude d'ONG intervenant comme organismes à but lucratif, notamment en ce qui concerne la vente des préservatifs, l'insuffisance des activités de sensibilisation des enfants au problème du VIH/SIDA et à sa prévention ont été également soulignés.

134. Des expériences utiles ont été évoquées lors des débats. Elles ont concerné les activités suivantes : la décentralisation de campagnes nationales de sensibilisation au niveau régional ou local; les colloques nationaux sur le SIDA organisés à l'intention des autorités religieuses ou avec leur participation; l'organisation de groupes de soins et de soutien psychologique aux jeunes, avec l'aide d'ONG; la participation de personnes touchées par l'infection à VIH ou le SIDA à la planification, à la mise en oeuvre et à la gestion des programmes nationaux de lutte contre la maladie; la production de matériel d'information, d'éducation et de communication spécialement ciblé, y compris des films montrant par exemple les aspects psychosomatiques du SIDA.

135. De nombreux domaines d'action ont été identifiés pour l'accélération de la mise en oeuvre des stratégies nationales de lutte contre le SIDA. Il s'agit notamment de la mise au point de supports pour les campagnes de sensibilisation au niveau local; de la fourniture de trousseaux pour des tests valides et fiables; de la production en quantités suffisantes et dans les trois langues de travail de la Région de matériels didactiques pour la lutte contre le SIDA et les MST; de l'expansion des services de transfusion sanguine; de la constitution de groupes d'experts pour l'évaluation de la mise en oeuvre des résolutions adoptées par les Organes directeurs de l'OMS; de la sensibilisation accrue des populations migrantes aux dangers du SIDA; de la formation dans le domaine des soins à domicile à base communautaire; de la mobilisation de fonds par l'OMS et de l'augmentation des crédits budgétaires alloués aux pays pour la lutte contre le SIDA; de la production de films et autres supports documentaires sur les réalités de la vie des malades du SIDA; des mécanismes de coopération aux niveaux sous-régional et régional dans le domaine de la recherche et de l'échange d'informations; de la collaboration active de l'OMS à tous les niveaux dans le cadre de la nouvelle organisation mondiale des activités.

136. Les Etats Membres devraient prendre certaines mesures pour assurer notamment la motivation du personnel chargé de la lutte contre le SIDA, l'adoption d'un paquet minimum d'interventions pour la lutte contre le SIDA, y compris les activités IEC visant les changements dans le comportement, le soutien psychologique, la sécurité du sang; la recherche opérationnelle; la concrétisation de l'engagement politique en engagement financier par la création d'une rubrique spécifique pour la lutte contre le SIDA dans le budget national. Ces mesures pourraient aussi viser la promotion de la participation communautaire; l'intégration des programmes de lutte contre le SIDA et les MST dans l'ensemble des services de santé, en particulier au niveau périphérique; le développement de la participation des autres secteurs; les directives à donner aux ambassadeurs africains à New York afin qu'ils présentent une position africaine plus cohérente sur le SIDA à l'ECOSOC et au Conseil de Coordination du Programme UNAIDS.

137. Réagissant à certains des points soulevés, le Directeur régional a affirmé que l'OMS ne s'était jamais retirée et ne se retirerait jamais du programme de lutte contre le SIDA. Etant donné que l'OMS a pour mission de s'occuper de toutes les questions de santé, y compris le SIDA, le Bureau régional poursuivra ses activités dans ce domaine. Les problèmes que l'on a rencontrés et que l'on continuera encore de rencontrer dans la mise en oeuvre du programme viennent en partie de la dépendance quasi-totale vis-à-vis des financements extrabudgétaires. Le Bureau régional mettra en place une unité SIDA financée par le budget ordinaire et il est prévu qu'une mesure analogue soit prise au niveau des pays. Le Bureau régional intégrera les activités de lutte contre le SIDA dans les activités de certaines autres unités. L'OMS apportera le soutien le plus fort et la collaboration la plus étroite au programme UNAIDS.

138. En conclusion, le Directeur régional a conseillé aux Ministres de s'assurer que les bailleurs de fonds et les autres partenaires participant à la lutte contre le SIDA interviennent dans le plus grand intérêt du pays. Il a également invité le Comité régional à formuler de la manière la plus ferme possible la résolution qu'il se propose d'adopter, et a promis que cette résolution fera l'objet d'une large diffusion et sera transmise au Secrétaire général des Nations Unies. Enfin, il a estimé qu'étant donné que sur les vingt-deux membres du Conseil de Coordination du Programme UNAIDS cinq sont originaires de la Région, ceux-ci pourraient exposer clairement les préoccupations exprimées au sujet de ce programme.

139. Le Directeur général s'est demandé si l'Afrique pouvait suffisamment faire entendre sa voix au sein de la nouvelle unité et a souligné la nécessité d'une analyse minutieuse du fonctionnement du Conseil de Coordination du Programme.

140. L'importance des ONG dans la mise en oeuvre des activités de lutte contre le SIDA a été reconnue, et certains délégués ont estimé qu'étant donné que de nombreuses ONG sont directement financées par leurs gouvernements, il est probable qu'elles exécutent leurs propres programmes. L'OMS entretenant de bonnes relations avec ces ONG au niveau de chaque pays, il est souhaitable que les Représentants de l'OMS tirent profit de cette situation.

141. L'OMS devrait identifier les principales articulations du programme à tous les niveaux, et les Directeurs régionaux devraient porter celles-ci à l'attention du Conseil sur la Politique mondiale. Des mécanismes d'appui aux activités à mener au niveau des pays seront mis au point en collaboration avec les Bureaux régionaux.

142. Le Directeur général a fait observer que des préoccupations s'étaient exprimées quant à ce qu'il adviendrait du financement du programme UNAIDS compte tenu des coupes budgétaires opérées par quelques-uns des principaux pays donateurs. Il a toutefois été convenu qu'aucun effort ne devait être épargné pour s'assurer que l'Afrique bénéficie d'une part équitable des ressources disponibles dans le cadre du programme UNAIDS.

143. Le Directeur régional a assuré le Comité que, quelle que soit la décision prise au sujet du financement du programme UNAIDS, le Bureau régional mettrait au point des mécanismes pour faire face aux problèmes du SIDA dans la Région.

144. Dans une déclaration lue en son nom par le Dr Dev Ray, le Dr Peter Piot, Directeur exécutif de l'UNAIDS, a indiqué qu'il avait tout essayé, une fois revenu à Genève après la Conférence de Beijing, pour participer au Comité régional, mais n'a pas pu le faire à cause des problèmes de vol. Il s'est donc excusé de son absence au Comité régional.

145. Il a commencé à planifier le passage à l'UNAIDS en Afrique avec le Dr Ebrahim M. Samba, Directeur régional de l'OMS, et ils ont été pleinement d'accord qu'il ne doit y avoir aucune interruption dans les efforts de lutte contre le SIDA, ni aucun arrêt dans les activités menées. Ils élaboreront en septembre 1995 un plan commun sur la façon de gérer cette période de transition.

146. L'objectif principal du programme UNAIDS sera d'aider les pays à renforcer leurs capacités de lutte contre le VIH/SIDA et les MST en collaborant avec eux et en leur apportant un appui technique et financier direct. Quatre à cinq millions de dollars des Etats-Unis seront mis à la disposition des pays africains et 15 à 20 fonctionnaires internationaux seront affectés dans des pays de la Région. Les responsables des programmes nationaux, les équipes interpays d'appui technique et le personnel et les consultants du Siège à Genève apporteront également leur soutien aux pays. Le personnel de l'actuel GPA pourra répondre à tout avis de vacance publié par l'UNAIDS.

147. Le Dr Piot a terminé sa déclaration en affirmant que l'UNAIDS se tiendra aux côtés de l'Afrique et en promettant d'envoyer aux Ministres, dans un délai d'un mois, les informations utiles sur l'UNAIDS.

148. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC45/R1 sur la lutte contre le SIDA dans la Région africaine.

LE TABAC OU LA SANTE DANS LA REGION AFRICAINE (document AFR/RC45/6)

149. Le document AFR/RC45/6 a été présenté par le Dr S. J. Thorpe, du Secrétariat, qui a insisté sur les problèmes qu'entraîne l'augmentation de la consommation de tabac dans la Région africaine et sur la nécessité de prendre des mesures plus efficaces pour lutter contre la morbidité et la mortalité liées au tabac.

150. Il a souligné que le passage de la vie traditionnelle de subsistance des zones rurales à la vie moderne de la ville s'accompagne, entre autres, de l'accroissement de l'abus de l'alcool et du tabac parmi les jeunes en Afrique. Les nombreuses résolutions sur le tabac ou la santé adoptées depuis 1970 ont été rappelées, notamment celle qui invite les Etats Membres à mettre en oeuvre une stratégie complète de lutte antitabac et à trouver des solutions de remplacement économiques et viables à la production, au commerce et à la taxation du tabac. Les résultats de l'enquête menée dans la Région africaine de l'OMS en 1993 et actualisée en 1994 et 1995, ont révélé que le tabagisme est de plus en plus populaire parmi les jeunes et les femmes. Cette enquête a montré que la plupart des pays africains fabriquent des cigarettes; tandis que certains importent à la fois du tabac en feuilles et des cigarettes pour couvrir le déficit de la production nationale, d'autres exportent du tabac en feuilles. On note, par ailleurs, que les multinationales du tabac ont intensifié les campagnes de promotion de l'usage des cigarettes dans la Région.

151. Les principales activités exécutées au cours des années 1993-1994 ont été présentées, notamment la célébration chaque année dans tous les Etats Membres de la Journée mondiale sans Tabac. Un aperçu de certaines directives des programmes nationaux de lutte contre le tabagisme a été donné, tout comme ont été proposées les activités à mener au niveau régional.

152. Compte tenu de la complexité de la lutte contre le tabagisme, le Comité régional a été invité à étudier le rapport et à donner au Secrétariat des directives sur les orientations futures du programme régional.

153. Le Président de la Commission pour la Lutte contre le Tabac en Afrique, Dr D. Yach, a résumé les activités de la commission depuis la conférence organisée à Harare en novembre 1993. Parmi les principales activités figuraient une réunion de suivi au Ghana et la participation d'une importante délégation africaine à la Conférence mondiale sur la Lutte contre le Tabac réunie à Paris en 1994. Des représentants du Kenya, de l'Afrique du Sud et du Zimbabwe ont participé en juillet 1995 au premier cours international de formation à la lutte antitabac aux Etats-Unis d'Amérique et sont censés organiser un cours africain au Cap en 1996.

154. Le tabac est, de l'avis général, un problème de développement qui a de sérieuses conséquences sur la santé, l'environnement et l'agriculture. Il a été signalé que plusieurs pays africains étaient conscients de l'excellent rapport coût/efficacité de la lutte antitabac par rapport à d'autres mesures de santé publique.

155. Au cours des discussions qui ont suivi, quinze Etats Membres ont félicité le Directeur régional pour son rapport à la fois clair et succinct sur ce sujet important. Le fait que l'initiative venait à point nommé a été soulignée. La majorité des délégués se sont dit conscients des risques de l'usage du tabac pour la santé et, en particulier, de son rôle dans l'étiologie du cancer du poumon, des maladies cardio-vasculaires, de l'emphysème et des naissances prématurées. Soixante-dix pour-cent des décès dus à ces maladies seront enregistrés dans des pays en développement.

156. Il faudra intensifier l'éducation et l'information du grand public en focalisant notamment les activités sur les femmes, les jeunes et les écoliers. Les organisations non gouvernementales et les associations antitabac devraient être aidées et encouragées dans leurs activités. Il faudrait que, dans les pays, les points focaux du programme "le tabac ou la santé" mettent sur pied une formation des personnels de santé et d'autres agents de la lutte antitabac pour renforcer les capacités nationales dans ce domaine. Tous les pays devraient introduire des modèles appropriés d'enseignement au bénéfice des écoles primaires, secondaires et des universités.

157. Il conviendrait de mener des études, avec l'aide de l'OMS, pour rassembler des données exactes sur la morbidité et la mortalité associées à l'usage du tabac et sur les tendances de la prévalence du tabagisme. Etant donné qu'il est difficile de trouver des cultures de substitution pour le tabac, il a été suggéré de continuer à rechercher d'autres utilisations des feuilles de tabac frais.

158. Les délégués ont déploré le regain de publicité fait dans la Région en faveur du tabac et de ses produits par les sociétés transnationales productrices de tabac. Une aide a été demandée à l'OMS pour contrer ces campagnes de publicité par une action de plaidoyer et l'adoption d'une législation, le cas échéant. Plusieurs pays ont lancé un appel en faveur de la solidarité internationale à cet égard.

159. La plupart des pays ont reconnu le rôle que jouait la législation dans la taxation, la fixation des prix, la commercialisation des cigarettes et leur impact sur la consommation totale de cigarettes. Ils ont soulevé la question des modalités d'application des lois, et en ont admis la complexité. L'harmonisation de la législation et des politiques fiscales des différents pays de la Région permettrait de freiner la contrebande. Toutefois, le Comité a souligné qu'il fallait faire preuve de prudence avant d'adopter des lois qui pourraient s'avérer difficiles à appliquer. La clé de l'application des textes réside dans la participation communautaire et la sensibilisation de la population.

160. Le Malawi a fait savoir que, bien que les exportations du tabac lui procurent 75 % de ses devises, il accueillerait favorablement un appui destiné à réduire la dépendance nationale par rapport au tabac. Pour ce faire, il faudrait un engagement ferme de la communauté mondiale, et l'OMS est invitée à mobiliser cette solidarité internationale avec l'aide d'autres organismes du système des Nations Unies.

161. Le succès de la lutte contre le tabagisme dépend essentiellement de l'engagement politique, du genre de l'appel du Président Mandela en faveur de la réduction de la consommation du tabac. A cet égard, chaque pays devrait désigner un responsable national pour le programme "le tabac ou la santé". Enfin, il a été recommandé qu'un débat sur le thème "le tabac ou la santé" soit organisé au cours de la Quarante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé.

162. Réagissant à ce débat animé et en réponse aux demandes de renforcement de la collaboration du Bureau régional, le Secrétariat a exprimé sa satisfaction pour l'intensité de l'échange de vues sur la question et s'est déclaré prêt à poursuivre la fructueuse collaboration entamée.

CORRELATION ENTRE LES TRAVAUX DU COMITE REGIONAL, DU CONSEIL EXECUTIF ET DE L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE

163. Au nom du Directeur régional, le Dr N. Nhiwatiwa, Directeur de la Coordination du Programme et de l'Information, a présenté les documents AFR/RC45/7, AFR/RC45/8 et AFR/RC45/9 relatifs respectivement aux points 7.1, 7.2 et 7.3 de l'ordre du jour.

Modalités de la mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif (document AFR/RC45/7)

164. Le document AFR/RC45/7 constitue le rapport du Directeur régional sur les modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par la Quarante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé et la quatre-vingt-quinzième session du Conseil exécutif.

165. Le rapport ne contient que des paragraphes extraits du dispositif des résolutions adoptées par la Quarante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé. Chaque résolution est accompagnée d'une proposition concernant les mesures à prendre ou d'informations sur les mesures déjà en cours d'exécution.

166. Le Directeur régional a soumis le rapport à l'examen du Comité régional en vertu de la résolution WHA33.17 de l'Assemblée mondiale de la Santé, qui demandait au Comité régional de participer activement aux travaux de l'Organisation, et notamment de soumettre au Conseil exécutif des recommandations et des propositions d'intérêt régional.

167. L'attention du Comité a notamment été appelée sur la résolution WHA48.16 sur l'adaptation de l'OMS aux changements mondiaux : pour une nouvelle stratégie de la santé pour tous.

168. Le Directeur régional a fait observer que l'Organisation de l'Unité africaine adopte périodiquement des résolutions en matière de santé qui ont des incidences sur les travaux de l'OMS dans la Région africaine. Il a été proposé qu'à l'avenir les résolutions relatives à la santé adoptées par l'OUA soient examinées en même temps que celles de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif. En conséquence, le Directeur régional a soumis au Comité les résolutions adoptées à la Cinquième session ordinaire de la Conférence des Ministres africains de la Santé. Le Comité a été invité à donner des orientations concernant l'avenir.

169. Le Comité régional a pris note avec satisfaction de la nouvelle méthode adoptée pour donner suite aux résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif afin de faciliter leur mise en oeuvre et leur évaluation. Le Comité a exprimé l'espoir que cette méthode soit également appliquée aux résolutions du Comité régional. Les Représentants de l'OMS devraient en assurer le suivi au niveau des pays.

170. Le Comité régional a été informé des expériences de préparation aux situations d'urgences effectuées dans certains pays. Etant donné que de telles situations se rencontrent sous une forme ou sous une autre dans quelque 36 des 46 pays de la Région africaine, il était bon de souligner l'importance de cette préparation. Une nouvelle unité a été créée au Bureau régional pour coordonner les opérations d'urgence. Les Représentants de l'OMS ont reçu pour instruction de veiller à ce que des dispositions concernant la préparation aux situations d'urgence soient prévues dans l'AFROPOC et que les pays soient prêts à modifier leur budget pour répondre aux besoins immédiats en attendant la mobilisation de l'aide extérieure.

171. Compte tenu de la nouvelle approche adoptée pour suivre la mise en oeuvre des résolutions de l'OMS, les institutions des Nations Unies et les autres organisations internationales avaient déjà commencé à participer à la Réunion régionale du Programme (RPM) en 1995. A l'avenir, il faudrait envisager la participation à ces réunions de ressortissants des pays intéressés.

172. Répondant à des questions posées au sujet de la vacance du poste de Conseiller régional en SMI/PF financé par le FNUAP, le Directeur régional a donné au Comité l'assurance que ce poste serait bientôt pourvu et financé sur le budget ordinaire.

Ordres de jour de la quatre-vingt-dix-septième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé : Incidences régionales (document AFR/RC45/8)

173. Le document AFR/RC45/8 est le rapport du Directeur régional sur les projets d'ordre du jour provisoire de la quatre-vingt-dix-septième session du Conseil exécutif, prévue du 15 au 24 janvier 1996, et de la Quarante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, qui doit avoir lieu du 20 au 25 mai 1996. Ce rapport contient également un projet d'ordre du jour provisoire pour la quarante-sixième session du Comité régional, qui doit se tenir du 4 au 11 septembre 1996.

174. Le rapport a été soumis en vertu de la résolution AFR/RC33/R6 du Comité régional approuvant cette procédure pour la coordination des ordres du jour des Organes directeurs aux niveaux mondial et régional. Il invitait le Comité à prendre note de la corrélation qui existe déjà entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé en ce qui concerne les points suivants qui figurent à l'ordre du jour des trois organes :

- a) Rapports des Directeurs régionaux
- b) Mise en oeuvre des résolutions et décisions
- c) Stratégie de la santé pour tous
- d) Lutte contre le SIDA.

175. Le Comité a été invité à présenter ses observations notamment sur la stratégie de la santé pour tous, à choisir les parties de l'ordre du jour du Conseil exécutif et/ou de l'Assemblée mondiale de la Santé qui devraient figurer dans l'ordre du jour de sa quarante-sixième session, et à soumettre des recommandations au Conseil exécutif sur des questions d'intérêt régional et mondial.

Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC45/9)

176. Conformément à la résolution WHA36.16, la Quarante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé devra s'ouvrir le lundi 20 mai 1996 et se terminer au plus tard le samedi 25 mai 1996 à midi. Le Président du quarante-cinquième Comité régional sera proposé à l'un des postes de Vice-Président de la Quarante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé. On trouvera à l'annexe 4 du document la liste des Etats Membres habilités à désigner les personnes qui siégeront au Conseil exécutif. La disponibilité de ces personnes devra être confirmée au moins un mois avant le début de la Quarante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé.

177. Pour assurer le bon fonctionnement de l'Assemblée mondiale de la Santé, des consultations devront avoir lieu, au besoin entre le Directeur régional et le Directeur général, avant la Quarante-Neuvième Assemblée au sujet des délégués des Etats Membres de la Région africaine qui pourraient assumer les fonctions de Président, Vice-Président ou Rapporteurs des Commissions A et B de l'Assemblée (Article 34 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé).

178. Le Directeur régional organisera une réunion informelle du Comité régional le 20 mai 1996 à 8 heures. Il sera demandé à cette réunion de confirmer les décisions ci-après prises par le Comité régional à sa quarante-cinquième session :

- i) poursuite de la pratique des réunions quotidiennes des délégations africaines à l'Assemblée mondiale de la Santé pour leur permettre de procéder à un échange de vues sur les travaux en cours et de se consulter sur les positions à prendre en ce qui concerne les débats prévus en séance plénière et en commissions;

- ii) présentation en séance plénière de déclarations conjointes par un certain nombre de pays regroupés selon des critères naturels, en lieu et place de déclarations individuelles, sur des problèmes communs;
- iii) désignation d'Etats Membres qui rempliront diverses fonctions.

179. En vertu de la résolution WHA48.17, les discussions techniques à la Quarante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé seront remplacées à titre d'essai par un nombre limité de séances d'information technique axées sur des problèmes de santé importants. Ces questions pourront ensuite faire l'objet d'un dialogue informel.

180. L'attention des délégués a également été appelée sur le document AFR/RC45/9 Rév.1 Add.1 concernant les Etats Membres qui souhaitent faire partie d'une autre Région.

181. Quelques délégués ont demandé si la décision d'organiser l'Assemblée mondiale de la Santé en cinq jours était permanente ou temporaire. On a également demandé sur quelle résolution ou quel mandat cette décision était fondée.

182. Le Directeur régional a informé les délégués que la décision résultait des recommandations du Conseil de la Politique mondiale et du Conseil exécutif. C'était un moyen de faire des économies dans le fonctionnement des Organes directeurs.

ACTIVITE DE L'OMS DANS LA REGION AFRICAINE : EXAMEN DU RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME (document AFR/RC45/10)

183. En présentant le rapport du Sous-Comité du Programme, son Président, le Dr M. O. George, s'est félicité des directives du Directeur régional qui ont facilité le travail du Sous-Comité dans l'examen de toute une série de thèmes allant de sujets très techniques à des questions administratives et financières. Le souci de parvenir à des solutions pratiques et réalistes a guidé le Sous-Comité dans la formulation des résolutions.

Programme régional de lutte antipaludique : Rapport de situation (document AFR/RC45/11)

184. Le document AFR/RC45/11 a été présenté par le Dr N. A. Adamafio, membre du Sous-Comité du Programme, qui a souligné que les problèmes rencontrés dans la mise en oeuvre des programmes nationaux de lutte antipaludique portent sur l'expansion de la chloroquino-résistance, l'insuffisance de personnel qualifié, le manque de supervision et la non-disponibilité des médicaments appropriés.

185. Les principales activités de collaboration entre le Bureau régional et les pays ont concerné l'assistance technique pour la formulation et/ou la révision des programmes nationaux de lutte antipaludique dans 25 pays, de même que la formation de spécialistes du paludisme. A cet égard, 80 % des programmes nationaux de lutte antipaludique sont actuellement dirigés par des responsables ayant reçu une formation complète en paludologie.

186. Le Sous-Comité a proposé l'accélération de la mise en oeuvre du programme de lutte antipaludique, notamment en ce qui concerne la prise en charge des cas de paludisme et les mesures de protection individuelle, y compris l'utilisation de matériels imprégnés d'insecticides tels que les moustiquaires. Il a été observé que bien que le paludisme soit considéré comme le principal problème de santé publique en Afrique, les efforts de lutte n'ont pas donné de résultats significatifs en dépit de l'existence de mesures de lutte.

187. Le Sous-Comité a reconnu que des obstacles d'ordre économique et culturel empêchaient l'application plus large de mesures de lutte présentant un bon rapport coût/efficacité. Il a été recommandé d'envisager l'utilisation appropriée de la médecine traditionnelle pour le traitement du

paludisme. Des efforts devraient être déployés pour promouvoir l'intégration des soins aux malades, en particulier les enfants, le paludisme étant une cause majeure de mortalité infantile.

188. Il a été noté que bien que le DDT ait été interdit dans certains pays, son utilisation pour les pulvérisations intradomiciliaires, dans les zones où le vecteur est sensible, s'est avérée à la fois sans danger et efficace.

189. Le Sous-Comité a recommandé la mise en place de postes sentinelles pour la surveillance de la résistance aux antipaludiques, ainsi que l'adoption d'une résolution lançant un appel en faveur d'une plus grande utilisation des moustiquaires et d'une plus grande mobilisation des communautés pour la lutte contre le paludisme.

190. Le Comité régional a exprimé sa préoccupation devant l'aggravation de la situation du paludisme en Afrique, y compris l'incidence de flambées épidémiques dans certaines zones de montagnes de l'Afrique de l'Est. La résistance déjà établie aux antipaludiques a été accentuée par l'utilisation de médicaments de médiocre qualité et la mauvaise prise en charge des cas. Il a été noté que bien que la majorité de la population ait recours à la médecine traditionnelle pour le traitement du paludisme, cette forme de prise en charge des cas de paludisme n'avait pas encore été suffisamment explorée.

191. L'engagement des professionnels de la santé dans la lutte contre le paludisme a été jugé faible, en partie à cause du manque de formation. Plusieurs Etats Membres se sont félicités de l'appui de l'OMS à la formation des professionnels de la santé dans le domaine de la prise en charge des cas, tout en demandant que cet appui soit renforcé.

192. Le rôle des communautés elles-mêmes dans la lutte contre le paludisme a été souligné. A cet égard, le Comité a estimé nécessaire d'accorder la priorité aux stratégies de prévention. Celles-ci devraient inclure l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticides, la salubrité de l'environnement et au besoin l'utilisation d'insecticides pour la lutte antivectorielle.

193. S'agissant des obstacles d'ordre économique, certains pays ont fait part d'expériences positives avec des ONG pour la fourniture de moustiquaires à des prix subventionnés. La nécessité de continuer à soutenir la recherche sur le paludisme a été soulignée. Les activités de recherche opérationnelle devraient être intensifiées et diversifiées pour inclure la mobilisation sociale et la participation communautaire.

194. Le Comité régional a apporté son ferme appui aux efforts de recherche en cours pour trouver un vaccin contre le paludisme. S'agissant du vaccin polypeptidique SPF66, mis au point par le Dr M. Patarroyo de Colombie, le Comité a invité instamment le Directeur régional à encourager les pays africains à participer aux essais sur le terrain et à d'autres activités de recherche susceptibles d'améliorer l'efficacité de ce vaccin. Plusieurs Etats Membres se sont dit intéressés par la participation à ces essais.

195. Le Comité régional a demandé au Directeur régional d'apporter son appui à l'élaboration de plans d'action nationaux de la lutte contre le paludisme, et de poursuivre ses efforts de mobilisation de ressources par l'intermédiaire du Groupe spécial sur la lutte contre le paludisme.

Programme élargi de vaccination : Progrès réalisés pour parvenir à l'éradication de la poliomyélite, à l'élimination du tétanos néonatal et à la maîtrise de la rougeole
(document AFR/RC45/12)

196. Le Dr S. B. Darret, membre du Sous-Comité du Programme, a présenté le rapport du Sous-Comité sur le programme élargi de vaccination (document AFR/RC44/12).

197. Des progrès remarquables avaient été réalisés dans la couverture du PEV dans la Région africaine au cours des années 80, mais on a signalé une tendance à la baisse depuis le début des années 90. Les pays ont été priés de renforcer leurs activités de vaccination dans les formations sanitaires - demande à laquelle ils ont répondu avec enthousiasme - et les taux de couverture montrent une tendance à la hausse comme l'a souligné le rapport.

198. L'amélioration de la chaîne du froid, la coordination des dispositions prises pour partager la logistique et les moyens de transport entre divers programmes de santé, ainsi que l'amélioration de la gestion des programmes ont porté leurs fruits, comme le prouvent les informations venant de plusieurs pays.

199. L'initiative prise par le Bureau régional pour encourager les groupes de pays appartenant au même bloc épidémiologique à élaborer ensemble leur programme et à partager des informations relatives à la gestion a été très appréciée. On s'est félicité de l'émergence de la première zone libérée de la poliomyélite, qui comprend des pays de la Sous-Région de l'Afrique australe; ce modèle mérite d'être imité.

200. On a souligné la nécessité de l'engagement politique des gouvernements et des communautés dans la Région, afin d'organiser des journées nationales de vaccination, lesquelles constituent un moyen d'assurer une bonne participation des populations touchées.

201. Les pays ont été instamment priés d'accélérer l'intégration de la vaccination dans les services généraux de santé, de mettre davantage l'accent sur la réduction des maladies liées au PEV grâce à l'amélioration de la surveillance des maladies et d'augmenter l'allocation budgétaire prévue pour l'achat des vaccins dans leurs budgets nationaux.

202. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC45/R5.

203. Le Comité régional a réaffirmé son engagement vis-à-vis du PEV; il s'agissait là d'une intervention préventive et importante et même prioritaire qui méritait un soutien continu. On a loué la clarté de la présentation du rapport du Directeur régional, qui décrivait les progrès réalisés dans les pays et les stratégies des programmes par bloc épidémiologique. Le Comité régional a prié le Bureau régional d'envisager d'apporter une assistance spéciale aux pays qui, dans leur bloc épidémiologique, sont en retard par rapport aux autres dans la mise en oeuvre de la stratégie.

204. Les pays ont fait part de leur expérience récente dans la mise en oeuvre des campagnes nationales ou sous-nationales de lutte contre la maladie, comme les journées nationales de vaccination synchronisées dans les pays de l'Union du Maghreb. Ces campagnes ont renforcé la mobilisation de la population et des agents de santé et créé une demande de surveillance des maladies cibles du PEV, en particulier la poliomyélite. Beaucoup de pays ont constaté que les journées nationales de vaccination étaient une entreprise de grande envergure qui nécessitait davantage de ressources et d'efforts qu'on ne le pensait auparavant.

205. Le Comité régional s'est penché sur la question du maintien dans le temps et du financement du programme. La mobilisation sociale, l'entretien de la chaîne du froid, la gestion intégrée des programmes au niveau du district et un bon approvisionnement en vaccins ont été jugés essentiels au maintien du programme dans les Etats Membres. Bien que davantage de pays aient trouvé un financement national pour acheter des vaccins à l'appui des opérations du PEV, le Comité régional a estimé nécessaire que les partenaires internationaux continuent à fournir un appui, car le niveau de financement national était encore très limité par rapport à l'ensemble des besoins du programme.

206. Le Comité régional a pris note des efforts déjà faits par le Directeur régional pour appuyer la mise en oeuvre des programmes nationaux, notamment :

- la désignation d'équipes d'experts du PEV pour chaque bloc épidémiologique;
- le recrutement d'un expert chargé des questions d'approvisionnement en vaccins et de contrôle de la qualité des vaccins, en collaboration avec l'UNICEF et d'autres partenaires;
- la désignation des laboratoires régionaux de référence pour la poliomyélite.

207. Le Comité a recommandé que le Directeur régional réexamine la question de l'approvisionnement en vaccins contre l'hépatite B et la fièvre jaune afin de les inclure dans les programmes nationaux PEV des pays qui en ont besoin. Il a pris note avec satisfaction des progrès signalés dans la mise au point de moyens élargis de production de vaccins en Afrique du Sud et a suggéré que le Directeur régional fournisse un appui à cette activité.

208. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC45/R5.

Progrès réalisés dans l'éradication de la dracunculose dans la Région africaine de l'OMS
(document AFR/RC45/13)

209. Le document AFR/RC45/13 a été présenté par M. Bengone Bayi, membre du Sous-Comité du Programme. Le Comité régional a été informé qu'en dépit du recul spectaculaire de 84 % de l'incidence de la maladie entre 1990 et 1994, il était désormais évident que de nombreux pays ne pourraient parvenir à l'éradication, à la date fixée, c'est-à-dire le 31 décembre 1995.

210. Le Comité a été averti que les communautés affectées, les autorités nationales et les bailleurs de fonds extérieurs risquaient de faiblir dans leur engagement à l'égard du programme d'éradication à mesure que le nombre de cas signalés se rapprochait de zéro. Comme on prévoyait qu'il faudrait d'énormes efforts pour maintenir l'élan et le niveau de financement actuels, les pays ont été vivement incités à adopter la stratégie modifiée telle qu'elle était exposée dans le document afin de respecter le calendrier fixé pour l'éradication.

211. Le Sous-Comité du Programme a présenté une résolution demandant aux Etats Membres et au Directeur régional de prendre des mesures précises pour aider les Etats Membres à atteindre l'objectif fixé.

212. Le Comité régional a loué les efforts considérables entrepris dans la plupart des pays d'endémie au cours des dernières années en vue de l'éradication de cette maladie débilitante et a exprimé son appréciation à Global 2000, aux "Centres for Diseases Control" (CDC) d'Atlanta, à la Fondation Sasakawa, à l'UNICEF et à l'OMS pour l'appui accordé au programme d'éradication.

213. Le Directeur régional a été prié d'inviter les institutions des Nations Unies et les autres partenaires à maintenir leur appui au programme dans sa phase finale et à investir davantage de ressources dans l'approvisionnement en eau saine des communautés à risque.

214. Le Directeur régional a informé le Comité que l'OMS travaillait en étroite collaboration avec le Centre Carter afin de mobiliser des ressources additionnelles pour le financement du programme et qu'il ferait rapport sur ce point au prochain Comité régional.

215. Il a été convenu que le Directeur régional proposerait à la quarante-sixième session du Comité une nouvelle date cible pour l'éradication de la dracunculose après avoir consulté les autres partenaires.

216. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC45/R8.

Santé des jeunes et des adolescents : Rapport de situation et analyse des tendances
(document AFR/RC45/14)

217. Le rapport du Sous-Comité du Programme sur la santé des jeunes et des adolescents (document AFR/RC45/14) a été présenté par le Dr O. Bangoura qui a souligné les principaux problèmes rencontrés par les jeunes et les adolescents, notamment les maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA, les grossesses non désirées, l'abus d'alcool et la drogue.

218. Les politiques relatives à la santé des jeunes et des adolescents devraient être élaborées, mises en oeuvre et suivies avec la participation active des intéressés. La solution de leurs problèmes nécessite une approche multisectorielle et multidisciplinaire.

219. Les programmes de santé destinés aux jeunes et aux adolescents devraient être intégrés aux services de santé ordinaire tout en préservant la confidentialité et la sensibilité culturelle des intéressés.

220. Le Comité régional a par conséquent été invité à apporter son appui à la résolution proposée.

221. Il est clairement ressorti des débats qui ont suivi que les pays de la Région se trouvent à des stades différents dans l'élaboration de programmes nationaux spécifiques de promotion de la santé des jeunes, certains organisant encore des conférences nationales de sensibilisation aux problèmes des jeunes, alors que d'autres disposent déjà de programmes nationaux bien structurés relevant du Bureau du Président de la République.

222. Des préoccupations ont été exprimées au sujet de l'augmentation de la prévalence de la mortalité juvénile due à la pandémie du VIH/SIDA, ainsi que des proportions alarmantes prises par la violence contre les enfants et les jeunes dans certains pays.

223. Les approches préconisées pour la prévention et la prise en charge des cas portent notamment sur les programmes multisectoriels et multidisciplinaires de plaidoyer pour la santé, l'IEC (information, éducation et communication), l'éducation sanitaire à l'école et les réformes législatives.

224. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC45/R7.

Prévention de l'invalidité et réadaptation : Analyse de la situation régionale et tendances futures (document AFR/RC45/15)

225. En présentant le document, le Dr N. Mapetla, membre du Sous-Comité du Programme, a brièvement expliqué comment l'accent précédemment mis sur le traitement des personnes handicapées est passé progressivement à la prévention et à la réadaptation. Il a été noté que les pays de la Région ne déploient guère d'efforts dans le domaine de la prévention de l'invalidité et de la réadaptation, et qu'il convient de remédier à cette situation.

226. Il a été signalé que la plupart des pays se trouvent encore au stade initial de la mise au point de programmes multisectoriels et ont besoin d'une assistance technique de l'OMS. La nécessité pour les pays d'instaurer un environnement propice à la mise en oeuvre efficace des programmes a été soulignée.

227. Il a été noté que les travailleurs ont droit à la protection contre les risques pour la santé liés au travail, que ceux-ci soient d'ordre physique, chimique ou biologique.

228. Le Sous-Comité du Programme a proposé un projet de résolution pour examen et adoption par le Comité régional.

229. Le Comité régional a déploré l'augmentation du nombre de cas d'invalidité dues aux guerres et a préconisé des approches pacifiques pour le règlement des conflits dans la Région.

230. Les autres principales causes d'invalidité sont les complications de maladies et la violence.

231. La nécessité de protéger les personnes handicapées contre toute forme de discrimination, y compris la garantie de l'égalité d'accès à l'emploi, a été soulignée. La représentation des personnes handicapées dans le processus de planification, de mise en oeuvre et de gestion des programmes tant au niveau des pays qu'à celui de la Région a été préconisée.

232. En conclusion, le Président a appelé l'attention des Etats Membres sur le fait que certaines maladies non transmissibles telles que les complications de l'hypertension, que l'on peut pourtant facilement prévenir, peuvent également causer l'invalidité.

233. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC45/R6.

Stratégies pour améliorer la qualité des soins dans les institutions de soins de santé de la Région africaine (document AFR/RC45/16)

234. Le Dr P. Nzaba, membre du Sous-Comité du Programme, a présenté cette partie du rapport.

235. Le rapport a été établi pour donner suite à la directive formulée par le Comité à sa quarante-quatrième session pour que l'assurance de la qualité des soins soit incluse dans les activités et la gestion des établissements de soins de santé dans la Région.

236. Le Bureau régional a proposé pour approbation au Comité régional un nouveau programme intitulé "Assurer des soins de qualité pour instaurer la santé pour tous". Il s'agit de donner aux pays les moyens d'évaluer les résultats des interventions de santé, de les comparer aux normes agréées concernant les éléments essentiels, les résultats professionnels, l'utilisation optimale des ressources, la sécurité des pratiques professionnelles et la satisfaction des usagers.

237. Le Comité régional a mis l'accent sur les points suivants:

- i) la nécessité de définir des critères communs d'évaluation de la qualité des soins qui serviront ensuite à identifier les centres régionaux assurant des soins de qualité; ce qui aidera à résoudre le problème épineux de l'évacuation médicale en dehors de la Région;
- ii) l'importance de la formation de toutes les catégories du personnel des soins de santé afin d'améliorer la qualité des soins à tous les niveaux du système de santé; cette formation étant assurée principalement dans les hôpitaux, ceux-ci méritent une attention suffisante;
- iii) la nécessité de respecter des normes élevées en matière d'éthique professionnelle à tous les niveaux (politique, administratif et technique), de manière à garantir la sécurité des malades et le succès du programme;
- iv) la détermination par les quarante-troisième et quarante-quatrième sessions du Comité régional de normes pour l'infrastructure, les équipements et la technologie sanitaires, ainsi que l'adoption d'une charte des donateurs et des bénéficiaires dont la mise en oeuvre devrait éviter aux pays de recevoir des équipements non adaptés à leur environnement.

238. Par ailleurs, le Comité a approuvé les recommandations suivantes :

- i) l'adoption de procédures pour l'élaboration de normes et spécifications pour la qualité des soins, avec la participation des communautés bénéficiaires et du personnel de santé;

- ii) l'adoption de mécanismes permettant de s'assurer que les programmes nationaux de formation tiennent dûment compte de la nécessité d'assurer des soins de qualité à tous les niveaux de système de santé;
- iii) l'adoption de normes pour la qualité des soins et de technologies adaptées à l'environnement socio-culturel des communautés bénéficiaires et visant à doter le personnel médical et paramédical des aptitudes et compétences voulues;
- iv) la promotion de la qualité des programmes de soins dans le cadre de la coopération technique entre pays en développement (CTPD) afin de favoriser l'échange de personnels, de données et d'expériences, ainsi que l'harmonisation des spécifications et des normes;
- v) l'adoption d'une résolution.

239. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC45/R3.

Critères et formules pour la détermination du crédit budgétaire alloué à chaque pays
(document AFR/RC45/2)

240. M. P. A. Gomes, membre du Sous-Comité du Programme, a présenté le rapport sur les délibérations du Sous-Comité sur le document AFR/RC45/2. Il a insisté sur les points ayant fait l'objet de clarifications et de recommandations, ainsi que sur la résolution soumise par le Sous-Comité du Programme au Comité régional pour adoption.

241. Le Comité régional a convenu de la pertinence des critères retenus pour garantir la transparence dans la détermination du crédit budgétaire alloué à chaque pays. Il faudrait toutefois réexaminer la façon dont certains paramètres ont été utilisés à titre incitatif ou correctif.

242. Il a été proposé que la gestion du budget alloué à chaque pays soit assurée dans le cadre du système AFROPOC et sous l'entière responsabilité de la Représentation de l'OMS dans le pays. Le choix des activités couvertes par la coopération de l'OMS doit respecter les priorités fixées au niveau régional. Le Directeur régional a indiqué que tout pays éprouvant des difficultés pour utiliser à temps ces allocations budgétaires doit en informer le Bureau régional avant le mois d'octobre de la deuxième année du cycle en vue de prendre les mesures correctives appropriées.

243. Il a été décidé qu'en attendant la mise au point définitive des résultats de l'application du modèle retenu pour la détermination du crédit budgétaire alloué à chaque pays, une attention particulière devrait être accordée aux pays en situation particulière de crise. En outre, l'OMS devrait apporter son appui aux pays faisant face à des problèmes comme celui des réfugiés ou d'un embargo économique, grâce à la mobilisation de ressources extrabudgétaires spéciales.

244. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC445/R2.

245. A l'issue du débat sur cette question, le Comité régional a approuvé le rapport du Sous-Comité du Programme.

246. La résolution AFR/RC45/R9 intitulée "Mise en application des stratégies de la santé pour tous" parrainée par le Botswana, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, le Lesotho, le Sénégal et le Tchad et co-parrainée par le Burkina Faso, la Gambie, la Guinée, le Kenya, Maurice et le Niger a été adoptée par le Comité régional.

247. Le Président a rappelé au Comité que le mandat des Comores, du Congo, de l'Ethiopie, du Gabon, de la Gambie et de la Guinée équatoriale au Sous-Comité du Programme arrivait à expiration et qu'ils seraient remplacés par le Libéria, Madagascar, le Malawi, le Mali, Maurice et la Mauritanie.

Les nouveaux pays membres devront désigner les personnes qui siégeront au Sous-Comité du Programme.

248. Le Comité régional a élu la Côte d'Ivoire, le Ghana, la Guinée, la Guinée-Bissau, le Kenya, le Lesotho, le Libéria, Madagascar, le Malawi, le Mali, Maurice et la Mauritanie pour siéger au Sous-Comité du Programme dont la première réunion a eu lieu le 13 septembre 1995 à Libreville.

DISCUSSIONS TECHNIQUES (documents AFR/RC45/TD/1, AFR/RC45/17, AFR/RC45/18, AFR/RC45/19)

Présentation du rapport des Discussions techniques (document AFR/RC45/17)

249. Lorsque le Président des Discussions techniques, le Dr R. Chatora, a présenté le rapport, il a évoqué le paquet minimum de mesures que les pays devront prendre pour que l'amélioration de la santé soit réalisable à un coût abordable.

250. Le Comité régional s'est félicité de la qualité du rapport présenté (document AFR/RC45/17) et a insisté sur la nécessité d'intensifier les efforts des pays pour surmonter le problème chronique de l'insuffisance du financement du secteur de la santé. Il a souligné qu'une évaluation soit faite de la mise en oeuvre des recommandations et résolutions relatives aux conclusions des trois derniers cycles de Discussions techniques (1986-1988, 1989-1992, 1993-1995).

251. Le Comité régional a pris note du rapport des Discussions techniques.

Désignation du Président et du Président suppléant des Discussions techniques de 1996 (document AFR/RC45/18)

252. Le Comité a désigné le Professeur R. E. Tshibassu Mubiay (Zaïre) comme Président des Discussions techniques de la quarante-sixième session du Comité régional de l'Afrique en 1996 et le Dr Olive Shishana (Afrique du Sud) comme Président suppléant.

Choix du sujet des Discussions techniques de 1996 (document AFR/RC45/19)

253. Le Comité régional a choisi le sujet suivant pour les Discussions techniques de sa quarante-sixième session : "Intégrer les fonctions de surveillance et d'évaluation dans les programmes nationaux de développement sanitaire".

DATES ET LIEUX DE LA QUARANTE-SIXIEME ET DE LA QUARANTE-SEPTIEME SESSIONS DU COMITE REGIONAL EN 1996 ET 1997 (document AFR/RC45/20)

254. Le Comité régional a confirmé, en application de son Règlement intérieur, la décision qu'il a prise à sa quarante-quatrième session de tenir sa quarante-sixième session à Brazzaville, en septembre 1996.

255. Le Comité a également décidé de tenir sa quarante-septième 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 d'organisation de la réunion.

ADOPTION DU RAPPORT DU COMITE REGIONAL (document AFR/RC45/21)

256. Le rapport de la quarante-cinquième session du Comité régional a été adopté.

CLOTURE DE LA QUARANTE-CINQUIEME SESSION

257. Dans son discours de clôture, le Dr Ebrahim M. Samba, Directeur régional, a remercié Son Excellence El Hadj Omar Bongo, Président et Chef d'Etat de la République du Gabon, d'avoir trouvé le temps d'assister à cette cérémonie de clôture, malgré un emploi du temps très chargé. Il a également remercié le peuple et le Gouvernement de la République du Gabon de leur contribution au succès de la quarante-cinquième session du Comité régional.

258. Il a exprimé sa gratitude aux Ministres et aux autres délégués pour la rigueur avec laquelle ils ont examiné les documents de travail du Comité régional et pour les orientations qu'ils ont données au Bureau régional. Il les a assurés qu'il ferait tout ce qui est en son pouvoir pour garantir la mise en oeuvre des résolutions et décisions du Comité et qu'un rapport de situation serait présenté à cet égard à la quarante-sixième session du Comité régional.

259. M. Jean Mouyabi, Ministre de la Santé de la République du Congo, a présenté la motion de remerciements au nom des délégués.

260. Le Président de la quarante-cinquième session du Comité régional a remercié les délégués et tous ceux qui ont participé au grand succès des travaux. Il a attribué ce succès à la détermination de chacun et a exprimé l'espoir que la moisson de cette réunion serait abondante.

261. Il a souligné qu'il n'aurait pas pu mener à bien ses fonctions sans la franche collaboration qui a régné tout au long de cette réunion.

262. Il a remercié le Secrétariat pour son savoir faire et en particulier le Directeur régional pour la façon dont il a su orienter la réunion. Il a également remercié les traducteurs, les interprètes et les organisateurs, sans lesquels cette réunion n'aurait pas pu avoir lieu.

263. Il a enfin adressé des remerciements tout particuliers au Président et Chef d'Etat de la République du Gabon pour ses encouragements et pour sa présence à la séance de clôture.

264. Le Président de la République du Gabon, Son Excellence El Hadj Omar Bongo, a clôturé la quarante-cinquième session du Comité régional. Dans le discours qu'il a prononcé à cette occasion, il a remercié l'Organisation mondiale de la Santé, au nom du peuple et du Gouvernement de la République du Gabon, pour l'oeuvre immense qu'elle accomplit et pour la décision qu'elle a prise de tenir pour la deuxième fois le Comité régional à Libreville.

265. Il a noté que les travaux du Comité ont porté sur les problèmes essentiels qui minent la santé de la population et l'économie de chacun des Etats Membres et que l'assistance de la communauté internationale et des bailleurs de fonds dépendrait et serait fonction de notre propre détermination à résoudre nos problèmes nous-mêmes.

266. Il a rappelé au Directeur régional qu'il a été élu à cause de la confiance que les Africains plaçaient en lui, et lui a donc conseillé de s'en tenir scrupuleusement aux principes, aux priorités et aux stratégies énoncés dans le *Cadre politique de coopération technique avec les pays de la Région africaine*.

267. Il s'est réjoui de l'entrée de l'OMS au Conseil d'Administration du Centre international de Recherches médicales de Franceville (CIRMF), et de la décision selon laquelle la quarante-sixième session du Comité régional évaluerait la mise en oeuvre des résolutions adoptées à Libreville.

268. Il a exprimé le voeu que la semence de Libreville ne tarde pas à donner des fruits pour chaque Etat Membre et a déclaré close la quarante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

PARTIE III

ANNEXES

ORDRE DU JOUR¹

1. Ouverture de la session
2. Adoption de l'ordre du jour provisoire (document AFR/RC45/1 Rév.2)
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 pour 1993-1994 (document AFR/RC45/3)
 - 6.2 Prévention du SIDA dans la Région africaine : Rapport de situation (document AFR/RC45/5)
 - 6.3 Le Tabac ou la Santé dans la Région africaine (document AFR/RC45/6)
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 approuvées par l'Assemblée mondiale de la Santé et par le Conseil exécutif (document AFR/RC45/7)
 - 7.2 Ordres du jour de la quatre-vingt-dix-septième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé : Incidences régionales (document AFR/RC45/8)
 - 7.3 Méthodes de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC45/9)
8. Activité de l'OMS dans la Région africaine (suite) : Examen du rapport du Sous-comité du Programme (document AFR/RC45/10)
 - 8.1 Programme de lutte antipaludique : Rapport de situation (document AFR/RC45/11)
 - 8.2 Programme élargi de vaccination : Progrès réalisés pour parvenir à l'éradication de la poliomyélite, à l'élimination du tétanos néonatal et à la maîtrise de la rougeole (document AFR/RC45/12)
 - 8.3 Progrès accomplis dans l'éradication de la dracunculose (document AFR/RC45/13)

¹ Document AFR/RC45/1 Rév.2.

- 8.4 Santé des jeunes et des adolescents : Rapport de situation et analyse des tendances (document AFR/RC45/14)
- 8.5 Prévention de l'invalidité et réadaptation : Analyse de la situation régionale et tendances futures (document AFR/RC45/15)
- 8.6 Stratégies pour améliorer la qualité des soins dans les institutions de soins de santé de la Région africaine (document AFR/RC45/16)
- 8.7 Critères et formules pour la détermination du crédit budgétaire alloué à chaque pays (document AFR/RC45/2)
9. Discussions techniques (document AFR/RC45/TD/1)
 - 9.1 Présentation du rapport des Discussions techniques (document AFR/RC45/17)
 - 9.2 Nomination du Président et du Président suppléant des Discussions techniques de 1996 (document AFR/RC45/18)
 - 9.3 Choix du sujet des Discussions techniques de 1996 (document AFR/RC45/19)
10. Dates et lieux des quarante-sixième et quarante-septième sessions du Comité régional en 1996 et 1997 (document AFR/RC45/20)
11. Adoption du rapport du Comité régional (document AFR/RC45/21)
12. Clôture de la quarante-cinquième session du Comité régional.

LIST OF PARTICIPANTS¹
LISTE DES PARTICIPANTS
LISTA DOS PARTICIPANTES

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

ALGERIA
ALGERIE
ARGÉLIA

Dr Abdelhamid Aberkane
Représentant Algérien au Conseil exécutif de l'OMS
Service de Réanimation
CHU de Constantine
Chef de délégation

Prof. J. P. Grangaud
Conseiller auprès du Ministre de la Santé chargé
du Programme Santé maternelle et infantile

M. Y. Ait Chellouche
Bureau de Liaison de l'OMS

M. Mahommed Larbi Abbas
Ambassade d'Algérie au Gabon
Libreville

ANGOLA

Dr. M. S. Epalanga
Ministro da Saúde
Chefe da Delegação

Dr. Jorge Emanuel da Fonseca Dupret
Director Nacional das Endemias
Ministério da Saúde

Dr. José António Pedro
Delegado Provincial da Saúde de Lunda Sul
Ministério da Saúde

¹ Document AFR/RC45/23 Rév.1.

**BENIN
BENIM**

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

Dr P. Dossou-Togbé
Directeur Adjoint de Cabinet du Ministre de la Santé

**BOTSWANA
BOTSOUANA
BOTSUANA**

Hon. Chapson J. Butale
Minister of Health
Head of delegation

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

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

Mrs K. J. Gasennelwe
Under Secretary Manpower

BURKINA FASO

M. Christophe Dabiré
Ministre de la Santé
Chef de délégation

Dr (Mme) A. Matou Sanou
Directrice des Etudes et de la Planification au Ministère de la Santé

Dr Mathias Somé
Directeur du Centre national d'Education pour la Santé

BURUNDI

Dr C. Batungwanayo
Ministre de la Santé publique
Chef de délégation

Dr D. Nshimirimana
Conseiller technique du Ministère chargé de la Planification et
Coordination des Etudes des Programmes et des Budgets

**CAMEROON
CAMEROUN
CAMARÕES**

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

Dr B. Yaou
Chef de Division de la Coopération au Ministère de la Santé publique

Dr R. Owona Essomba
Directeur de la Santé communautaire.

M. Atangana Nga
Directeur des Ressources financières et des Infrastructures
au Ministère de la Santé publique

**CAPE VERDE*
CAP-VERT
CABO VERDE****CENTRAL AFRICAN REPUBLIC
REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
REPÚBLICA CENTRO-AFRICANA**

Dr Gabriel Fio-Ngaïndiro
Ministre de la Santé publique et de la Planification
Chef de délégation

Dr David Dofara
Directeur général de la Santé publique et de la Population

M. Alexis Satoulou-Maleyo
Directeur des Etudes et de la Planification

**CHAD
TCHAD
CHADE**

M. Dangde Laobebe Damaye
Ministre de la Santé
Chef de délégation

Dr Mangdah Gagnet Bartoussia
Directeur général adjoint de la Santé

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

**COMOROS
COMORES**

M. Boina Maecha Mamadou
Ministre de la Santé publique
Chef de délégation

Dr Aboubacar Oumadi
Directeur général de la Santé publique

CONGO

M. Jean Mouyabi
Ministre de la Santé et des Affaires sociales
Chef de délégation

Dr Daniel Bouanga
Directeur général de la Santé publique

Dr Paul Nzaba
Conseiller Socio-sanitaire

Dr Norbert Bidounga
Chef de Projet FAC - Appui aux Centres de santé intégrés

M. Magloire Matamba
Conseiller à la Coopération du Ministre de la Santé

Dr Pierre Mpelé
Conseiller du Président de la République du Congo

COTE D'IVOIRE

M. Koffi Evariste Yapi
Chargé d'Affaires, Ambassade de Côte d'Ivoire à Libreville
Chef de délégation

Pr. G. Yao Loukou
Directeur général des Services sanitaires et sociaux

Dr Bernard Seheri Darret
Conseiller technique des Programmes de Santé
au Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales

M. Laurent N'Cho Atsé
Directeur des Affaires financières au Ministère de la Santé publique
et des Affaires sociales

**EQUATORIAL GUINEA
GUINEE EQUATORIALE
GUINÉ EQUATORIAL**

Dr Salomon Nguema Owono
Vice-Ministro de Sanidad y Medio Ambiente
Jefe de Delegacion

Dr Manuel NGuema Ntutumu
Director general de la Salud publica y Planificacion

**ERITREA
ERYTHREE
ERITREIA**

Dr Tekeste Fekadu
Vice-Minister & Acting Minister
Head of delegation

Dr Afeworki Abraham
Director General of Health Services

**ETHIOPIA
ETHIOPIE
ETIÓPIA**

Dr Fissema Tezera
Head of planning in Ministry of Health

**GABON
GABÃO**

Dr Serge Mba Bekale
Ministre de la Santé publique et de la Population
Chef de délégation

M. Martial Mboumba
Haut-Commissaire à la Santé
Adjoint au Chef de délégation

Dr Camille Banga Ba Ndaki
Secrétaire général à la Santé

Dr Toussaint Engongah-Beka
Conseiller du Ministre chargé des Relations extérieures

Dr Jean-Baptiste Ndong
Directeur général du CHL

Dr Samuel Edzang
Directeur général de la Santé publique

M. Fidèle Bengone Bayi
Conseiller du Ministre chargé de la Planification

Mme Boyogho Ntsane
Conseiller du Premier Ministre

Mme Paulette MOUNGUENGUI
Conseiller administratif et financier

Dr Mezui
Santé maternelle et infantile

Dr Dibanga
SIDA-MST/AIDS-STD

**THE GAMBIA
GAMBIE
GÂMBIA**

Dr Lamine Samateh
Permanent Secretary
Head of Delegation

Dr M.O. George
Director of Health Services

**GHANA
GANA**

Commodore (Rtd) S. G. Obimpeh
Minister of Health
Head of delegation

Dr N. A. Adamafo
Director of Medical Services

Dr Asamoah-Baah
Director, Policy, Planning, Monitoring
& Evaluation Division
Ministry of Health

**GUINEA
GUINEE
GUINÉ**

Dr Ousmane Bangoura
Secrétaire général du Ministère de la Santé
Chef de délégation

Dr Cyrille Loua
Conseiller chargé de la Coopération

**GUINEA-BISSAU
GUINEE-BISSAU
GUINÉ-BISSAU**

Sra. Eugénia Saldanha Araújo
Ministra da Saúde Pública
Chefe da Delegação

Sr. António Paulo Gomes
Director do Centro de Coordenação e
Gestão de Ajuda Externa
Ministério de Saúde Pública

**KENYA
QUÉNIA**

Hon. Joshua M. Angatia
Minister of Health
Head of delegation

Mr D. Kimutai
Permanent Secretary
Ministry of Health

Dr T.M. Oduori
Ministry of Health

Dr James Mwanzia
Director of Medical Services

**LESOTHO
LESOTO**

Hon. Mr Sekoala Toloane
Minister of Health and Social Welfare
Head of delegation

Dr P. Ntsekhe
Head of Disease Control Division

Ms M. Tiheli
Chief Nursing Officer

**LIBERIA
LIBÉRIA**

Mr Eric D. Johnson
Health Planning Officer

**MADAGASCAR
MADAGÁSCAR**

Dr Dieudonné Robert Rabenson
Directeur de la Lutte contre les Maladies
transmissibles, Ministère de la Santé
Chef de délégation

Dr Razafiarison Andrianjarasoa
Chef de Service de Santé de district

MALAWI

Hon. Sam Mpasu
Minister of Health and Population
Head of delegation

Mr D. Muva
Deputy Secretary

Dr Liomba
Ministry of Health

MALI

M. Modibo Sidibé
Ministre de la Santé, de la Solidarité et des Personnes âgées
Chef de délégation

Pr Moussa Adama Maïga
Conseiller technique en Santé publique

M. Lassana Fofana
Conseiller technique au Ministère de la Santé,
de la Solidarité et des Personnes âgées

**MAURITANIA
MAURITANIE**

Dr Kane Ibrahima
Directeur de la Protection sanitaire
Ministère de la Santé

**MAURITIUS
MAURICE
MAURÍCIAS**

Dr Maheswarduth Gunesee
Principal Medical Officer, Ministry of Health

**MOZAMBIQUE
MOÇAMBIQUE**

Dr. Aurélio A. Zilhão
Ministro da Saúde
Chefe da Delegação

Dr. Domingos Valente Esteve Tuto
Inspector Farmacêutico Nacional
Ministério da Saúde

Dr. Humberto Albino Pedro Cossa
Director Naacional de Planificação e Cooperação
Ministério da Saúde

**NAMIBIA
NAMIBIE**

Hon. Dr Nickey Iyambo MP
Minister of Health and Social Services
Head of delegation

Mr K. J. Hikuama-Mupaine
Health Planner

Ms P. Coetzee
Personal Assistant to the Minister

NIGER

M. Kalla Ankourao
Ministre de la Santé publique
Chef de délégation

Dr Alarou Aboubacar
Directeur de la Promotion de la Santé

M. Niandou Tahirou
Secrétaire général adjoint, Ministère de la Santé publique

NIGERIA

Dr (Mrs) O.A. Adelaja
Deputy Director (PHC and DC) in-charge of
Environmental and Occupational Health Division
Federal Ministry of Health

**RWANDA
RUANDA**

Dr Vincent Biruta
Directeur général au Ministère de la Santé
Chef de délégation

M. H. Inyarubuga
Responsable du Programme des SSP

Dr Pie Kamoso
Directeur de l'Epidémiologie et de l'Hygiène publique

**SAO TOME AND PRINCIPE
SAO TOME ET PRINCIPE
SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE**

Dr. Fernando da Conceição Silveira
Ministro da Saúde
Chefe da Delegação

Dr. António Marques de Lima
Director dos Cuidados de Saúde

SENEGAL

M. Ousmane Ngom
Ministre de la Santé et de l'Action sociale
Chef de délégation

M. Amadou Baïla Wane
Conseiller technique chargé de la Formation

Dr Abou Beckr Gaye
Chef du Service national des Grandes Endémies

**SEYCHELLES
ILHAS SEYCHELLES**

Mr Jacquelin Dugasse
Minister of Health
Head of delegation

Miss Noellie Alexander
Principal Secretary of Health

**SIERRA LEONE
SERRA LEOA**

Colonel Dr A. A. Gibril
Chief Secretary of State and
Secretary of State for Health and Social Services
Head of delegation

Mr S. J. Mara
Director of Support Service

Dr N. Conteh
Deputy Director General of Medical Services and
Director of Primary Health Care

**SOUTH AFRICA
AFRIQUE DU SUD
ÁFRICA DO SUL**

Dr J. Phaahla
MEC for Health, Northern Province
Head of delegation

Dr J.H.O. Pretorius
Deputy Director General: Regulations, Services and Programmes
Department of Health

Dr M.P. Sefularu
MEC for Health, North West Province

Mr E. Rasool
MEC for Health, Western Cape Province

Mrs Q. Abdool-Karim
Director AIDS Prevention
Department of Health

Dr N. Cameron
Director, Communicable Disease Control
Department of Health

Dr E. Mhlanga
 Director Maternal and Child Care
 Department of Health

Dr G. G. Wolvaardt
 Health Attaché in Geneva, Switzerland,
 Department of Health

Mr M. Combrinck
 Assistant-Director
 Department of Foreign Affairs

**SWAZILAND
 SOUAZILAND
 SUAZILÂNDIA**

Hon. Muntu P. N. Mswane
 Minister for Health
 Head of delegation

Dr Qhing Qhing Dlamini
 Deputy Director of Health Services

Dr Steven V. Shongwe
 Chiior Medical Officer, public Health Unit

Dr John Kunene
 Senior Medical Officer

TOGO

Prof. Afantchao A. Amédomé
 Ministre de la Santé, de la Population et de la Solidarité nationale
 Chef de délégation

Dr Essosolem Batchassi
 Directeur général de la Santé

M. Kolambick Gbengbertane
 Directeur du CHU-Tokoin, Lomé

**UGANDA
 OUGANDA**

Hon. Dr James Makumbi
 Minister of Health
 Head of delegation

Dr D. Lwamafa
 Commissioner, Ministry of Health

Dr D. Kihumuro-Apuuli
 Director general, Ministry of Health

Ms G. L. Kaahwa
 Commissioner for Nursing Service

**UNITED REPUBLIC OF TANZANIA
REPUBLIQUE UNIE DE TANZANIE
REPÚBLICA UNIDA DA TANZÂNIA**

Dr P. M. Kilima
Director of Preventive Services
Head of delegation

Dr A. Alhaji Mzige
Principal Medical Officer, MCH/FP

Dr Mwanza
Ministry of Health

ZAIRE

Dr Bopenda Bo-Nkumu-Lonyangela
Secrétaire général du Ministère de la Santé publique
Chef de délégation

Pr. R. Emmanuel Tshibassu Mubiay
Président Délégué Général du Fonds national Médico-sanitaire

Dr Anne-Marie Tumba Benabiabu
Conseiller médical du Ministre de la Santé publique et Famille

Pr. Muyembe Tamfum
Professeur et Chef de Département de Microbiologie, Université de Kinshasa
Doyen de la Faculté de Médecine, Université de Bandundu

**ZAMBIA
ZAMBIE**

Hon. M. C. Sata, MP
Minister of Health
Head of delegation

Dr K. Kamanga
Permanent Secretary
Deputy Leader of delegation

Mr V. Musowe
Chief Health Planner

Dr V. Musonda
Kapirimposhi District Health Officer

ZIMBABWE

Dr Rufaro Chatora
Permanent Secretary
Ministry of Health and Child Welfare
Head of delegation

Dr Polinius L. N. Sikosana
Principal Medical Director

Mr S. L. Chinanga
Assistant Secretary

**2. 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)
Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a
Agricultura**

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

Mr Antonius Vissers
Coordonateur résident du Système des Nations Unies
PNUD
B.P. 2185
Libreville
République gabonaise

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

Ms. Torild Skard
Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre
B.P. 443
Abidjan - 04
Côte d'Ivoire

Dr J. M. Ndiaye
Regional Health Adviser
UNICEF
B.P. 443
Abidjan - 04
Côte d'Ivoire

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

Dr Matshidiso R. Moeti
Regional Health Adviser (ESARO)
P.O. Box 44145
Nairobi
Kenya

Prof. Mukelabai Kopano
Regional Health Advisor (ESARO)
P.O. Box 44145
Nairobi
Kenya

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

Mme E. Fundira
Chargée de Programme FNUAP
Libreville
Gabon

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

United Nations High Commission for Refugees UNHCR*
Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados

United Nations Environment Programme (UNEP)
Programme des Nations Unies pour l'Environnement (UNEP)
Programa das Nações Unidas para o Ambiente

Ms Maria de Amorin
Director Regional Office for Africa
P.O. Box 30552
Nairobi
Kenya

United Nations Volunteer Programme (UNV)*
Programme des Volontaires des Nations Unies
Programa dos Voluntários das Nações Unidas

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)
Programme conjoint des Nations Unies sur VIH/SIDA (UNAIDS)
Programa conjunto das Nações Unidas contra o HIV/SIDA (UNAIDS)

Dr Dev Ray
Adviser, UNAIDS
WHO/HQ, Geneva

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

World Bank/Banque mondiale/Banco Mundial

Mr A. Edward Elmendorf
Principal Management Specialist, Human Resources and Poverty Division
Africa Technical Department
1818 "H" Street, N.W.
Washington, D.C. 20433,
USA

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

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

African Development Bank (ADB)
Banque Africaine de Développement (BAD)
Banco Africano de Desenvolvimento

Dr Alice Hamer
Banque africaine de Développement
B.P. V316
Abidjan 01
Côte d'Ivoire

African and Malagasy Council for Higher Education
Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur (CAMES)
Conselho Africano e Malgaxe para o Ensino Superior

Dr R. M. Ouiminga
Secrétaire général du CAMES
01 B.P. 134
Ouagadougou 01
Burkina Faso

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

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

Mr Mahamadou Ouhoumoudou
Deputy Executive Secretary
6 King George V Road
P.M.B. 12745
Onikan, Lagos
Nigeria

Mrs Annie Bangura
Principal Social Affairs
6 King George V Road
Onikan, Lagos
Nigeria

Economic Community of the Countries of the Great Lakes*
Communauté économique des Pays des Grands Lacs (CEPGL)
Comunidade Económica dos Países dos Grandes Lagos (GEPGL)

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

Mr Pascal Gayama
Assistant Secretary General of OAU
Addis Ababa
Ethiopia

M. Laban O. Masimba
Chief of Nutrition Division
P.O. Box 3243
Addis Ababa
Ethiopia

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

**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 de Cooperação para o Combate
às Grandes Endemias (OCCGE)**

Professeur A. Ag Rhaly
Secrétaire général
OCCGE
B.P. 153
Bobo Dioulasso
Burkina Faso

Dr Mathias Hien
Secrétaire général adjoint
OCCGE
B.P. 153
Bobo Dioulasso
Burkina Faso

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

Permanent Interstate Committee for Drought Control in the Sahel*
**Comité permanent Inter-Etats de Lutte contre la Sécheresse dans
le Sahel (CILSS)**

International Center for Bantu Civilization
Centre international de Civilisation Bantou (CICIBA)
Centro Internacional de Civilização Bantu (CICIBA)

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

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

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

Dr Kabba Joiner
Executive Director
P.M.B. 2023
Yaba, Lagos
Federal Republic of Nigeria

4. REPRESENTATIVES OF NONGOVERNEMENTAL ORGANIZATIONS
REPRESENTANTS DES ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES
REPRESENTANTES DAS ORGANIZAÇÕES NÃO-GOVERNAMENTAIS

Association of Medical Schools of Africa (AMSA)
Association des Ecoles de Médecine de l'Afrique
Associação das Escolas de Medicina da África

Pr. J. P. Van Niekerk
U.C.T. Faculty of Medicine
Observatory
Cape Town
Republic of South Africa

International Committee of Military Medicine
and Pharmacy (ICMMP)
Comité international de Médecine et de Pharmacie Militaires
Comité Internacional de Medicina e de Farmácia Militares

M. Jacques Igoko
Directeur général du Service de Santé Militaire
B.P. 2154
Libreville
Gabon

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

M. Jean-Pierre Eouzan
Directeur de Recherche de l'ORSTOM
Représentant du Directeur général de l'ORSTOM
213, rue Lafayette
75010 Paris
France

**5. OBSERVERS AND SPECIAL GUESTS
OBSERVATEURS ET DISTINGUES INVITES
OBSERVADORES E CONVIDADOS ESPECIAIS**

Prof. O. Ransome-Kuti
Chair, Independent Africa Expert Health Panel,
"Better Health in Africa"
World Bank, Africa Technical Department
1818 "H" Street N.W.
Washington, D.C. 20433
USA

Dr Patarroyo Murillo
Director Immunology Institute
Hospital San Juan de Dios
Bogota-Colômbia
Tel. 571-2801616
Fax 571-2803999

**Cameroon Medical Women Association (CMWA)
Association camerounaise des Femmes Médecins
Associação Camaronesa das Mulheres Médicas**

Dr Rosa Befidi-Mengue
President
Cameroon Medical Women's Association
P.O. Box 5516
Yaoundé
Republic of Cameroon

Rotary International

Mr Patrick Verdoy
National Polioplus Chairman for Gabon
Libreville
Gabon

**DISCOURS DE MONSIEUR CHRISTOPHE DABIRE
MINISTRE DE LA SANTE DU BURKINA FASO
PRESIDENT DE LA QUARANTE-QUATRIEME SESSION DU COMITE
REGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE**

Excellence Monsieur le Premier Ministre de la République gabonaise,
Mesdames et Messieurs les Ministres,
Excellences,
Mesdames et Messieurs,

C'est un grand honneur pour moi de m'adresser à vous à l'occasion de cette ouverture officielle de la quarante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

Je voudrais tout d'abord, au nom de tous les délégués présents en cette salle, exprimer ma gratitude à Son Excellence Monsieur le Premier Ministre, le Gouvernement et le peuple gabonais pour avoir bien voulu accueillir cette importante session du Comité régional et de nous avoir fait l'honneur de l'ouvrir officiellement.

Monsieur le Premier Ministre,
Mesdames et Messieurs,

La situation sanitaire dans les pays de notre Région demeure un grand sujet de préoccupation. Elle tend à s'aggraver en raison de l'émergence de nouveaux problèmes socio-sanitaires et des effets de la crise économique mondiale. Au cours de l'année écoulée, notre continent a vécu des situations d'urgence particulièrement sévères frappant en particulier le Rwanda, la Sierra Leone, le Libéria, le Burundi, sans perdre de vue les conséquences de la sécheresse dans les pays d'Afrique australe. Mais malgré ces difficultés, il est réconfortant de noter que les Etats Membres ont poursuivi leurs efforts en faveur de la santé de leurs populations, et ont consenti les sacrifices requis pour limiter les nouvelles souffrances imposées aux femmes et aux enfants en particulier. La coopération entre pays de la Région et avec la communauté internationale a fortement contribué aux succès enregistrés.

L'année dernière, au cours de la quarante-quatrième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, nous avons élu un nouveau Directeur régional en la personne du Docteur Ebrahim Samba. J'ai eu le plaisir de travailler avec lui au cours de mon mandat. Et nous pouvons nous féliciter d'avoir élu un travailleur infatigable, pragmatique et voué tout entier au développement socio-sanitaire de l'Afrique.

Il a fait preuve de ses capacités managériales à la tête d'un vaste programme comme celui de la lutte contre l'onchocercose en Afrique de l'Ouest. Nous pouvons espérer que le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique bénéficiera de ses compétences et gagnera en efficacité et en efficience.

Nous pouvons nous féliciter aussi de la collaboration agissante instaurée entre le Bureau régional et le Siège de l'OMS lors de l'épidémie meurtrière de fièvre hémorragique à virus Ebola qui a frappé Kikwit, au Zaïre. En effet, pendant ces événements, le Bureau régional et le Siège ont véritablement opéré comme une seule et même organisation.

Nos relations avec les autres institutions des Nations Unies se sont également améliorées, comme en témoigne la participation du Directeur du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique à la mise en place de l'initiative spéciale du Secrétaire général des Nations Unies en faveur de l'Afrique; cette initiative englobe désormais des questions de santé et considère la lutte contre le paludisme comme l'une de ses priorités en même temps que les besoins de réforme des systèmes de soins de santé. Ce renforcement des rapports entre l'OMS et les autres institutions des Nations Unies améliorera de façon significative la qualité du soutien apporté par le Bureau régional de l'Afrique à nos pays respectifs.

Toutefois, en dépit des efforts que j'ai mentionnés, nous continuons malheureusement à connaître des flambées épidémiques de choléra, de dysenterie bacillaire, de rougeole, de méningite, sans oublier la pandémie du SIDA dont la progression rapide en Afrique compromet gravement les efforts de développement de nos Etats. Cette situation exige que nous redoublons d'efforts pour mettre en place toutes les mesures préventives nécessaires. Nous devons également mobiliser plus de ressources pour accélérer la réalisation de nos objectifs sanitaires si nous voulons sortir de la crise actuelle. Car, comme nous en sommes profondément convaincus, une main-d'oeuvre en bonne santé est indispensable pour induire un développement socio-économique durable et réduire sinon éliminer la pauvreté qui affecte les populations de notre continent.

Il nous faudra également consentir les efforts nécessaires pour intégrer le soutien de nos partenaires, de manière à accroître l'efficacité et l'efficience des interventions en faveur du développement socio-sanitaire dans nos pays.

Ce principe a été illustré à merveille au Zaïre, où les efforts du pays, combinés à une assistance internationale bien coordonnée, ont permis d'enrayer rapidement l'épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola et d'en empêcher la propagation.

Lors de la Quarante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, nous avons démontré notre unité d'action et notre capacité à résoudre nos problèmes dans des conditions difficiles. Il ne fait aucun doute que nous pouvons améliorer notre façon de gérer nos affaires pour que notre action ait un impact maximum. Nous devons tirer les leçons du passé pour améliorer notre contribution à cette instance mondiale et aux délibérations de la quarante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

Excellence Monsieur le Premier Ministre,
Mesdames et Messieurs les Ministres,
Excellences,
Mesdames et Messieurs,

Avant de terminer, je voudrais remercier tous mes collègues Ministres de la Santé de notre Région pour leur appui constant au Bureau du quarante-quatrième Comité régional durant tout son mandat. La participation active de toutes les délégations aux débats sur les problèmes de santé en Afrique a abouti à des directives claires qui ont orienté les actions du Bureau régional.

Je souhaite ardemment que la solidarité qui a toujours existé en notre sein se renforce davantage afin que la Région africaine connaisse un développement sanitaire et économique harmonieux aux bénéfices de nos populations laborieuses.

Je vous remercie.

**DISCOURS PRONONCE PAR LE DR EBRAHIM M. SAMBA,
DIRECTEUR REGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE,
A L'OUVERTURE DE LA QUARANTE-CINQUIEME SESSION
DU COMITE REGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE**

"La situation sanitaire en Afrique"

Excellence Monsieur le Président de la République du Gabon,
Mesdames et Messieurs les Ministres, Mesdames et Messieurs les Députés,
Excellence Monsieur le Doyen du Corps diplomatique,
Excellences Mesdames et Messieurs les Ambassadeurs,
Monsieur le Président,
Chers Collègues, Mesdames et Messieurs,

1. La situation sanitaire de l'Afrique continue à nous enfermer dans un cercle vicieux de la maladie, de la pauvreté et du sous-développement.
2. **Les maladies de la pauvreté** telles que le paludisme, la tuberculose et le choléra continuent à augmenter. Alors que nous faisons des efforts pour en débarrasser notre continent, voici que nous sommes déjà confrontés aux **maladies et aux comportements liés à l'abondance** : hypertension, maladies cardio-vasculaires, accidents, abus des drogues, etc. **Les vieilles maladies telles que la fièvre jaune et la peste refont également leur apparition, au moment où l'Afrique continue à se débattre contre les nouvelles affections telles que la fièvre hémorragique (Ebola) et le VIH/SIDA.**
3. Cette situation n'est peut-être pas entièrement de notre faute, mais nous courons désormais un grave danger : celui de nous résigner et de l'accepter comme une fatalité.
4. **L'Afrique traverse aujourd'hui une période particulièrement difficile de son histoire sur le plan socio-économique.** Nous avons subi les durs effets de la crise économique dans nos divers pays. Nous avons souffert plus que les autres de la situation économique internationale parce que nous sommes tributaires de décisions unilatérales prises en notre nom par d'autres sur des questions touchant à notre propre survie.
5. Nous n'avons pas voix au chapitre en ce qui concerne les cours de nos matières premières, alors que les prix des produits importés ne nous sont pas favorables. Nous n'avons pas voix au chapitre en ce qui concerne nos avoirs en devises qui ont diminué comme une peau de chagrin. **Nous avons observé avec impuissance et consternation l'effondrement de notre monnaie et la déroute de nos plans nationaux de développement.** La baisse des niveaux de vie dans la plupart de nos pays a entraîné le renforcement de la pauvreté, l'accroissement des flambées épidémiques et la dégradation de l'environnement.
6. Cette situation s'est aggravée par la persistance des catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme. Environ soixante pour cent de nos pays connaissent des **catastrophes plus ou moins graves, provoquées par nous-mêmes ou par la nature, comme la sécheresse qui sévit dans les pays du Sahel et en Afrique australe.** Ces catastrophes et ces situations d'urgence ont entraîné un **accroissement du nombre de réfugiés et des flambées épidémiques, ainsi qu'une baisse de la productivité et une dégradation plus poussée de l'environnement.** Les mauvaises conditions d'hygiène dans les camps de réfugiés entraînent de fréquentes épidémies et accélèrent la propagation des maladies transmissibles. Nous consacrons actuellement une part importante de nos maigres ressources à la lutte contre ces catastrophes.

7. **L'image générale que l'on se fait de l'Afrique subsaharienne s'est dégradée, car les bailleurs de fonds sont lassés de fournir des contributions qui ne donnent aucun résultat positif. L'Afrique est maintenant perçue comme un puits sans fond qui ne peut jamais se remplir. L'assistance apportée et les investissements effectués en Afrique ne semblent avoir aucun impact sur la situation sanitaire générale et sur le développement du continent.**

8. **La persistance des conflits civils a davantage ruiné la foi en notre aptitude à prendre en mains notre propre destinée. Alors qu'il est dangereux et suicidaire de perdre notre confiance en nous-mêmes, la perpétuation de nos pratiques douteuses en matière de gestion continue à nous hanter comme un mauvais rêve. Nous ne pouvons pas répéter les erreurs commises par nos prédécesseurs. Nous devons au contraire améliorer leur performance. Nous faillirons à notre devoir si nous persévérons dans la même voie que ceux qui nous ont précédés, car nous devons tirer parti de leur expérience. Ce serait une tragédie que nos résultats soient pires que les leurs. Notre devoir est d'améliorer leur performance.**

9. **La pauvreté de notre continent n'est pas due à une pénurie de ressources. C'est un problème qui est lié en grande partie à la mauvaise gestion des ressources humaines et matérielles; c'est un problème de pouvoir et de valeurs sociales et culturelles. Nous devons procéder à un examen critique de la situation actuelle, où les riches contrôlent et consomment une grande partie des ressources disponibles alors que la majorité croupit dans une pauvreté scandaleuse.**

10. **J'ai souvent affirmé, et je le répète aujourd'hui, qu'il est honteux de constater qu'un pays comme le Luxembourg, qui ne compte que 300 000 habitants, est un pays donateur alors que des géants africains continuent à recevoir de l'aide.**

11. **Monsieur le Président, Excellences, nous ne pouvons pas et ne devons pas rester des éternels mendiants. Il est temps que nous nous posions franchement un certain nombre de questions douloureuses. La plus importante, à mon avis, est celle de savoir comment nous pouvons utiliser nos ressources humaines et matérielles pour le bien de notre continent. Pourquoi les soins de santé primaires ne réussissent-ils pas dans nos divers pays ? Pourquoi les systèmes de santé de district ne fonctionnent-ils pas de façon efficace comme nous l'avons prévu il y a si longtemps ? Pourquoi le personnel qualifié quitte-t-il nos services ?**

12. **Quelles que soient les réponses à ces questions, la vérité est que nous avons toujours attendu que les solutions nous viennent de l'extérieur pour tous nos problèmes d'ordre social, politique, économique ou liés à la santé, alors que notre continent regorge de ressources naturelles, humaines et culturelles.**

13. **Nous ne pouvons plus nous permettre de livrer notre continent à des expériences, à des théories et à des innovations parfois dégradantes, apportées par nous-mêmes ou par des étrangers qui ne pensent pas toujours à l'intérêt de notre continent.**

14. **Nous devons apprendre à nous contenir des moyens dont nous disposons, car c'est finalement en Afrique, et grâce aux ressources humaines et matérielles de notre continent, que nous devons résoudre nos problèmes. L'Afrique a d'énormes potentialités qui peuvent rapidement entraîner le développement socio-économique et sanitaire de nos populations si elles sont bien gérées.**

15. **La maladie trouve un terrain propice en Afrique parce que nous avons mal choisi nos priorités. Nous devons redéfinir nos priorités nationales en matière de santé et préciser les populations cibles et les stratégies à mettre en oeuvre.**

- Il faut que les pays prennent l'initiative d'élaborer leurs politiques nationales de santé.
- Il faut que nous élaborions nos stratégies de santé en fonction des ressources disponibles localement.
- Il faut que nous adoptions des styles de gestion qui permettent de tirer le meilleur de nous-mêmes et de renforcer la dignité humaine et le respect de soi, compte tenu de notre héritage culturel.

16. L'expérience a montré que nous avons du ressort et que nous sommes capables de rebondir sur nos pieds. Nous devons utiliser cette énergie pour combattre les difficultés actuelles et avancer vers la réalisation de nos objectifs sanitaires par nos propres efforts. Nous devons exploiter au maximum nos ressources internes et les moyens mis à notre disposition par les bailleurs de fonds, en améliorant notre gestion de manière à la rendre plus transparente et plus efficace, et en accordant la première place à notre pays, à notre peuple et à notre héritage.

17. L'Organisation mondiale de la Santé soutiendra les Etats Membres dans leurs efforts pour définir leurs plans en vue de la santé physique et mentale de leurs populations. Elle assumera son rôle d'expert dans le domaine de la santé et oeuvrera pour que l'Afrique parvienne à un état de complet bien-être. Des populations en mauvaise santé ne peuvent pas travailler et ne peuvent donc pas sortir du cercle vicieux de la pauvreté, de la maladie et du sous-développement.

18. Nous nous proposons, au cours des cinq prochaines années, de réorganiser la gestion sanitaire au Bureau régional afin de restaurer notre confiance en nous-mêmes et notre aptitude à apporter un soutien sanitaire aux pays. Nous comptons y parvenir par une série de mesures, à savoir :

- a) l'amélioration de l'efficacité et du sens de responsabilité dans la gestion de nos ressources humaines et matérielles, en nous efforçant résolument de tirer le maximum de nos ressources limitées;
- b) la mise en place d'un système rigoureux de surveillance et de comptabilité de nos ressources, de manière à convaincre les bailleurs de fonds que leurs investissements seront bien gérés, dans la clarté et la transparence, et qu'on en fera un bon usage;
- c) l'adoption de mesures pour convaincre le public que l'Organisation mondiale de la Santé mettra son expertise au service des pays et sera présente sur le terrain avant, pendant et après les situations d'urgence, pour participer aux efforts de réhabilitation;
- d) l'instauration d'une nouvelle politique de recrutement fondée sur les qualifications professionnelles, l'efficacité et les compétences techniques et accordant l'importance voulue à la répartition géographique et par sexe;
- e) l'élargissement de la diffusion et de la distribution de l'information sur la prévention, en tant qu'une stratégie qui présente un bon rapport coût/efficacité;
- f) le renforcement de l'unité de l'OMS dans les opérations menées au niveau des pays, et l'utilisation d'une approche privilégiant le sens de l'initiative et la recherche des résultats.

19. Les priorités de notre programme sont fondées sur le Neuvième Programme général de Travail que vous avez approuvé. Elles portent en particulier sur le système de santé de district qui a un rôle déterminant à jouer pour le succès des soins de santé primaires. La prise en charge des centres de santé par les communautés garantit la durabilité des initiatives de santé communautaire. Les équipes de santé aideront les pays à réorienter régulièrement la planification, la mise en oeuvre, la surveillance et l'évaluation de leur politique de santé.

20. **Les priorités retenues seront mises en oeuvre par les pays. Mais nous mènerons les activités ci-après :**

- Nous déploierons des efforts pour éradiquer ou éliminer la poliomyélite, la dracunculose, le tétanos néonatal, la rougeole, la lèpre et la fièvre jaune, et pour réduire la mortalité et la morbidité imputables à d'autres maladies évitables telles que la diarrhée, les infections aiguës des voies respiratoires, le paludisme, la tuberculose, la trypanosomiase et la schistosomiase. Le VIH/SIDA et les maladies sexuellement transmissibles bénéficieront d'une attention particulière. La surveillance épidémiologique et la lutte contre les épidémies seront renforcées. Le plaidoyer et la diffusion de l'information joueront également un plus grand rôle dans la lutte pour une meilleure santé.

21. **Nous redoublerons d'efforts dans le domaine de la prévention, en mettant l'accent sur le plaidoyer et sur l'information et l'éducation du public. Il existe un certain nombre de mesures simples que des populations informées peuvent prendre pour restaurer la santé. L'hygiène de base, la prise en charge à domicile, une bonne alimentation, etc., peuvent toutes contribuer à préserver la santé.** Nos organes d'information insisteront sur la promotion de styles de vie favorables à la santé pour prévenir l'hypertension, les maladies cardio-vasculaires et l'abus des drogues.

22. **Nous redoublerons d'efforts, en collaboration avec nos partenaires extérieurs, dans le domaine de la recherche sur l'épidémiologie des nouvelles maladies, en particulier le SIDA et la fièvre hémorragique (Ebola), et des anciennes maladies telles que le paludisme, pour lesquelles il n'existe encore aucun vaccin ni aucun traitement efficaces.**

23. **Nous interviendrons activement pour aider les pays à résoudre les problèmes de santé liés à la pauvreté, grâce aux ressources locales disponibles. Nous avons déjà demandé à nos Représentants d'aider les pays dans ce combat.**

24. **Nous souhaitons que la présence de l'OMS se fasse sentir dans les Etats Membres. Nous consulterons donc les pays sur la manière dont l'OMS peut les aider à améliorer leurs systèmes de santé. Je suis fermement convaincu que ceux qui sont au loin ne seront persuadés et ne croiront en notre sincérité et notre compétence que lorsque nous aurons apporté un changement dans notre environnement immédiat. Notre stratégie à cet égard sera pratique et fondée sur les résultats.**

25. **Ce ne sont pas des simples mots. Nous entendons apporter un changement pour améliorer le sort de nos populations. On peut le constater par les premières mesures que nous avons prises pour restaurer la confiance dans notre Région et dans l'ensemble de l'OMS :**

- **Nous avons révisé la gestion financière et institué des contrôles plus rigoureux** qui nous ont permis de faire des économies sur des postes de dépenses tels que les billets d'avion et les factures d'électricité et d'eau. Nous avons passé au peigne fin tous les programmes pour améliorer leur impact et leur rentabilité.
- **Compte tenu de nos contraintes budgétaires actuelles, et afin de renforcer davantage les activités menées au niveau des pays, l'OMS a entrepris une réduction des effectifs au niveau mondial. Cette réduction entraînera une diminution du nombre de personnes travaillant au Bureau régional et un resserrement des procédures de recrutement qui ne retiendront que les candidats les plus qualifiés. Nous renforcerons les bureaux de pays par un personnel international et national et par l'affectation des ressources correspondantes. Nous avons délégué les pouvoirs nécessaires aux Représentants de l'OMS pour leur permettre de prendre les décisions relatives aux activités de l'OMS dans les pays.**

- Nous avons adopté une gestion claire et transparente **qui autorise des avis personnels et leur accorde une grande valeur**. Les propositions pratiques et efficaces sont exploitées et encouragées.
- Nous avons restauré l'éthique professionnelle, **qui a été acceptée par le personnel et a réduit au minimum les pertes de temps dues au manque de ponctualité au travail et aux réunions**. Les réunions sont plus ciblées et prennent moins de temps. **Les demandes de paiements au titre des heures supplémentaires ont été fortement réduites**.
- Nous avons délégué les pouvoirs aux fonctionnaires pour qu'ils assument l'entière responsabilité de leurs décisions.
- Nous avons doté tous les bureaux d'un matériel moderne pour faciliter le travail et améliorer la productivité. On peut citer à cet égard les ordinateurs et les équipements de communication. La formation et le recyclage du personnel sont en cours.

26. Un système de télécommunication permettant d'émettre et de recevoir des messages par satellite a été installé au Bureau régional. Il facilitera les communications entre le Bureau régional, Genève et les Bureaux de pays. Il facilitera également les activités de notre Division de l'Information sanitaire et améliorera nos contacts avec les pays et le monde entier.

27. Nous sommes convaincus que l'amélioration de la santé en Afrique sera une réalité lorsque les individus, les familles, les communautés, les Etats Membres de l'OMS, les donateurs et les autres partenaires travailleront ensemble comme UNE SEULE FAMILLE pour surmonter la crise de la santé et faire en sorte que la Région africaine de l'Organisation mondiale de la Santé *figure parmi les meilleures*.

28. Le document intitulé *CADRE POLITIQUE DE COOPERATION TECHNIQUE AVEC LES PAYS DE LA REGION AFRICAINE* explique ce que le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique entend faire au cours des cinq prochaines années. Ce document pourra être distribué à ceux qui souhaitent en prendre connaissance. J'exprime le vœu ardent que le Dieu tout puissant, qui nous a appelés à contribuer au changement dans notre continent, nous donne la force de mener à bien cette mission.

29. Je voudrais vous remercier très sincèrement de mon élection et de la confiance que vous avez placée en moi pour assumer les responsabilités que vous m'avez confiées. Je vous remercie également de l'appui que vous m'avez apporté jusqu'à présent.

30. Je tiens à exprimer en particulier ma gratitude à la communauté des bailleurs de fonds pour leur appui et pour la généreuse contribution financière qu'ils apportent au développement sanitaire de l'Afrique.

31. Une étude récente que nous avons menée montre un accroissement des ressources extrabudgétaires. Nous publierons bientôt la liste des contributions des bailleurs de fonds au développement sanitaire de notre Région.

Je vous remercie, Monsieur le Président.

**ALLOCUTION PRONONCEE PAR LE PROFESSEUR OLIKOYE RANSOME-KUTI,
PRESIDENT DU GROUPE "POUR UNE MEILLEURE SANTE EN AFRIQUE",
BANQUE MONDIALE**

Monsieur le Premier Ministre de la République gabonaise,
Messieurs les Ministres,
Monsieur le Directeur régional,
Mesdames et Messieurs,

Le rapport sur le Développement mondial en 1993 commence en ces termes : "Au cours des quarante dernières années, l'espérance de vie a plus que doublé par rapport à ce qu'elle était dans la période précédente de l'histoire humaine... En 1950, l'espérance de vie dans les pays en développement était de quarante ans; en 1990, elle avait déjà atteint soixante-trois ans. En 1950, 28 enfants sur 100 mouraient avant leur cinquième anniversaire, alors qu'en 1990, ce nombre était tombé à 10. La variole qui tuait plus de cinq millions de personnes par an avait été complètement éradiquée. La vaccination avait permis de réduire considérablement l'incidence de la rougeole et de la poliomyélite. Bien que la santé se soit améliorée même dans les pays les plus pauvres, ajoute le rapport, le rythme des progrès a été inégal", et comme pour évaluer la contribution de notre Région dans l'amélioration de la santé en général, le rapport précise qu'"en 1960, au Ghana et en Indonésie, un enfant sur cinq pratiquement mourait avant d'atteindre cinq ans, taux de mortalité caractéristique de nombreux pays en développement. En 1990, ce taux avait baissé d'environ 50 % par rapport à 1960 en Indonésie, alors qu'au Ghana la baisse n'avait été que légère".

Bien que les services de santé ne constituent que l'un des facteurs ayant contribué aux succès enregistrés dans le passé, l'importance de leur rôle dans les pays en développement ne souffre d'aucun doute. Les systèmes de santé posent en effet des problèmes majeurs qui, faute de solution, entravent les initiatives visant à réduire la mortalité et les invalidités chez les enfants, et compromettent les efforts déployés pour faire face à de nouveaux défis dans le domaine de la santé tels que celui du SIDA, et à la résurgence de certaines maladies comme le paludisme et la tuberculose. Au nombre de ces problèmes, il y a lieu de citer :

- les dépenses publiques effectuées pour des interventions peu rentables;
- le manque d'accès des couches pauvres aux services de santé de base et la médiocre qualité des soins qui leur sont administrés;
- les gaspillages d'importantes sommes d'argent dans le secteur de la santé, par exemple en ce qui concerne l'achat et l'utilisation irrationnels de médicaments;
- l'inefficacité, la forte centralisation du processus de prise de décision et l'insuffisance de la motivation des professionnels de la santé souvent observées dans les hôpitaux et dispensaires publics qui assurent la majeure partie des prestations médicales modernes.

Le rapport sur le Développement mondial a été suivi par une étude assez minutieuse de la Banque mondiale sur la situation de la santé en Afrique au sud du Sahara, étude publiée sous le titre "Pour une meilleure santé en Afrique", qui vous est plus familier. Selon cette étude, en dépit de graves contraintes financières, des progrès sensibles peuvent être réalisés par beaucoup de pays dans le domaine de la santé, à condition d'entreprendre au préalable la réforme de nos systèmes nationaux de santé. Certains pays de la Région ont déjà pris d'importantes mesures pour créer un "environnement propice" à la promotion de la santé. Mais dans beaucoup d'autres, les efforts sont entravés par l'insuffisance de l'engagement politique en faveur de la réforme du secteur de la santé et par la mauvaise gestion des systèmes nationaux de santé. Dans certains pays, cette situation est

aggravée par l'instabilité politique, les ondes de choc macro-économiques, la guerre civile et les catastrophes naturelles. Mais il est toujours possible d'améliorer sensiblement la santé en Afrique en dépit de graves contraintes socio-économiques et financières.

Les mesures à prendre dans le cadre d'une telle réforme couvrent de nombreux domaines, notamment :

- les rôles respectifs de l'Etat et de ses partenaires non gouvernementaux;
- la structure du système des soins de santé;
- la détermination du contenu, du coût et des sources de financement du Paquet minimum des services de santé rentables à mettre à la disposition de tous;
- la décentralisation des services de santé et de leur gestion administrative;
- les moyens de réduire le coût des produits pharmaceutiques pour les usagers grâce à un système de médicaments essentiels;
- la réorientation de la formation et de la gestion du personnel de santé.

Ces mesures ne diffèrent pas des principes et des concepts découlant de la Déclaration d'Alma-Ata de 1978. Le rapport nous rappelle que nous nous sommes engagés à mettre en place des systèmes de santé nationaux en commençant par les soins de santé primaires. Il rappelle aussi les étapes complexes mais nécessaires qui restent à accomplir pour atteindre cet objectif.

En 1993, le Groupe d'Experts pour une meilleure santé en Afrique a été formé afin de revoir le projet d'étude. Ses membres ont été choisis pour leur réputation de leaders dans leur pays et leur contribution dans le domaine de la santé et du développement. Ils participent aux travaux du Groupe à titre personnel et reflètent la grande diversité des perspectives qui doivent être prises en compte pour réaliser la réforme du secteur de la santé.

Le Groupe d'Experts a accueilli le rapport favorablement. Il a aussi formulé un grand nombre de suggestions qui ont été retenues dans le texte final. A la fin de la réunion, les membres ont souligné l'importance du suivi, tant au niveau national qu'au niveau international. Pour eux, l'étude ne devait pas être seulement un autre rapport international, plein de bonnes intentions.

L'étude a été rendue publique par la Banque mondiale en septembre 1994, à la quarante-quatrième session du Comité régional. Dans la déclaration qu'il a prononcée à cette occasion, le Vice-Président régional de la Banque pour l'Afrique, M. E. V. Jaycox, a fait l'éloge de la publication devant le Comité et a souhaité que le Groupe d'Experts assume la responsabilité du suivi des mesures recommandées.

Le Groupe d'Experts s'est réuni en février 1995 pour définir son rôle et ses activités en s'appuyant sur les principes suivants :

- Les activités du Groupe doivent compléter le travail accompli par d'autres et non se substituer à lui; il s'agit de faire l'inventaire des lacunes et de les combler. Le Groupe doit notamment contribuer à formuler et à établir un consensus et un engagement national en faveur des réformes. L'accent doit être mis sur l'impact de ces réformes sur la pensée et l'action des différents partenaires. L'idée de base est de créer un mouvement de fond en faveur de la réforme de la santé dans la société civile et d'instaurer ainsi un climat favorable à un dialogue constructif entre celle-ci et le secteur public. La réforme du secteur de la santé deviendra ainsi un problème de société au sens large et ne sera plus seulement l'affaire de quelques politiciens et du personnel technique du Ministère de la Santé.

- Le Groupe d'Experts remplira son mandat national et international en assurant la diffusion des concepts et des principes de la réforme du secteur de la santé exposés dans la Déclaration d'Alma-Ata et dans la publication "Pour une meilleure santé en Afrique", ainsi qu'en se faisant l'avocat de leur mise en oeuvre. Il a reconnu qu'il ne pouvait avoir qu'un rôle de catalyseur chargé de mobiliser tous ceux qui s'intéressent à l'amélioration de la santé. Les programmes nationaux d'amélioration de la santé devront donc être le fruit d'un processus intensif de consultation et d'étude à l'échelle du pays.
- Etant donné que la réforme du secteur de la santé progresse à un rythme stade différent dans chaque pays, les membres du Groupe devront, au niveau international, parrainer des séminaires organisés pour les équipes de pays ou y participer en tant qu'experts. L'objectif du Groupe est d'assurer la mise en commun des expériences de réforme du secteur de la santé, de renforcer la motivation et de favoriser l'adoption des réformes. Les partenaires de la société civile rencontreront le personnel du secteur public lors de ces séminaires pour promouvoir le dialogue et la coopération. Des ateliers nationaux et internationaux seront organisés à l'intention des journalistes, des enseignants, des groupes professionnels, des syndicalistes, etc., pour mieux leur faire comprendre la réforme envisagée, obtenir leur appui en vue de sa mise en oeuvre et promouvoir sa diffusion.

Des membres du Groupe vont parrainer la préparation de documents de suivi sur des aspects essentiels de la stratégie de la santé qu'eux-mêmes et les auteurs de l'étude auront repérés. Ces documents seront diffusés et étudiés aux niveaux national et international. Des membres ont par exemple proposé de parrainer des études sur des questions telles que la décentralisation, les substances pharmaceutiques et la formation supérieure en santé publique.

D'ores et déjà, le Programme pour une meilleure santé en Afrique aide quelques-uns de nos grands dirigeants africains à oeuvrer au sein de la société civile en faveur de la réforme du secteur de la santé. Plusieurs d'entre eux ont précisé comment ils avaient l'intention de procéder en vue de solutions, et l'on est en quête de financements. Le Programme cherche d'autre part à trouver de nouveaux leaders et encourager leur action en tirant parti de la vaste expérience et des nombreuses compétences que possède le monde industrialisé, notamment dans le secteur privé, en matière de développement du leadership.

La réforme de la santé sera énergiquement poursuivie au niveau politique et tout sera fait pour l'inscrire à l'ordre du jour des réunions de Chefs d'Etat, de Ministres de la Santé et de bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux.

Enfin, le Programme pour une meilleure santé en Afrique va encourager la formation de personnel de santé pour lui permettre d'acquérir les compétences requises par les systèmes de santé une fois la réforme engagée. On recherchera une aide pour définir des services de santé communautaire types que les établissements de formation de personnel de santé puissent utiliser comme aires de démonstration pratique.

L'initiative pour une meilleure santé en Afrique doit être vue comme le souci de raviver notre détermination à développer ou réformer les systèmes nationaux de santé pour libérer nos peuples de ce lourd fardeau que représente la maladie. Elle vise à situer l'appui et les efforts de la population dans une perspective de changement. Faute d'infrastructure de santé, pas question de commencer même à prendre soin de nos populations : tous les efforts seront vains et il n'y aura aucun acquis durable. Il est évident pour tous que la population ne saurait être éduquée en l'absence de système scolaire; or, il faudrait apparemment la maintenir en bonne santé en l'absence de système de santé ! Je ne veux pas dire par là que les pays de notre Région ont négligé le développement de leurs systèmes de santé mais leurs efforts se sont dissipés ou ont été engloutis par d'autres programmes à court terme qui bénéficiaient de nombreux financements. Cette ère n'est pas encore révolue mais, pour notre part, nous devons tirer les enseignements du passé et rester résolu à "commencer par le commencement".

Avant de conclure, permettez-moi de situer l'action du Groupe dans la perspective plus large d'une nouvelle Initiative spéciale pour l'Afrique que prépare actuellement le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies. Elle prévoit des actions concertées en faveur du développement menées à tous les niveaux économiques et sociaux en Afrique par les institutions de la famille des Nations Unies. Notre Directeur régional a été associé de très près aux travaux préparatoires, et le Groupe ainsi que la Banque mondiale participeront à l'initiative. Les programmes généraux d'investissement et de développement dans le secteur de la santé seront adaptés aux besoins de chaque pays et nous devons participer activement à leur définition puisque nous sommes les acteurs clés de l'amélioration de la santé. Une fois préparés et examinés les programmes pertinents pour chaque pays dans le secteur de la santé et une fois confirmé l'engagement sans faille des pays envers ces programmes, le Groupe et la Banque mondiale sont prêts à jouer un rôle actif dans la mobilisation d'appuis financiers et autres à ces programmes. Notre vœu le plus cher est que les consultations qui vont avoir lieu durant ce Comité régional avec les délégations et entre les institutions du système des Nations Unies fassent avancer les préparatifs des actions qui seront aidées dans le secteur de la santé au titre de l'initiative spéciale.

Ne nous y trompons pas - il s'agit ici de participation communautaire. Nous n'avons pas réussi jusqu'ici à appréhender, analyser et exploiter cet outil des plus importants pour le développement sanitaire. Le programme pour une meilleure santé en Afrique ne constituera qu'un début. Jusqu'à présent, la participation communautaire n'était censée concerner que les villageois, et cette idée fautive a sapé la crédibilité de la démarche. On y a vu une tentative des autorités pour transférer la responsabilité de la prestation des services de santé communautaire aux villageois - c'est-à-dire ceux qui sont les moins aptes à l'assumer. Travailler à l'instauration de la santé pour tous doit être la responsabilité de tous et non pas seulement du Ministère de la Santé.

L'Initiative pour une meilleure santé consiste à explorer le potentiel de la participation communautaire - entreprises dont nos dirigeants sont les pionniers. Je suis convaincu qu'ils auront à coeur d'offrir un appui durable à la réforme du secteur de la santé dans tous nos pays.

**ALLOCUTION D'OUVERTURE
PRONONCEE PAR SON EXCELLENCE M. PAULIN OBAM NGUEMA,
PREMIER MINISTRE GABONAIS**

Monsieur le Président de la quarante-quatrième session du Comité régional,
Monsieur le Directeur régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique,
Messieurs les délégués, représentants des Etats Membres,
Excellences, Mesdames et Messieurs les Membres du Corps diplomatique,
Distingués invités,
Mesdames et Messieurs,

Au moment où s'ouvrent les travaux de la quarante-cinquième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la santé, permettez-moi, distingués invités, Mesdames et Messieurs, de vous dire que le Président Gabonais, Chef de l'Etat, Son Excellence, M. El Hadj Omar Bongo, qui aurait voulu présider personnellement cette cérémonie, me charge de vous transmettre le message qui suit :

Le Gabon est honoré d'accueillir pour la seconde fois, en deux décennies, la haute assemblée que constitue le Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé, organe de décisions en matière de santé au niveau continental.

En effet, voilà très exactement treize ans, jour pour jour, que se tenait en ce même lieu, la trente-deuxième session de votre Comité.

Distingués délégués, permettez qu'en vous souhaitant, au nom de Monsieur le Président de la République, Chef de l'Etat, la plus chaleureuse et cordiale bienvenue, de vous rappeler qu'au Gabon, terre d'accueil et d'amitié, vous êtes chez vous.

A Monsieur le Directeur régional dont la quarante-cinquième session constitue le premier Comité depuis son installation à la Cité du Djoué à Brazzaville, j'adresse toutes mes félicitations et mes encouragements.

Honorables délégués des Etats Membres, la quarante-cinquième session du Comité régional se tient à un moment où notre continent traverse une grave crise économique dont les effets pervers affectent dangereusement nos populations et l'analyse de notre situation sanitaire est, à cet égard, très révélatrice.

En effet, celle-ci met en exergue un écart croissant entre les pays du Nord et ceux du Sud, où les maladies naguère contrôlées ou en voie d'éradication, réapparaissent sous forme d'épidémies. D'autres encore, celles dites maladies de la civilisation, font leur entrée, alors que des fléaux tel que le SIDA ne cessent de progresser.

A ce sinistre tableau viennent s'ajouter des facteurs aggravants tels que les conflits fratricides et les catastrophes naturelles ou provoquées.

Monsieur le Président, Distingués délégués, ce tableau n'est pas acceptable. Voilà pourquoi, nous devons renverser le cours des événements : c'est dire l'importance du présent Comité en qui nous plaçons tant d'espoir pour la recherche des voies et moyens d'un renouveau sanitaire en Afrique, car le développement socio-économique de nos pays en dépend dans une très large mesure. En effet, le Comité régional qui réunit les hauts responsables de la santé est un instrument privilégié d'échange d'expériences de cette nature et de synergie de l'action conjuguée de l'OMS, des Etats Membres et des bailleurs de fonds.

Aussi, les expériences réunies dans un pays de la Région doivent-elles profiter aux autres dans le cadre de la légendaire solidarité africaine. Nous devons admettre que l'investissement en faveur de la santé est un investissement économique, j'ajouterai même, le premier investissement, parce qu'il concerne l'homme en ce qu'il est l'alpha et l'oméga de tout processus de développement.

Distingués délégués, Mesdames et Messieurs, en examinant les points de votre ordre du jour, je me rejouis de la pertinence des thèmes que vous avez choisis et qui portent tous sur des problèmes d'une brûlante actualité. C'est pourquoi, je reste convaincu que vos débats déboucheront sur des résolutions et des recommandations réalistes et immédiatement applicables. L'Afrique n'est pas plus pauvre que les autres continents, mais il semble que son retard résulterait en partie de ses faiblesses en management.

Je voudrais donc, pour ma part, insister sur la nécessité d'améliorer nos capacités à gérer nos ressources, aussi modestes soient-elles, qui sont mises à la disposition du secteur de la santé. C'est sans doute le prix à payer en contrepartie d'une mobilisation des fonds additionnels dont l'Organisation a tant besoin.

Votre rigueur dans la gestion, Monsieur le Directeur régional, votre savoir-faire et le sens de responsabilité qui vous caractérisent sont pour nous un gage de succès dans cette nouvelle entreprise. Pour le Gabon, la coopération technique entre pays en développement est un instrument privilégié au service du développement sanitaire au plan régional et national. Voilà pourquoi, je réitère solennellement au nom du Président de la République, la disponibilité de l'Etat gabonais à collaborer avec les autres Etats Membres de l'Organisation mondiale de la Santé, dans le domaine de la recherche médicale et de la phytothérapie, où nous disposons des structures et des potentialités considérables.

En dépit des progrès enregistrés au cours des trente dernières années, le Gouvernement gabonais s'est engagé dans la voie d'une politique de santé fondée sur la recherche de l'équité et de la justice sociale pour tous. La loi d'orientation relative à notre politique nationale de santé constitue le maillon le plus important de cette oeuvre qui se veut à la hauteur des ambitions de notre peuple, et dont la mise en application consacre une nouvelle voie de coopération multiforme.

Monsieur le Président, Distingués délégués, Mesdames et Messieurs, des millions d'Africaines et d'Africains sont aujourd'hui inquiets pour leur santé, leur avenir et celui de leurs enfants. Ils ont un regard tourné vers vous; ils attendent, à l'issue de cette quarante-cinquième session du Comité régional, des réponses concrètes à leurs préoccupations; ils attendent de vous, responsables sanitaires au plus haut niveau, venus des quatre coins du continent, mûs par une volonté politique plusieurs fois réaffirmée, servie par votre savoir-faire et votre volonté de progrès, les peuples d'Afrique disais-je, attendent de vous de relever le défi majeur de notre temps : la santé pour tous, condition de notre épanouissement socio-économique.

En ce qui me concerne, il ne peut subsister l'ombre d'aucun doute que, l'Afrique, continent des plus riches, où vivent encore les plus pauvres du monde, saura briser le cercle vicieux que constituent encore l'ignorance, la pauvreté et la maladie. C'est sur cette note d'espoir, qu'au nom du Président de la République, je souhaite pleins succès à vos travaux, et déclare ouverte la quarante-cinquième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique.

Je vous remercie.

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

Excellence, Monsieur le Président,
Mesdames et Messieurs les Ministres,
Monsieur le Directeur régional, Docteur Samba,
Honorables Représentants,
Mesdames et Messieurs,

En publiant, en mai 1995, son premier Rapport sur la Santé dans le Monde, l'OMS a placé la santé publique et la coopération internationale en matière de santé au centre de l'attention et des débats, tant auprès de l'opinion et des médias que des responsables politiques et des professionnels de la santé. L'OMS s'est ainsi donné les moyens de communiquer de façon simple, directe et accessible à tous, la somme considérable d'informations qu'elle rassemble, valide et analyse sur une base permanente. Nous disposons là d'un outil efficace et de large diffusion pour alerter, chiffres à l'appui, tous nos partenaires en développement sur les besoins sanitaires dans le monde, sur les grandes tendances épidémiologiques et leurs déterminants, sur le niveau et l'orientation des ressources mises en oeuvre et sur les résultats obtenus. Au sein-même de l'OMS, cet outil nous permettra de mieux évaluer la pertinence et l'efficacité de nos interventions par rapport à toutes ces grandes tendances, épidémiologiques, économiques et sociales.

Le constat posé par le Rapport de l'OMS est sans ambiguïté. En 1995, face à la maladie, à la souffrance et à la mort, les écarts se creusent. Non pas seulement entre pays mais aussi à l'intérieur des pays eux-mêmes, entre riches et pauvres, entre nantis et exclus. Par ce Rapport sur la Santé dans le Monde, l'OMS affirme sa volonté de réduire les écarts de santé et met en évidence leur corrélation avec d'autres écarts que le Rapport identifie dans le domaine de l'épidémiologie, de la population, du développement économique et de l'environnement.

Nous disons enfin qu'ayant défini à Alma-Ata les soins de santé primaires comme moyens et stratégie nécessaires à notre action, nous devons aujourd'hui nous imposer une obligation de résultats.

Pour être durable, le développement doit être humain et social, garantir à chacun dignité et qualité de vie, devenir plus autonome sans oublier d'être solidaire. La santé est au coeur de cette exigence. Elle est à la fois condition et résultante d'un développement global qui prend en compte les dimensions principales de la vie, de l'identité et des relations des êtres humains et des sociétés. Je l'ai souligné au Sommet mondial sur le Développement social qui s'est tenu à Copenhague en mars dernier. En ce sens, la mission de l'OMS est technique, médicale mais aussi sociale et, fondamentalement, éthique.

Un axe important de l'action de l'OMS se situe dans la continuité de la Conférence internationale sur la Population et le Développement qui s'est réunie au Caire il y a un an. A l'intérieur du processus de réforme de l'OMS, j'ai décidé de favoriser l'intégration fonctionnelle et la coordination de nos activités en matière de santé génésique en les regroupant en un domaine de programme unifié. L'OMS aide et encourage les pays à mettre en place des soins de santé primaires qui incluent de façon systématique des soins de santé génésique accessibles à tous et adaptés aux pathologies propres notamment aux femmes mais aussi à l'âge de chacun et aux caractéristiques épidémiologiques des pays et régions concernés.

L'évolution structurelle de la population, sa répartition en groupes d'âge, son degré de concentration urbaine et ses mouvements - qu'ils soient le fait du tourisme, de travailleurs migrants, ou de populations déplacées ou réfugiées - sont des facteurs importants qui influent sur la nature et l'évolution des problèmes de santé. Le vieillissement de la population est un phénomène mondial dont l'accélération dans les années à venir sera plus marquée encore dans les pays en développement.

Déjà, les conséquences se font sentir sur les profils épidémiologiques des pays et des groupes et entraînent des besoins nouveaux de prise en charge médicale et sociale auxquels nous devons dès aujourd'hui nous donner les moyens de répondre.

Quant aux épidémies, comme nous l'avons vu pour les flambées récentes de peste, de choléra, de dysenterie, de méningite, ou pour la pandémie du VIH/SIDA, leur potentiel est aujourd'hui démultiplié par la rapidité de propagation que leur assurent le nombre, la concentration et la mobilité des populations, sans précédent avéré dans l'histoire. L'apparition de souches multirésistantes (dans le cas par exemple des flambées de choléra dans les camps de réfugiés de Goma), ajoute aussi à la difficulté du suivi et de la gestion des problèmes sanitaires qui caractérisent les situations d'urgence complexes.

L'émergence de maladies infectieuses nouvelles nous rappelle la nécessité de maintenir des services de surveillance épidémiologique, de laboratoire et d'intervention rapide pleinement opérationnels. A cet égard, il importe de pouvoir s'appuyer sur des réseaux internationaux d'échange d'information et de coopération. L'efficacité d'une telle coopération a été prouvée pendant la récente épidémie de fièvre Ebola où l'OMS a contribué au succès des opérations de lutte, et en définitive au contrôle de l'épidémie, en facilitant l'articulation des efforts nationaux et internationaux. Je veux ici rendre hommage à tous ceux, hommes et femmes, professionnels de santé ou bénévoles, qui ont sur le terrain donné d'eux-mêmes sans compter pour soigner les malades et gagner la bataille contre l'épidémie.

La pandémie du SIDA est une menace et une souffrance pour chacun. Dans ses causes et dans ses effets, elle aussi nous renvoie aux dimensions économiques, sociales et culturelles de la maladie et à la nécessité de former des coalitions avec toutes les institutions, publiques et privées, et tous les secteurs de la société pour que notre action soit efficace. Le Programme commun des Nations Unies contre le SIDA (Programme UNAIDS) se met progressivement en place avec l'appui de l'OMS. Au niveau des pays, à travers ses approches intégrées de prévention et de lutte contre la maladie et notamment contre les maladies sexuellement transmissibles, l'OMS maintient le soutien nécessaire à la continuité des programmes nationaux de lutte contre le SIDA.

Une réponse sanitaire efficace, adaptée à la complexité et à l'ampleur de ces phénomènes, passe nécessairement par une intégration des objectifs de santé dans toutes les politiques publiques, qu'elles soient globales ou sectorielles, nationales ou internationales. C'est encore plus vrai quand il s'agit de lutter contre la pauvreté et les écarts majeurs dont elle est la cause en termes de santé.

La pauvreté implique la malnutrition chronique, l'impossibilité de s'assurer un minimum d'hygiène - par exemple pour l'eau et l'habitat, l'absence de services ou de choix concernant la planification familiale, des naissances trop nombreuses ou trop rapprochées, nocives pour la santé tant des femmes que des enfants. La pauvreté va de pair avec le chômage, le sous-emploi, la faiblesse des revenus, l'insécurité physique et psychologique dans les conditions de vie et de travail. Tous ces facteurs limitent l'accès à l'information, aux services et aux médicaments essentiels et, trop souvent, retentissent aussi sur la qualité des soins et des services disponibles.

En cela, la pauvreté est bien la cause première des taux élevés de morbidité, d'invalidité, et de décès prématurés dans le monde, que ce soit dans les pays en développement ou parmi les exclus dont le nombre augmente dans les sociétés dites développées. La présence d'infrastructures et de services publics de base, notamment des soins de santé primaires et de l'éducation, reste la clé du développement social et sanitaire. La responsabilité première de la mise en place et du maintien de ces services de base incombe aux pouvoirs publics dont le rôle, à cet égard, reste irremplaçable.

Le développement économique de l'Afrique, son avenir-même, passent par la protection et l'amélioration de la vie et de la santé de ses populations, notamment des générations montantes. Je veux ici redire l'engagement de l'Organisation mondiale de la Santé aux côtés de l'Afrique et de ses peuples. Ensemble nous devons continuer notre combat pour réduire les écarts et alléger le double fardeau épidémiologique qui pèse sur le continent africain.

Nous ne pouvons nous résigner à ce que, dans ce monde qui est le nôtre, les taux de mortalité soient trente fois plus élevés pour les nourrissons et quinze fois plus élevés pour les mères selon les pays. Réduire la mortalité et la morbidité maternelles et infantiles reste pour l'OMS une priorité absolue. C'est un objectif que nous poursuivons avec l'appui de nos partenaires du système des Nations Unies, notamment l'UNICEF et le PNUD. Nous devons maintenir et élargir nos efforts de vaccination pour protéger tous les enfants notamment contre la rougeole et le tétanos néonatal, et pour éradiquer la poliomyélite d'ici l'an 2000.

Comme le propose l'OMS dans son dossier Mère-Bébé, chaque consultation médicale des femmes enceintes, des mères ou des jeunes enfants doit être une occasion pour les agents de santé de combiner prévention, dépistage, vaccination, traitement et éducation sanitaire et nutritionnelle à l'adresse de tous les membres de la famille. Je l'ai dit cette semaine à la Conférence mondiale sur les Femmes à Beijing : les femmes sont nos meilleures alliées pour la santé, l'éducation et le développement. Nous devons leur ouvrir les moyens d'avoir prise sur leur destin et de faire pour elles-mêmes et leur famille des choix libres et responsables en faveur de la santé.

L'éradication de la dracunculose en Afrique est pratiquement réalisée et nous progressons vers l'élimination de la lèpre. Après les succès remportés contre l'onchocercose, ces programmes démontrent s'il en était besoin que, lorsque la volonté politique est présente et que les moyens logistiques sont mis en oeuvre, en Afrique comme ailleurs, il est possible de juguler la maladie.

Ainsi, des moyens simples, efficaces et peu coûteux sont à notre disposition contre la tuberculose. Nous avons le devoir de les utiliser et d'agir de façon méthodique. Une politique active de prévention, de dépistage et de traitement des cas doit être appliquée au bénéfice des populations à risque.

Cependant, nous devons garder à l'esprit que, pour la tuberculose comme pour le paludisme et tant d'autres problèmes de santé publique, à long terme, la véritable solution réside dans la mise en place de politiques et d'orientations fondamentales axées sur l'amélioration de l'environnement, de l'habitat, et des conditions de vie et de travail de l'ensemble de la population.

La réalisation du projet "Afrique 2000" lancé par l'OMS dans la Région a précisément pour objet de contribuer à réduire les problèmes de santé en travaillant en amont, sur leurs causes, c'est-à-dire en aidant à donner aux populations qui en sont encore démunies un accès à l'eau et à des installations d'assainissement. L'OMS reste vigilante pour assurer la sécurité des populations contre les risques de contamination de l'environnement par des produits chimiques ou d'autres substances toxiques. Nous devons aussi continuer à rappeler la nécessité dans les politiques industrielles de promouvoir des conditions de travail qui respectent la dignité, la sécurité et la santé des travailleurs.

C'est avec un grand regret que j'ai appris la reprise des essais nucléaires dans le Pacifique. Je voudrais rappeler que dans le cadre du système des Nations Unies, l'OMS a toujours plaidé en faveur du désarmement nucléaire, du traité de non-prolifération et de l'interdiction des essais nucléaires telle qu'elle est prévue dans le traité actuellement en cours de négociation. L'OMS est fermement opposée à la production des armes nucléaires, aux essais nucléaires, à la constitution de stocks d'armes nucléaires, à leur transport ou à leur utilisation. Cette position est implicite dans la Constitution de l'OMS puisque celle-ci réprouve toute menace ou tout risque global qui irait contre l'obtention du

meilleur état de santé possible pour tous. L'OMS a réalisé des études approfondies sur les effets de la guerre nucléaire sur la santé et sur les services sanitaires ainsi que sur les conséquences pour la santé des accidents nucléaires, notamment à Tchernobyl. La question de la licéité de l'utilisation des armes nucléaires a été soumise par l'Organisation mondiale de la Santé et par les Nations Unies à la Cour internationale de Justice de La Haye qui l'examinera en novembre prochain.

Je dirai, en résumé, qu'il n'existe pas d'arme nucléaire à dispositif de sécurité absolument "étanche" et que nous n'avons pas de garantie que les essais nucléaires sont sans risque pour les générations présentes ou futures. La meilleure façon pour tous les pays du monde d'assurer santé et paix à tous les êtres humains, c'est de mettre en commun leur savoir sur l'énergie nucléaire et de renoncer à la production, aux essais et à l'utilisation des armes nucléaires. L'Organisation mondiale de la Santé et moi-même, en tant que Directeur général, nous nous prononçons en faveur de l'instauration d'un monde "dénucléarisé".

La participation de l'Afrique au développement de la santé du monde est indispensable. J'ai dit à l'Assemblée mondiale de la Santé ma volonté de promouvoir cette participation du continent africain et de tous ses citoyens, y compris au sein du Secrétariat de l'OMS et compte tenu des contraintes budgétaires qui sont les nôtres. La première femme à occuper depuis longtemps un poste de Sous-Directeur général à l'Organisation mondiale de la Santé vient d'être nommée et elle est africaine. D'autres postes de responsabilité ont été confiés à des personnalités africaines dont l'expérience et la compétence renforcent notre pouvoir d'action.

En mai 1995, au cours de l'examen des propositions budgétaires par l'Assemblée mondiale de la Santé, je me suis trouvé confronté en tant que Directeur général à un choix difficile. L'alternative était soit de maintenir en l'état, soit de réviser à la baisse les propositions budgétaires présentées par le Secrétariat comme nécessaires à la réalisation des activités de programme voulues par les Etats Membres. Dans le premier cas, la rupture du consensus était certaine au moment du vote et mettait en cause l'engagement effectif de contribution et de participation de nos Etats Membres au budget et aux activités de l'Organisation. Dans le deuxième cas, le consensus était préservé mais le niveau budgétaire ne reflétait plus les augmentations du coût des programmes dues essentiellement à l'inflation et aux fluctuations des taux de change.

L'universalité et la cohésion de l'Organisation mondiale de la Santé sont pour moi la condition première de sa crédibilité et de son efficacité. J'ai donc décidé de proposer la solution qui préservait le consensus et la solidarité entre tous les membres de l'OMS, en cherchant à répartir les ressources en fonction des besoins. J'ai aussi décidé, sur la part du Siège, de transférer quelque 11 millions de dollars respectivement à chacune des deux Régions Afrique et Amérique. Ce transfert, il faut en être conscient, implique de lourds sacrifices pour le Siège en termes d'abolition de postes et de réduction d'activités.

Pour compenser le déficit d'environ 14% qui affecte l'ensemble de nos ressources budgétaires ordinaires, le Siège et les Bureaux régionaux sont tous appelés à réaliser des économies sur leur gestion et leurs opérations. Les Directeurs régionaux et moi-même nous nous efforçons de limiter autant que faire se peut l'impact inévitable de ces coupes budgétaires sur notre personnel. Mais notre impératif premier doit être la sauvegarde des activités prioritaires au niveau des pays et selon les orientations prescrites par le Conseil exécutif et l'Assemblée mondiale de la Santé. J'ai reçu, par ailleurs, l'autorisation de principe d'utiliser au cours de la période biennale jusqu'à 20 millions de dollars sur les recettes occasionnelles qui pourraient être disponibles. Cette autorisation concerne le financement des programmes prioritaires au niveau des pays, sous réserve d'approbation par le Conseil exécutif.

Monsieur le Président, Excellences, Mesdames et Messieurs,

Dans une conjoncture difficile, nous avons à répondre à des besoins de santé toujours plus nombreux et plus complexes. Nous ne pourrons y satisfaire que par des politiques publiques d'ensemble, traitant de façon cohérente les problèmes à la fois dans leur globalité et dans leurs aspects sectoriels spécifiques. Cela requiert une action forte de santé publique, qui serve de centre de gravité aux politiques de développement. Des partenariats nouveaux, fondés sur le respect mutuel et la solidarité, permettront de promouvoir un développement plus équitable où les écarts de santé seront progressivement comblés. La santé de l'Afrique et du monde nous appelle tous à la solidarité dans l'effort, dans la répartition des ressources et dans l'exercice de nos responsabilités.

Je vous remercie de votre attention.

**ALLOCUTION PRONONCEE PAR
SON EXCELLENCE M. PASCAL GAYAMA,
SECRETAIRE GENERAL ADJOINT DE L'ORGANISATION DE L'UNITE AFRICAINE**

Monsieur le Président,
Monsieur le Premier Ministre de la République gabonaise,
Honorables Ministres et Chefs de délégations,
Honorables Représentants des Corps constitués gabonais,
Monsieur le Directeur général de l'OMS, Dr Hiroshi Nakajima,
Dr Ebrahim Malick Samba, Directeur régional de l'Organisation mondiale de la Santé,
Excellences Messieurs et Mesdames les membres du Corps diplomatique et
Représentants des Institutions internationales,
Distingués Délégués, Mesdames et Messieurs,

Je voudrais de prime abord vous adresser les salutations chaleureuses du Secrétaire général de l'OUA, **M. SALIM AHMED SALIM**, qui m'a fait l'honneur de me déléguer ici à Libreville pour le représenter à cette quarante-cinquième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé, me donnant ainsi l'occasion de revenir chez moi en Afrique centrale et d'y exprimer ma profonde reconnaissance au Président El Hadj Omar Bongo, au peuple et au Gouvernement gabonais pour leur soutien dans l'accomplissement de ma modeste mission à l'OUA en qualité de Secrétaire général adjoint.

Au-delà de ce que dicte une émotion bien sincère, ma mission consiste aussi, Monsieur le Président, à rendre témoignage de l'intensité du flux des relations entre le Gabon et l'OUA, expression du rôle grandissant joué par ce beau pays sur la scène interafricaine, comme le confirme l'apport décisif du Gabon dans le règlement du différend tchado-libyen, et des crises qui ont affecté nombre d'Etats voisins, pour ne s'en tenir qu'à ces cas là.

De son côté, l'OUA s'est tout naturellement impliquée dans le processus politique que le Gabon a eu à gérer ces derniers temps à la satisfaction générale, puisque la paix, cette denrée rare, constitue au moins pour le peuple gabonais, une réalité tangible.

Honorables Ministres et Chefs de Délégations,
Monsieur le Président,

En accueillant cette année la quarante-cinquième session du Comité régional de l'OMS, la République gabonaise vient contribuer opportunément à la jonction nécessaire que chacun veut voir s'établir aujourd'hui en Afrique entre l'évolution politique et le développement général de notre continent, avec en priorité, le développement humain.

En effet, pour sortir du paradoxe d'un continent extrêmement riche (et toujours convoité pour ses richesses) avec des populations parmi les plus pauvres du monde, il y a un défi que seuls la volonté politique et le savoir-faire des Africains peuvent aider à relever.

L'OUA ne visait pas autre chose lorsque, en avril dernier au Caire, elle a organisé la Cinquième Conférence des Ministres africains de la Santé sur le thème spécifique de "**la situation de la femme dans le contexte de la santé de la famille en Afrique**". Si l'on tient en effet la femme comme symbole de l'évolution de la société et de la famille même élargie, ou comme le microcosme de la société, c'est-à-dire de son état de bien-être physique, moral et spirituel, alors peut-être nous avons commencé à saisir le problème du développement par le bon bout.

La santé comme base du développement, nos Chefs d'Etat et de Gouvernement l'avaient déjà indiqué dans la Déclaration du 23ème Sommet de l'OUA que nous connaissons. C'était en 1987. Elle vient d'être complétée, en juin dernier à Addis-Abéba, par la Déclaration sur le Plan d'Action de l'Afrique relatif à la situation de la Femme dans le contexte de la santé de la famille.

Succédant à la célébration, en 1994, de l'Année internationale de la Famille, et en prélude à la Quatrième Conférence mondiale sur les Femmes de Beijing, le plan d'action adopté par la Cinquième Conférence des Ministres de la Santé et entériné par nos Chefs d'Etat et de Gouvernement, met en relief une donnée essentielle qui, par le biais de la santé de la femme dans le contexte de la famille, revient en fait à reconnaître la nécessité d'adopter un comportement sain dans les domaines tels que ceux de l'hygiène corporelle, de l'éducation et de l'assainissement de notre cadre de vie en général.

Le thème de l'hygiène corporelle renvoie, à juste titre, aux épidémies, à un point tel que l'Afrique, berceau de l'humanité, est perçue par ses détracteurs afro-pessimistes indécrottables, comme le tombeau de la même humanité, là où tout ne serait que danger, misère et damnation. Cette impression a récemment été confortée par l'apparition du virus Ebola qui, comme celui du VIH/SIDA, doit nous inciter à une prise de conscience des dangers réels auxquels les populations africaines sont exposées.

Cette prise de conscience s'est déjà traduite, à Dakar en 1992, au Caire en 1993 et à Tunis en 1994 par des Déclarations ou programmes adoptés par nos Chefs d'Etat et de Gouvernement et mettant en exergue l'engagement individuel et collectif des Africains dans la lutte contre ces fléaux.

Il va de soi que pour assurer une bonne mise en oeuvre des programmes aussi vitaux tendant sinon à l'éradication du moins à la maîtrise des phénomènes liés aux épidémies, il est essentiel d'accorder tout le crédit politique nécessaire au mot d'ordre de **priorité santé** qui induit une approche à la fois multisectorielle et pluri-institutionnelle.

Quant à l'aspect éducation et formation, sa pertinence pour ce qui est de la santé publique ne se justifie plus, comme l'a démontré l'Initiative de Bamako, par le seul investissement en faveur des spécialistes ou des équipements de pointe. Certes ceux-ci gardent toute leur importance; ou voudrait simplement reconnaître la place de la participation populaire à travers des structures sociales et médicales appropriées, susceptibles de toucher aussi bien les villes que l'arrière-pays.

Par une telle mobilisation, des questions connexes liées à la culture ou aux traditions peuvent être appréciées à leur juste valeur. Car autant il convient de combattre des attitudes ou pratiques traditionnelles néfastes à la santé du genre mutilations génitales, mariages précoces, auxquelles de trop larges masses sont encore soumises en Afrique, autant il serait judicieux de faire la part de bonnes thérapeutiques traditionnelles et de comportements moralement positifs surtout pour la jeunesse.

Dans les programmes de la Commission scientifique et de la Recherche de l'OUA, basée à Lagos comme dans ceux du CICIBA (Centre international de Civilisations Bantous) basé ici-même à Libreville, le domaine de la médecine traditionnelle occupe une place que nous serions très heureux de promouvoir davantage si des contraintes financières ne nous en empêchaient.

Sans doute, n'est-il guère facile, par ces temps d'ajustements structurels, d'opérer les choix économiques favorables au secteur social en général, à celui de la santé en particulier. Le Sommet mondial sur le Développement social organisé à Copenhague en mars dernier a réaffirmé une notion évoquée naguère par notre Conférence internationale sur l'Assistance aux Enfants en Afrique de 1992, celle dite des 20/20 par laquelle les Etats s'engageraient à consacrer 20 % au moins de leur budget au secteur social en contrepartie d'un pourcentage similaire de la part des partenaires multilatéraux et bilatéraux. Mais que n'a-t-on pas proposé à Copenhague ou ailleurs ? L'ancien Président français François Mitterand avait même évoqué l'idée d'une taxe sur les transactions financières internationales

au profit du développement humain. Mais au-delà de toutes ces propositions se profile en réalité le dossier crucial de la coopération internationale en matière de développement social, et celui de l'assainissement général d'un environnement qui condamne, par son insalubrité, davantage qu'il ne libère, en dépit des avancées toujours prometteuses du progrès scientifique.

Monsieur le Président,
Mesdames et Messieurs,

Le progrès scientifique, voilà ce qui depuis environ deux cents ans ne cesse de bercer les aspirations des peuples du monde vers des lendemains confortables et asceptisés. L'oeuvre de grands hommes comme Pasteur nous interpelle à cet égard de manière particulière.

Or, même si nous devons rendre hommage à de tels bienfaiteurs de l'humanité, il n'en reste pas moins qu'il nous tarde, en Afrique, d'intégrer des attitudes scientifiques comme celles qui animaient Pasteur et d'autres à nos propres comportements pour vraiment gérer nous-mêmes notre progrès.

L'exemple de Pasteur ne nous est pas seulement suggéré par la célébration il y a quelque temps de son bicentenaire. Nous croyons en effet que les conditions de vie prévalant du temps de ce savant pouvaient à maints égards et surtout au plan social être pires que dans certains pays africains et pas seulement les moins avancés d'aujourd'hui.

Alors que ne créons-nous pas également des conditions propices à l'éclosion de chercheurs et d'inventeurs pouvant faire reculer les menaces de toutes sortes que font peser sur nos populations les maladies endémiques connues ou moins connues ?

Ce que le Dr Pataroyo a réalisé récemment en Colombie avec le vaccin contre le paludisme montre que dans les pays en développement, les miracles de la science peuvent parfaitement être réalisés pour peu que nous ayons foi en nous-mêmes et que nous consacrons à notre situation l'attention et les moyens qu'elle requiert.

J'en viens tout naturellement à l'exigence de coopération interafricaine qu'une telle vision implique. En Afrique, on le sait, tout coûte cher y compris la santé. Tout faire pour minimiser le coût de la santé par une coopération active entre institutions et agents de santé, voilà ce que renferme dans son principe comme dans ses dispositions le Protocole sur la santé devant être annexé au Traité instituant la communauté économique africaine. Si je n'avais pas affaire à un auditoire averti de ces questions, il serait vain de se poser la question de savoir pourquoi plus de 30 ans après l'indépendance de la plupart de nos pays, sommes-nous toujours davantage enclins à dépenser des sommes colossales au profit des hôpitaux européens ou américains alors que nous pourrions promouvoir des mécanismes d'évacuation sanitaire ou d'approvisionnement en médicaments essentiels en Afrique même, tout en investissant pour assurer notre propre autosuffisance, progressivement, en matériel médical de base ?

Telles sont quelques-unes des questions fondamentales que l'on peut se poser dans le domaine qui est le vôtre, Honorables Ministres, un domaine qui, à l'instar du charbon et de l'acier qui avait jeté à Rome, en 1956, les bases de la communauté européenne, peut, en ce qui nous concerne, caractériser la véritable coopération interafricaine que nous attendons tous, celle des peuples et non plus des seules institutions.

En vous adressant ce message, l'Organisation de l'Unité africaine manifeste ainsi sa disponibilité à s'adapter aux nouvelles missions qui lui incombent et qui touchent aussi bien à la paix, à la sécurité, qu'au développement. Sans doute, le défi est énorme comme en témoignent les conflits qui ravagent cette sous-région de l'OMS, depuis le Libéria jusqu'au Rwanda et au Burundi; et les masses de réfugiés, de personnes handicapées ou blessées, de familles détruites, d'enfants traumatisés, toutes ces tragédies interpellent directement la conscience des Africains avant même celle des partenaires extérieurs.

Il faut donc s'organiser en conséquence pour ne pas donner l'impression de laisser à la seule communauté internationale le monopole de la détermination de ce qu'il convient de faire, aussi bien au plan de la recherche qu'à celui des initiatives humanitaires, en Afrique.

Une certaine opinion condescendante a parfois, à tort ou à raison, laissé filtrer l'idée suivant laquelle certaines épidémies sévissant en Afrique étaient davantage importées que d'origine locale du simple fait que l'Afrique se prêtait facilement à des expériences dont elle ne contrôlait ni les tenants ni les aboutissants. Vrai ou faux, il n'en reste pas moins qu'un continent qui n'assure pas suffisamment la maîtrise de sa technologie ne peut jamais prétendre à l'autosuffisance ni même à une capacité réelle de négociation de ses propres intérêts. On l'a déjà vu en ce qui concerne le déversement des déchets toxiques et la fragilité de nos systèmes de défense, j'allais dire d'immunisation contre ces agressions aussi redoutables que celles des virus.

C'est dans ce contexte que l'on peut situer le **contrôle de l'environnement** et de la diversité biologique qui seul peut garantir aux générations présentes et futures un cadre de vie sain et un développement durable.

Ce détour par l'environnement et la qualité de la vie n'est pas si éloigné qu'il paraît de la vieille maxime de Juvénal par laquelle un esprit sain ne pouvait se concevoir en dehors d'un corps sain. En outre, ce détour nous relie directement aux préoccupations d'ordre économique que nous entendons faire prévaloir dans les dispositions du Protocole sur la santé dans le contexte de l'intégration ou de la coopération sous-régionale ou panafricaine.

Les discussions qui avaient eu lieu à cet égard au cours de la Cinquième Conférence des Ministres africains de la Santé au Caire avaient démontré l'importance que nous attachions tous à la bonne élaboration de ce document.

Le Secrétariat général de l'OUA avait été chargé d'en soumettre une version révisée aux Etats Membres en vue de son examen approfondi et avant son adoption définitive. Ce sera chose faite à notre retour à Addis-Abéba.

Qu'il me soit permis à ce stade d'exprimer nos remerciements sincères à nos collègues de l'OMS pour l'esprit de collaboration et la diligence dont ils ont fait preuve dans le processus de mise en forme du projet de Protocole. Nous espérons pouvoir toujours compter sur eux dans la poursuite de cette tâche.

Nos sentiments d'amitié s'adressent aussi au **Dr Ebrahim Malick Samba**, Directeur régional, avec lequel nous avons plaisir à coopérer depuis son élection l'année dernière, à la tête du Bureau régional à Brazzaville, un bureau qui mérite cette redynamisation qu'il ne cesse de lui imprimer.

Monsieur le Président,
Honorables Ministres,
Distingués invités,
Mesdames et Messieurs,

L'Organisation de l'Unité africaine sait gré à l'Organisation mondiale de la Santé de nous avoir permis d'être présents ici à Libreville pour cette session du Comité régional dont l'ordre du jour contient un nombre de questions toutes aussi importantes les unes que les autres. C'est le mérite particulier du peuple et du Gouvernement gabonais qui en nous accueillant avec la chaleur fraternelle que nous avons ressentie depuis notre arrivée, ont ainsi ajouté au cadre magnifique de cette Cité de la Démocratie, les conditions les plus propices au succès de vos assises.

Merci de votre très aimable attention.

**DISCOURS DE MME TORILD SKARD,
DIRECTEUR REGIONAL DE L'UNICEF
POUR L'AFRIQUE DE L'OUEST ET DU CENTRE**

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 à vos pairs pour vous féliciter de votre brillante élection à la présidence de la quarante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

Monsieur le Président, l'UNICEF a ouvert récemment un bureau au Gabon et nous espérons ainsi être en mesure de renforcer notre collaboration et de soutenir avec beaucoup plus d'efficacité les efforts visant à l'amélioration du bien-être des femmes et des enfants de ce pays. C'est donc avec beaucoup de plaisir que je suis venue ici, à Libreville, participer à cette session du Comité régional de l'OMS.

Monsieur le Directeur régional de l'OMS, j'ai eu personnellement le privilège de vous rencontrer à plusieurs reprises déjà depuis la dernière réunion du Comité régional. Une fois encore, je voudrais au nom de l'UNICEF vous réitérer nos félicitations pour votre élection à la tête du Bureau régional de l'OMS et vous assurer de notre franche collaboration et de notre soutien sans réserve dans votre nouvelle mission.

La coopération très étroite qui existe depuis des années entre l'OMS et l'UNICEF s'est avérée être d'une importance particulière dans les progrès réalisés par la Région africaine en vue d'améliorer l'état de santé et de nutrition des femmes et des enfants.

Cette coopération s'est manifestée particulièrement dans les domaines de la vaccination infantile, de la thérapie de réhydratation orale, de l'accès à la vitamine A, de l'iodisation du sel et de l'allaitement maternel. La collaboration réussie entre nos deux organisations a également contribué à une meilleure coordination entre les bailleurs de fonds, y compris la Banque mondiale et les agences bilatérales, favorisant ainsi de fructueux échanges d'expérience, une utilisation plus rationnelle des ressources et un renforcement de la capacité des Etats à définir et à mettre en oeuvre des politiques efficaces de santé et de nutrition. Mon Organisation approuve pleinement le rapport de l'OMS de cette année sur la santé dans le monde et selon lequel le principal défi de nos jours consiste à réduire les écarts entre les pauvres et malades d'une part et les riches et bien portants d'autre part - garantissant ainsi à tous les mêmes chances de survie et de bonne santé. Ce n'est pas une tâche facile, loin de là, mais selon les estimations de l'UNICEF dans le "Progrès des Nations" de juin 1995, la majorité des nations de l'Afrique sub-saharienne pourraient faire mieux dans le domaine de la survie de l'enfant, de la nutrition et de l'éducation en tenant compte de leur PNB par habitant.

L'Afrique est une priorité pour l'UNICEF depuis de nombreuses années. Cette politique a été récemment confirmée aussi bien par notre Conseil d'Administration que par notre nouveau Directeur général Madame Carol BELLAMY. Elle s'est déjà focalisée sur notre région en choisissant de se rendre à NAIROBI et ABIDJAN lors de la première visite de terrain qui lui a permis de rencontrer tous les Représentants UNICEF de l'Afrique sub-saharienne. Elle a en outre effectué une visite au LIBERIA, exprimant ainsi sa préoccupation pour les femmes et les enfants vivant dans des situations de conflits armés.

En fonction des efforts déjà fournis par l'UNICEF en Afrique, Madame BELLAMY a mis l'accent sur :

- la survie de l'enfant en particulier à travers le renforcement de systèmes durables de soins de santé primaires, communautaires dans le cadre de l'Initiative de Bamako;
- le développement de l'enfant grâce à l'extension de l'éducation de base surtout pour les filles, et enfin
- la protection de l'enfant non seulement par rapport aux conflits armés mais aussi par rapport au travail des enfants et à la situation de ceux dans les rues.

Les principaux points inscrits à l'ordre du jour de votre réunion rentrent dans les préoccupations de l'UNICEF. Nous notons avec satisfaction qu'un progrès manifeste a été réalisé dans plusieurs domaines en dépit de nombreux défis que cette région doit relever.

En ce qui concerne la vaccination contre les six principales maladies infantiles, les taux de couverture sont variables, mais il est à noter que la moitié des pays a atteint ou atteindra l'objectif intermédiaire de 80 %, ce qui représente un succès de taille. D'autres pays ont réalisé des progrès même si leurs niveaux de couverture sont encore bas. Le développement récent en Afrique australe d'une zone libre de poliomyélite constitue un encouragement quant à la faisabilité de l'éradication de la poliomyélite à la fin du siècle à condition que des taux élevés de couverture soient maintenus.

Une leçon essentielle a été tirée de la vaccination universelle des enfants, à savoir l'importance du renforcement des systèmes de santé et de la responsabilisation des communautés en tant que stratégie majeure non seulement pour atteindre et maintenir les résultats du PEV mais et surtout pour le contrôle de maladies transmissibles telles que la rougeole, le tétanos et la poliomyélite. La progression de la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako est très encourageante. En Afrique de l'Ouest, la Guinée et le Bénin grâce à la mise en oeuvre extensive de l'Initiative de Bamako, ont rejoint des pays comme la Gambie et le Cap-Vert qui ont les taux de couverture vaccinale les plus élevés dans la région. Dans les autres pays, la couverture vaccinale s'est accrue de manière constante dans les districts où le système de santé a été revitalisé et où les communautés participent activement à la cogestion de services.

De nombreux pays africains ont démarré une réforme de leurs systèmes de santé, selon les principes de l'Initiative de Bamako mais souvent à petite échelle. Le défi majeur est alors d'accélérer l'extension à l'échelle nationale. Aussi, l'UNICEF se préoccupe de plus en plus par l'équilibre entre les différents systèmes de financement des soins de santé, la disponibilité des médicaments de qualité à un prix abordable et les autres aspects des politiques de santé. Sans un cadre favorable, un système communautaire de soins de santé primaires ne peut être opérationnel. Au niveau local, une attention particulière devrait être accordée à la gestion de médicaments et des finances, à la promotion d'un accès équitable aux services de santé et à une participation effective de femmes à la gestion des services.

Durant les six premiers mois de 1995, les 16 pays africains d'endémie de ver de Guinée et qui comptent le plus grand nombre de cas dans le monde, ont connu une réduction des cas de plus de 40 % comparée à la même période en 1994. Cette réduction aurait pu être plus importante si certains pays comme le Soudan et le Ghana n'avaient vécu une situation sociale particulièrement difficile en 1994. Si cette tendance à la baisse est maintenue, on peut s'attendre en fin 1995, non pas à l'éradication de cette maladie, mais à une situation proche de la rupture de la chaîne de transmission. Sur la base du succès de ce programme, l'UNICEF s'efforce de promouvoir une approche intégrée des activités à base communautaire en incluant, entre autres, la lutte contre le ver de Guinée, le tétanos, la poliomyélite et la rougeole.

Le paludisme demeure encore un défi important pour notre région. L'UNICEF tente de promouvoir la mise en place d'un paquet minimum d'activités dans les centres de santé et les communautés. Ceci inclut le traitement précoce des cas, la prévention à travers la prophylaxie chez les femmes enceintes et l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticides.

En ce qui concerne les incapacités et les handicaps, des progrès exceptionnels sont réalisés surtout par rapport à l'iodisation universelle du sel, en vue d'empêcher les troubles dus aux carences en iode, le crétinisme, les retards mentaux et les autres formes de handicaps mentaux et physiques. Au cours de l'année dernière, un nombre considérable de pays a adopté la législation dans ce domaine et beaucoup d'autres sont sur le point de le faire. Les producteurs tout comme les importateurs sont en train d'augmenter les quantités de sel iodé commandées. L'on estime que la majorité des pays affectés arriveront à une consommation importante de sel iodé d'ici à la fin de l'année. Il s'avère urgent aujourd'hui de développer dès maintenant des systèmes de contrôle de qualité du sel.

Dans le domaine de la santé des jeunes, l'UNICEF participe pleinement au développement du Programme conjoint des Nations Unies de lutte contre le VIH/SIDA. Nous nous réjouissons qu'il soit possible aujourd'hui d'organiser une meilleure intégration des contributions de toutes les organisations aux programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA.

Pendant plusieurs années, l'UNICEF a mis l'accent sur la protection et la responsabilisation des jeunes grâce à l'information et à la promotion des styles de vie sains. Une attention accrue est accordée actuellement aux risques sanitaires, particulièrement pour les filles, y compris la charge excessive de travail, l'analphabétisme, la nutrition inappropriée, les mariages et grossesses précoces, les avortements clandestins et les décès maternels liés à l'accouchement. Nous espérons que la présente Conférence internationale des Femmes de Beijing accordera une attention spéciale à la situation des petites filles et jeunes femmes et qu'elle fournira une orientation et un appui pour l'amélioration de leur santé et de leur éducation.

Le mandat de l'UNICEF vise à améliorer le bien-être des femmes et des enfants. Ces groupes sont parmi les plus vulnérables et le dernier rapport du PNUD sur le développement humain confirme que le nombre de femmes pauvres a subi une hausse au cours des dernières décennies en dépit de l'amélioration générale de la santé et de l'éducation des femmes. Sur les 1,3 milliard de personnes vivant actuellement dans la pauvreté absolue sur notre globe, 70 % sont des femmes. La féminisation de la pauvreté entraîne une situation grave non seulement pour les femmes concernées, mais également pour les enfants dont elles sont responsables. Pour les gouvernements et les institutions telles que l'OMS, l'UNICEF, le défi consiste aujourd'hui encore plus qu'auparavant, à nous assurer que nos efforts de développement sont convenablement conçus et mis en oeuvre afin de profiter aux plus démunis, contribuant effectivement ainsi à la réduction de la pauvreté. Cela signifie que notre action doit concerner non seulement les besoins des femmes, mais doit également les rendre capables de contribuer effectivement au développement économique, à la résolution des problèmes de population et d'environnement, à la formulation et à la mise en oeuvre des politiques de santé et d'éducation, bref, à leur participation à la prise de décisions démocratiques.

Monsieur le Président, tout en renouvelant mes remerciements aux dirigeants et au peuple gabonais pour leur généreuse hospitalité, je voudrais conclure en souhaitant pleins succès à vos travaux.

Je vous remercie de votre aimable attention.

**MESSAGE DU DR PETER PIOT,
DIRECTEUR EXECUTIF DU PROGRAMME COMMUN COPARRAINE
DES NATIONS UNIES SUR LE VIH ET LE SIDA, PRONONCE PAR
LE DR DEV RAY, CONSEILLER, OMS/SIEGE, GENEVE**

Comme vous le savez, lorsque je suis revenu à Genève après avoir assisté à la Conférence internationale sur les Femmes à Beijing, j'ai fait tout mon possible pour trouver un moyen de vous rejoindre à cette réunion du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Malheureusement, il s'est avéré absolument impossible d'obtenir une place d'avion. Je m'en excuse - et je remercie le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, le Dr Samba, d'avoir accepté de vous transmettre mon message.

Le Dr Samba et moi-même nous sommes déjà rencontrés et avons décidé de planifier la transition vers le programme coparrainé en Afrique, et c'est ce que nous allons concrétiser durant la semaine du 18 septembre 1995. Nous sommes tous les deux d'accord : il ne doit y avoir aucune interruption de nos efforts contre le SIDA, aucun hiatus dans notre action car l'épidémie ne va pas attendre, pas plus que ses conséquences, aujourd'hui particulièrement graves sur ce continent.

Nous savons maintenant qu'il ne s'agit pas d'une "flambée" que la science pourra rapidement maîtriser - le défi du SIDA fera partie de la condition humaine pendant des dizaines d'années encore à tout le moins. Pour relever ce défi, la technologie à elle seule ne suffit pas. Il nous faut un environnement socio-économique favorable et il nous faut une action multisectorielle - deux composantes dont vous reconnaîtrez qu'elles constituent des concepts essentiels de la stratégie mondiale de lutte contre le SIDA conçue par l'OMS et affinée dans le contexte africain par ce Comité régional et par les Chefs d'Etat de l'OUA.

Mais, jusqu'ici, il manquait le mécanisme mondial nécessaire pour agir et mobiliser des ressources sur une base très large. Avec le programme coparrainé des Nations Unies sur le VIH et le SIDA, lancé à l'initiative de l'Assemblée mondiale de la Santé, nous aurons pour la première fois une structure pratique qui nous aidera à réagir plus facilement et plus efficacement sur une base multisectorielle avec suffisamment de fonds. Autrement dit, le but de l'OMS et des cinq partenaires des Nations Unies qui coparrainent le programme est de faire plus - et non pas moins - dans la lutte contre le SIDA. Il s'agit d'enrichir et de développer encore votre aptitude à relever le défi du SIDA. J'y reviendrai un peu plus tard.

Situation et fonctions du programme coparrainé

Je voudrais vous donner quelques détails sur l'état d'avancement du programme. Notre Conseil de Coordination du Programme (PCB) s'est réuni en juillet. Il se compose de 22 membres, dont cinq sont originaires de pays africains, et est présidé par Son Excellence le Dr Zuma, d'Afrique du Sud. Veuillez noter que le PCB n'est pas un organe directeur des bailleurs de fonds; de même, le programme ne sera pas financé uniquement par les donateurs traditionnels, encore que je me réjouisse de l'appui enthousiaste que cette communauté nous apporte. C'est ainsi que le programme a déjà reçu des contributions qui financent entièrement son budget de 1995 et permettent un certain report sur 1996. Mais, contrairement à GPA, le programme coparrainé sera financé aussi par des pays n'appartenant pas au groupe traditionnel des bailleurs de fonds, y compris des pays du monde en développement.

A sa réunion de juillet, le PCB a approuvé la mission du programme coparrainé, qui est de développer et de faciliter les moyens d'action de nombreux secteurs et partenaires différents face à l'épidémie. Notre action est maintenant énoncée plus en détail dans le plan stratégique du programme coparrainé, plan que nous avons établi sur la base de cinq consultations régionales dont deux en Afrique.

L'axe principal du programme consistera à aider les pays à renforcer leur capacité d'action face au VIH et aux MST. Pour aider au maximum les programmes nationaux de lutte contre le SIDA, le programme coparrainé aura trois fonctions principales. La première est une fonction de plaidoyer : nous préconiserons une action éthique, efficace et bien financée. N'oubliez pas qu'avec six organisations coparrainantes actives dans bien des secteurs différents, nous serons en mesure d'exploiter des sources nouvelles de financement pour les programmes nationaux de lutte contre le SIDA. Une autre fonction à voir avec ce que nous appelons volontiers la "meilleure pratique internationale" dans le contexte du SIDA. Nous dégagerons et élaborerons par la recherche des politiques, des approches et des moyens d'action particulièrement efficaces face au VIH et aux MST et nous veillerons à ce qu'ils soient portés à l'attention des pays. Pour l'Afrique, qui a joué un rôle pionnier face au SIDA, cela supposera dans bien des cas des échanges d'expériences africaines à travers tout le continent. La troisième fonction essentielle du programme coparrainé est l'appui technique - c'est-à-dire l'axe opérationnel de la meilleure pratique internationale. Nous fournirons une coopération technique pour plusieurs questions liées au SIDA relevant ou non du domaine de la santé, depuis la surveillance jusqu'à la promotion de l'utilisation des préservatifs, depuis les campagnes d'information jusqu'aux projets de développement destinés à créer un environnement plus favorable à la prévention de l'infection à VIH.

Si le programme coparrainé assume au niveau mondial la responsabilité de la politique et de la stratégie, d'après la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé, au niveau des pays nous n'allons pas remplacer ni absorber les six organisations coparrainantes. Au contraire, le rôle du programme coparrainé sera de renforcer leurs activités et de les encourager à développer au maximum leur appui aux programmes nationaux de lutte contre le SIDA. Il sera créé des groupes thématiques sur le VIH/SIDA qui travailleront par l'intermédiaire du système de coordonnateur résident et dans le cadre desquels les représentants dans les pays des organisations coparrainantes pourront se réunir pour planifier, programmer et coordonner cet appui en conjonction avec le programme national de lutte contre le SIDA et rechercher d'autres sources de financement pour l'action nationale face au SIDA.

Je me réjouis de constater que l'OMS en tant qu'organisation coparrainante se montre à la hauteur de l'enjeu, et met à la disposition de l'action anti-SIDA des crédits de son budget ordinaire. Vous comprendrez bien sûr que les bureaux de pays de l'OMS, qui ont l'expérience de l'action anti-SIDA, vont naturellement jouer un rôle important dans les groupes thématiques; la plupart des groupes créés jusqu'ici sont d'ailleurs présidés par le Représentant de l'OMS. Vous comprendrez également que les ministères de la santé continueront à être des acteurs essentiels de l'action engagée contre l'épidémie, dont l'impact en termes de maladie et de décès ne fait que commencer.

Ce qu'apportera le programme coparrainé au niveau des pays, au-delà d'un appui financier direct, c'est un appui technique sous forme de personnel international en poste dans le pays, de personnel et de consultants du bureau de Genève du programme coparrainé, d'administrateurs nationaux de programme et d'équipes interpays d'appui technique. Des crédits seront d'autre part fournis pour une coopération technique.

La transition

Notre souci à tous dans l'immédiat, c'est d'assurer une transition harmonieuse et sans heurt entre GPA et le programme coparrainé - question qui a bien entendu suscité des inquiétudes compréhensibles. Permettez-moi d'affirmer dans les termes les plus vifs mon engagement à assurer une continuité sans faille au niveau des pays. Je sais qu'une interruption ne serait-ce que d'un jour pourrait entraîner la fermeture d'un bureau. Pour éviter cela, nous allons collaborer très activement avec GPA et avec le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique.

Un plan clair pour la gestion de la transition sera élaboré en septembre/octobre 1995 en consultation avec Brazzaville. Une lettre personnelle expliquant le processus de transition a été envoyée à tous les directeurs des programmes nationaux de lutte contre le SIDA en Afrique.

En ce qui concerne la mobilisation des fonds, je suis très optimiste. A juger par les promesses de contributions déjà annoncées, l'on peut raisonnablement s'attendre à recevoir en 1996 entre US \$ 60 et US \$ 70 millions comme prévu dans le budget. Nous pouvons mettre quelque US \$ 4 à US \$ 5 millions à la disposition des pays africains sous forme d'assistance financière directe.

S'agissant du personnel, nous affecterons entre 15 et 20 professionnels de la catégorie internationale dans vos pays. En outre, nous recruterons du personnel pour les programmes nationaux dans certains pays, ce qui permettra de consacrer les fonds ainsi libérés aux activités des programmes nationaux de lutte contre le SIDA.

Je comprends vos préoccupations au sujet du personnel GPA en service actuellement dans vos pays. Nous ferons tout notre possible pour leur apporter notre soutien au moment de pourvoir les postes du programme coparrainé, mais vous savez que toutes les candidatures seront soumises à une procédure de sélection appropriée. Il y a lieu de retenir que le programme coparrainé n'est pas en mesure de continuer à prendre en charge tout le personnel actuellement en poste parce que c'est un programme de soutien technique et non une agence de financement.

Il convient également de rappeler que vous recevrez une assistance des équipes interpays de soutien technique du programme coparrainé. Nous sommes encore en train de mettre au point les mécanismes appropriés et de déterminer les localités où seront basées ces équipes. Enfin, nous avons déjà discuté avec le Dr Samba des domaines techniques dans lesquels l'OMS possède des compétences particulières - la sécurité du sang est le domaine qui vient immédiatement à l'esprit. Nous mettrons au point des modalités permettant au Bureau régional d'apporter un appui technique aux pays au nom du programme coparrainé.

Permettez-moi enfin de terminer sur une note personnelle. Ma première mission officielle après ma nomination au poste de Directeur exécutif de l'UNAIDS a été ma participation à une conférence en Afrique du Sud. J'aimerais réitérer ce que j'avais dit lors de cette conférence, à savoir qu'en ce qui concerne le programme coparrainé, il n'y aurait pas de retrait de l'Afrique. Nous serons aux côtés de l'Afrique, dans tous les secteurs et toutes les organisations, et avec tous ceux qui interviennent, à quelque niveau que ce soit, dans la lutte contre le VIH et le SIDA. Ensemble, nous pouvons contenir l'incidence de cette épidémie et rendre l'espoir à un continent ravagé.

**ALLOCUTION DE CLOTURE DE SON EXCELLENCE
EL HADJ OMAR BONGO, PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE
GABONAISE, CHEF DE L'ETAT**

Monsieur le Premier Ministre,
Monsieur le Président de la quarante-cinquième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé,
Monsieur le Directeur régional,
Monsieur le Secrétaire général de l'OUA,
Mesdames et Messieurs les Ministres de la Santé,
Excellences,
Mesdames et Messieurs,

Au moment où s'achèvent les travaux de la quarante-cinquième session du Comité régional de l'OMS, il m'est particulièrement agréable d'exprimer encore, la reconnaissance du peuple et du Gouvernement à l'Organisation mondiale de la Santé, à la fois pour l'oeuvre immense qu'elle accomplit et pour la décision prise d'organiser les présentes assises à Libreville.

Notre pays, le Gabon, s'honore ainsi d'avoir accueilli à deux reprises le Comité régional de notre institution, organe le mieux habilité à délibérer sur les questions de santé des femmes, des hommes et des enfants de notre Région.

Mesdames et Messieurs,

Vous en êtes certainement conscients, les populations de notre Région attendent des conclusions de cette rencontre, des décisions propres à amorcer un réel changement dans leur situation sanitaire.

En effet, votre réflexion au cours de cette session a porté sur les problèmes essentiels qui minent la santé et l'économie de nos pays. Au nombre de ces problèmes, vous avez retenu : le paludisme, le SIDA, les maladies de l'enfance, la santé des jeunes et des adolescents.

Ainsi, votre Comité s'est inquiété de la progression du paludisme. Ce fléau affecte aujourd'hui près de quatre cent millions d'Africains au sud du Sahara, et des millions d'enfants de moins de cinq ans lui payent chaque année un très lourd tribut.

Une telle situation d'une gravité extrême nous interpelle tous et nous engage à agir, sans attendre, avec détermination et efficacité.

Quant au SIDA, pandémie la plus inquiétante de cette fin de siècle, il frappe certes tous les continents, mais ses ravages atteignent particulièrement le nôtre. C'est pourquoi, comme vous, je suis convaincu que, malgré les aides de nos partenaires, il nous appartient d'abord, à nous Africains, de nous assumer pleinement et de faire le maximum, en dépit de la faiblesse de nos moyens.

Aussi, aux côtés des services de santé, tous les secteurs et toutes les forces de la vie nationale, dans tous les pays, doivent-ils s'impliquer dans cette lutte, dans le cadre d'une mobilisation générale et intense.

Cette lutte doit s'étendre, évidemment, aux maladies de l'enfance et de l'adolescence, à propos desquels votre Comité a examiné les différents sujets relatifs à la vaccination des enfants et à la santé des jeunes.

Est-il besoin de rappeler que, pour construire l'Afrique, il faut impérativement protéger et promouvoir la santé des générations à venir ? Il s'agit là de l'une de nos missions fondamentales : celle qui, à travers le développement humain, est capable d'assurer la continuité et de garantir le futur. Nul ne peut en effet perdre de vue que l'homme est à la fois acteur et objet du développement. Dans cette préoccupation, les mesures que vous avez prises me semblent porteuses d'espoir.

Vous avez aussi, largement, abordé l'épineux problème du financement de la santé. La pertinence de vos recommandations montre à l'évidence qu'il est indispensable de gérer avec rigueur et de manière rationnelle les moyens dégagés par nos Etats. C'est ainsi seulement, je crois, que nous pourrions imprimer les évolutions nécessaires à un développement sanitaire conséquent et durable.

Monsieur le Président,
Distingués délégués,

Dans ce monde où les égoïsmes de toute nature tendent à occulter la solidarité entre les hommes et entre les peuples, dans ce monde où les décisions qui engagent l'existence de l'humanité échappent encore trop souvent aux plus faibles, je pense qu'il faut nous organiser autrement que par le passé. Il y va non seulement des intérêts fondamentaux de nos peuples mais plus encore de leur survie et de leur épanouissement.

L'esprit qui a présidé à vos travaux constitue à mes yeux un tournant important pour l'avenir, car il prend en compte ces préoccupations. Nous pouvons donc affirmer d'ores et déjà que Libreville aura vécu les débuts d'un renouveau de l'OMS dans la Région africaine.

Ces débuts, j'en suis certain, seront marqués par notre détermination pour que les problèmes sanitaires identifiés, et considérés comme essentiels, reçoivent la priorité requise tant au niveau politique que dans l'affectation des ressources.

Par ailleurs, le sens de responsabilité, le souci du concret et de l'efficacité constituent un atout indispensable, si nous voulons gagner ce combat. C'est là aussi le moyen de faire entendre la voix de l'Afrique et de la faire respecter.

Les problèmes de santé de notre Région, nous le savons tous, ne sont guère une fatalité. Et notre ferme résolution d'y apporter des réponses appropriées est la condition d'un plus grand engagement à nos côtés de la communauté internationale et des bailleurs de fonds.

Monsieur le Directeur régional,

Les Africains qui vous ont élu vous font confiance. Ils viennent de vous le confirmer une fois de plus, en donnant par la qualité des débats de Libreville un souffle nouveau à l'Organisation mondiale de la Santé dans notre Région.

Je me dois donc de vous adresser mes vifs encouragements dans l'application des principes, des priorités et des stratégies contenus dans votre programme de coopération avec les Etats Membres. Ces principes visent, dans leur ensemble, essentiellement la responsabilité et la rigueur dans la gestion au niveau de chaque pays et de l'OMS, tout en prenant en compte la sauvegarde des intérêts bien compris des personnels de notre Organisation.

C'est pourquoi, je salue solennellement ici l'entrée de l'OMS au sein du Conseil d'Administration du Centre international des Recherches médicales de Franceville. Elle constitue une vivante illustration de la coopération attendue entre notre Organisation et chacun des Etats Membres.

De même, je me rejouis de la décision de votre Comité de procéder, dès l'an prochain, lors de la quarante-sixième session, à l'évaluation sur la mise en oeuvre des résolutions adoptées à Libreville.

Ces deux éléments sont un témoignage manifeste de la volonté d'aller de l'avant qui anime notre Organisation. Dans cette dynamique, soyez assurés de tout notre soutien ainsi que de notre totale disponibilité.

Monsieur le Directeur régional,
Excellences,
Mesdames et Messieurs,

En vous souhaitant bon retour dans vos pays respectifs, je souhaite également que la semence de Libreville ne tarde pas à donner des fruits, pour chacun de nos pays, pour notre Organisation et pour la santé de notre continent.

Je déclare clos les travaux de la quarante-cinquième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé.

Je vous remercie de votre aimable attention.

RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME¹

OUVERTURE DE LA REUNION

1. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni à Libreville (Gabon) les 4 et 5 septembre 1995. La composition du Bureau, élu le 14 septembre 1994 à Brazzaville (Congo), a été approuvée comme suit :

- Président : Dr M. O. George (Gambie)
- Vice-Président : Dr O. Bangoura (Guinée)
- Rapporteur : M. A. P. Gomes (Guinée-Bissau).

2. La liste des participants figure à l'Appendice 1.

3. Le Dr Ebrahim M. Samba, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, a souhaité aux participants la bienvenue à Libreville et au Gabon. Il a décrit le mandat du Sous-Comité du Programme, et a rappelé aux membres du Sous-Comité que les résultats de leurs délibérations seraient déterminants pour les travaux du Comité régional lui-même.

4. Il a invité le Sous-Comité du Programme à examiner les documents techniques qui lui sont soumis en vue de faire les commentaires et les recommandations qui permettront au Comité régional de donner les orientations appropriées. Le Directeur régional a ensuite souligné les points qui, dans chaque document de travail, devraient faire l'objet des discussions.

5. Le Directeur régional a rappelé aux participants qu'ils étaient membres du Sous-Comité du Programme à titre personnel en tant qu'experts et non en tant que représentants de leurs pays respectifs. Ils sont par conséquent tenus de se comporter en professionnels de la santé indépendants, de mettre leur jugement technique au service des discussions et d'aborder les problèmes en ne perdant pas de vue ce qui convient le mieux à l'ensemble du continent africain.

6. Le Président, le Dr M. O. George, après avoir exprimé sa gratitude au Directeur régional pour ses remarques liminaires, a remercié les membres du Sous-Comité de l'honneur qu'ils lui avaient fait en le portant à la présidence; il a promis se montrer à la hauteur des attentes du Directeur régional et des autres membres du Sous-Comité.

7. Le Dr George a demandé aux membres du Sous-Comité de faire honneur à la tâche qui leur était confiée en donnant les orientations appropriées au Secrétariat et en proposant, le cas échéant, des résolutions à l'attention du Comité régional.

8. Le programme de travail (Appendice 2) a été adopté. Les membres du Sous-Comité ont convenu des horaires de travail suivants : de 9 h 00 à 12 h 30 et de 15 h 00 à 18 h 00.

PROGRAMME REGIONAL DE LUTTE ANTIPALUDIQUE : RAPPORT DE SITUATION (document AFR/RC45/11)

9. Le document AFR/RC45/11 a été présenté par le Dr D. Barakamfitye, du Secrétariat. Ce document a été élaboré en réponse à une décision antérieure du Comité régional figurant dans la résolution AFR/RC43/R5.

¹ Document AFR/RC45/10.

10. L'orateur a précisé que le paludisme continue d'être le plus sérieux problème de santé auquel est confrontée la Région. Un nombre accru d'épidémies s'est déclaré en 1994 dans les pays d'Afrique orientale et centrale ainsi que dans les camps de réfugiés, contribuant à aggraver la situation du paludisme en Afrique. Des niveaux élevés de résistance à la chloroquine continuent d'être observés en Afrique orientale et australe. En revanche, en Afrique occidentale et centrale, des études ont révélé une stabilisation de la résistance à la chloroquine après un accroissement régulier dans les années 80.

11. Le système d'information des programmes de lutte antipaludique de la plupart des pays est resté faible et n'a, par conséquent, pas permis de mesurer les résultats des activités mises en oeuvre. Très peu de personnel a été formé à la gestion du programme. Les services de santé, en particulier dans les zones reculées, se sont peu développés et la participation communautaire est demeurée insuffisante. La qualité de la prise en charge des cas de paludisme dans les services de santé fut souvent peu satisfaisante du fait de l'insuffisance de la formation du personnel, de l'absence de supervision et de la pénurie de médicaments appropriés.

12. Le rapport a souligné les principales activités entreprises et les résultats observés. Des missions de soutien technique ont permis de formuler ou de reformuler des plans nationaux d'action dans plus de 25 pays. En plus des 190 paludologues formés antérieurement, 30 autres ont bénéficié de la même formation pendant la période considérée. Il en est résulté que 80 % des programmes nationaux de lutte sont maintenant dirigés par des paludologues qualifiés. Dans huit pays, plus de 620 agents de santé ont été formés à la prise en charge des cas de paludisme, et des directives techniques ont été élaborées ou mises à jour et diffusées. La capacité de recherche et les activités connexes ont également été renforcées.

13. Le rapport propose des actions pour accélérer la mise en oeuvre du programme de lutte contre le paludisme, en mettant un accent particulier sur la prise en charge des cas et les mesures de protection individuelle, y compris l'usage de matériels imprégnés d'insecticides tels que les moustiquaires.

14. Pendant les débats qui ont suivi, les membres du Sous-Comité du Programme ont noté que le paludisme demeure le plus important problème de santé publique en Afrique, mais que les efforts de lutte n'ont pas donné des résultats très probants en dépit de l'existence de stratégies efficaces de lutte. Les informations dont on dispose sur les niveaux de morbidité et de mortalité au niveau régional et au niveau des pays ainsi que les informations pertinentes sur l'impact socio-économique de la maladie sont toujours fragmentaires et imprécises, car les systèmes nationaux de collecte de données sont soit inexistantes, soit mal organisés.

15. L'utilisation à grande échelle de moustiquaires imprégnées d'insecticides demeure compromise en raison d'obstacles économiques et culturels malgré son efficacité prouvée.

16. Il a été observé que bien que les pulvérisations intradomiciliaires d'insecticides dans les foyers n'ont pas d'impact négatif sur l'environnement, l'utilisation d'insecticides tels que le DDT a été interdite dans quelques pays.

17. Afin d'accélérer la mise en oeuvre des programmes, les Etats Membres sont instamment priés de mettre l'accent sur les éléments suivants : la mobilisation sociale des communautés et des décideurs politiques, la formation, la disponibilité des médicaments, la lutte antivectorielle, l'introduction du paludisme dans la stratégie de prise en charge intégrée de l'enfant malade, les activités communautaires de gestion de l'environnement, une attention accrue étant accordée à l'impact sanitaire et écologique du développement socio-économique et l'exploitation complète des potentialités de la médecine traditionnelle. L'OMS est priée de soutenir la mise en place de sites sentinelles de surveillance de la pharmacorésistance, et de soutenir des programmes de formation et de recherche opérationnelle notamment pour résoudre les problèmes liés à l'accessibilité et l'acceptabilité des moustiquaires imprégnées.

18. Le Sous-Comité du Programme a également recommandé au Comité régional d'adopter une résolution qui incite les pays à mettre en oeuvre les résolutions antérieures, en particulier en ce qui concerne la décentralisation des activités de lutte antipaludique au niveau communautaire.

STRATEGIES POUR AMELIORER LA QUALITE DES SOINS DANS LES INSTITUTIONS DE SOINS DE SANTE DE LA REGION AFRICAINE (document AFR/RC45/16)

19. Le document AFR/RC45/16 a été présenté par le Dr M. Koumaré, du Secrétariat.

20. L'orateur a rappelé que dans beaucoup de pays de la Région africaine, une combinaison de facteurs économiques, sociaux et politiques a souvent miné les efforts déployés pour atteindre l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000. L'effort actuel vise à mobiliser les professionnels de la santé afin d'optimiser la contribution qu'ils apportent pour soutenir les efforts des pays pour atteindre l'objectif de la santé pour tous.

21. Des stratégies ont été élaborées pour améliorer l'efficacité et l'efficience dans l'utilisation des ressources pour répondre au souci des Ministres de la Santé de l'Afrique d'inscrire la qualité des soins dans les fonctions de gestion clinique et institutionnelle.

22. Il a présenté le fondement conceptuel de la qualité des soins, et ajouté les raisons pour lesquelles le concept devait être élaboré au sein d'un programme dont il a souligné les caractéristiques. Il a aussi énuméré les stratégies et les activités à mettre en oeuvre afin d'améliorer la qualité des soins dans les institutions de santé.

23. Les six grands principes déterminant le succès de l'entreprise et les rôles respectifs de l'OMS et des Etats Membres ont été soulignés.

24. Le Sous-Comité a approuvé l'adoption d'un programme de qualité des soins dans les priorités de la coopération de l'OMS avec les Etats Membres de la Région et a noté que cet acte constitue une réponse à la préoccupation exprimée par la quarante et unième session du Comité régional.

25. La prestation de soins de qualité par un personnel qualifié est souvent limitée aux établissements de santé du niveau central alors que la grande majorité des populations se trouve aux niveaux intermédiaire et périphérique. Par conséquent, les efforts visant à améliorer la qualité des soins doivent faire participer l'ensemble des niveaux du système de santé.

26. La définition de normes et standards nationaux pour la qualité des soins exige de disposer d'un personnel ayant un minimum de compétences, et il n'est pas certain qu'on dispose de ce type de personnel à tous les niveaux du système de santé. L'assurance de qualité doit prendre en compte les aspects économiques et socio-culturels des communautés et exige des technologies appropriées.

27. Le Sous-Comité a recommandé ce qui suit :

- i) l'adoption de procédures pour l'élaboration de normes et standards de la qualité des soins avec la participation des communautés bénéficiaires et des professionnels de la santé dans le cadre de l'Initiative de Bamako;
- ii) l'adoption de mécanismes qui garantissent que les programmes nationaux de formation tiennent dûment compte des besoins en soins de qualité à tous les niveaux des systèmes de santé;
- iii) l'adoption de normes de qualité des soins et de technologies compatibles avec l'environnement socio-culturel des communautés bénéficiaires, tout en garantissant les capacités et les compétences du personnel médical et paramédical;

- iv) la promotion de programmes de qualité des soins dans l'esprit de la CTPD afin de faciliter l'échange de personnels et de données d'expérience et l'harmonisation des normes et standards;
- v) l'adoption d'une résolution appropriée qui tient compte des observations et des recommandations mentionnées ci-dessus.

PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION : PROGRES REALISES POUR PARVENIR A L'ERADICATION DE LA POLIOMYELITE, A L'ELIMINATION DU TETANOS NEONATAL ET A LA MAITRISE DE LA ROUGEOLE (document AFR/RC45/12)

28. Le document AFR/RC45/12 a été présenté par le Dr D. Barakamfitye, du Secrétariat. Il a rappelé que le document était soumis afin de se conformer à une décision du Comité régional, contenue dans la résolution AFR/RC44/R7.

29. Il a fait remarquer qu'au cours des années 80, des progrès remarquables avaient été réalisés dans la Région africaine, lesquels ont entraîné une réduction substantielle de l'incidence des maladies cibles du PEV. Malheureusement, on assiste depuis 1990 à une baisse de ces résultats dans de nombreux pays. Les principales raisons en sont les conflits de diverses natures, la mauvaise gestion des programmes et le fléchissement de l'engagement des nationaux et des bailleurs de fonds.

30. En novembre 1994, le Groupe spécial sur la Vaccination en Afrique a minutieusement examiné la situation du PEV dans la Région africaine et approuvé le plan d'action régional proposé pour chaque bloc épidémiologique de pays. Ce plan d'action régional présentait les stratégies et les activités conçues pour encourager tous les Etats Membres à continuer à progresser vers les objectifs de l'an 2000. Les principales stratégies qui seront mises en oeuvre pour atteindre les objectifs régionaux du PEV ont été décrites en détail.

31. Le Dr Barakamfitye a ajouté que l'on devrait tirer profit de la volonté politique et de la mobilisation sociale générées par l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite afin de faire progresser toutes les composantes du PEV. Avec l'appui du Comité de coordination inter-agences, le PEV régional s'efforcera de mobiliser les ressources nécessaires au programme et d'en garantir une utilisation efficiente.

32. Les membres du Sous-Comité du Programme ont félicité le Directeur régional pour son rapport, en particulier la présentation de la situation du PEV par bloc épidémiologique.

33. La notification par les pays des principales maladies cibles du PEV reste incomplète en dépit de la résolution AFR/RC43/R8 priant tous les pays d'envoyer au Bureau régional des données mensuelles sur la poliomyélite, le tétanos néonatal et la rougeole.

34. Principalement en raison de l'insuffisance des fonds, les antigènes supplémentaires recommandés tels que les vaccins contre l'hépatite B et la fièvre jaune n'ont pas encore été incorporés dans la plupart des programmes nationaux du PEV.

35. La chaîne de froid et la logistique doivent continuer à bénéficier d'une attention particulière, tant en matière de formation du personnel chargé de l'entretien qu'en ce qui concerne le remplacement du matériel vieilli. Les questions relatives au contrôle de la qualité des vaccins méritent une attention urgente dans tous les pays, compte tenu de leur importance cruciale pour assurer la protection optimale des enfants et des mères vaccinés. A cet égard, la proposition que chaque pays mette sur pied une autorité nationale de contrôle de qualité revêt un intérêt particulier.

36. L'organisation de journées nationales de vaccination (JNV) synchronisées dans les pays appartenant au même bloc épidémiologique est considérée comme un moyen efficace pour accélérer l'interruption de la transmission des maladies cibles du PEV comme la poliomyélite et la rougeole.

37. Le financement du PEV devrait bénéficier d'une attention plus soutenue dans chaque Etat Membre grâce, notamment, à :

- une plus grande efficience dans l'utilisation des ressources existantes;
- une augmentation progressive des allocations destinées à l'approvisionnement en vaccins dans les budgets nationaux de la santé;
- des négociations (aux niveaux les plus élevés) avec les principaux partenaires en faveur de la poursuite du financement de l'approvisionnement en vaccins et/ou la détermination de délais réalistes de dévolution, quand les bailleurs de fonds extérieurs auront cessé d'apporter leur soutien.

38. Les programmes nationaux devraient mettre au point une stratégie visant à la fois l'intégration des services de vaccination dans les SSP et la mise en oeuvre de stratégies de lutte contre des maladies spécifiques, comme les journées nationales de vaccination ou les opérations de ratissage en matière de vaccination. Le premier volet de cette stratégie est d'une importance cruciale pour la durabilité des programmes, alors que le deuxième permettra aux pays d'atteindre plus rapidement les objectifs d'éradication de la poliomyélite, d'élimination du tétanos néonatal et de maîtrise de la rougeole.

39. Le Sous-Comité a proposé que les stratégies suivantes, recommandées dans le rapport du Directeur régional pour chaque bloc épidémiologique, soient mises en oeuvre par les Etats Membres avec l'appui de l'OMS et des autres partenaires du PEV :

- activités de vaccination supplémentaires sous forme de journées nationales de vaccination synchronisées (pour les pays de l'Afrique centrale, de l'Afrique de l'Ouest et de l'Afrique orientale d'ici 1997) ou de campagnes annuelles de vaccination de ratissage pour l'Afrique australe (en 1996);
- renforcement du système de surveillance des maladies cibles du PEV dans tous les blocs épidémiologiques de pays;
- mise en place d'un mécanisme national de contrôle de la qualité des vaccins.

40. Le Directeur régional a été prié d'explorer les possibilités d'achat des vaccins du PEV dans la Région africaine et de porter l'information à l'attention des Etats Membres.

PREVENTION DE L'INVALIDITE ET READAPTATION : ANALYSE DE LA SITUATION REGIONALE ET TENDANCES FUTURES (document AFR/RC45/15)

41. Le document AFR/RC45/15 a été présenté par le Dr S. J. Thorpe, du Secrétariat. Il avait pour but d'attirer l'attention du Comité régional sur les problèmes d'invalidité et de réadaptation dans les pays africains. En effet, jusqu'à présent, les autorités sanitaires et les travailleurs de la santé des pays de la Région se sont plus préoccupés des problèmes de morbidité et de mortalité aiguës que de ceux moins frappants de déficience à long terme et d'invalidité permanente.

42. Les principales stratégies appliquées dans la Région pour dispenser des services de réadaptation ont été esquissées, de même que les grands axes des activités du programme régional. Afin de renforcer la prévention des invalidités, favoriser et promouvoir la réadaptation des handicapés, différents niveaux d'interventions ont été proposés.

43. Etant donné le faible rang de priorité accordé à la réadaptation par la plupart des pays, le Sous-Comité du Programme a été prié d'examiner le document et de donner des orientations appropriées.

44. Le Sous-Comité du Programme a reconnu qu'il n'y avait guère eu de progrès dans les pays dans le domaine de la prévention de l'invalidité et de la réadaptation. Cette situation devrait être redressée.
45. La réadaptation des malades mentaux s'avère difficile en raison de l'inadéquation de l'encadrement familial. Les gouvernements sont exhortés à prendre des mesures pour encourager les familles à assumer leurs responsabilités dans ce domaine.
46. La pertinence de l'approche multisectorielle a été soulignée, tout comme la nécessité de promouvoir l'information, l'éducation et la communication non seulement au niveau de la communauté, mais aussi auprès des agents de santé.
47. La mobilisation sociale et une activité IEC mieux ciblée sont nécessaires et urgentes pour réduire la fréquence des invalidités consécutives à des accidents.
48. Pour leurs besoins de planification, les pays devraient bénéficier d'une assistance en vue d'une meilleure appréciation de l'ampleur des invalidités courantes.
49. Les travailleurs ont droit à la prévention des risques professionnels qui existent sur leur lieu de travail qu'ils soient de nature physique, chimique ou biologique. Une réglementation devrait être instituée au niveau national dans le domaine de la prévention des risques professionnels et la réparation des dommages causés par ces risques, notamment les accidents du travail et les maladies professionnelles.
50. La réadaptation à base communautaire constitue la stratégie appropriée. Elle requiert des efforts dans les domaines de la formation, de la fourniture de matériels appropriés et de la coordination des divers programmes de réadaptation. Les problèmes liés à l'invalidité due à la lèpre ne devraient pas être ignorés, l'intégration de la santé mentale dans les SSP non plus.
51. Les pays devraient créer un environnement qui offre une égalité de chances aux handicapés. Ils devraient également assurer la coordination de tous les partenaires concernés.
52. Le Sous-Comité du Programme a convenu de proposer au Comité régional l'adoption d'une résolution appropriée.

RAPPORT SUR LES PROGRES REALISES DANS L'ERADICATION DE LA DRACUNCULOSE DANS LA REGION AFRICAINE DE L'OMS (document AFR/RC45/13)

53. Le document AFR/RC45/13 a été présenté par le Dr D. Barakamfitye, du Secrétariat. Ce document a été préparé pour donner suite à la décision du Comité régional contenue dans la résolution AFR/RC45/R15.
54. Le document a souligné les conséquences socio-économiques néfastes de la dracunculose, qui frappe particulièrement les populations rurales, notamment les couches les plus productives et les plus défavorisées.
55. Le document a défini les composantes de la stratégie d'éradication de la maladie d'ici à la fin de 1995.
56. La collaboration exemplaire instaurée entre les divers partenaires pour l'appui au programme, ainsi que la contribution d'éminentes personnalités de différents pays ont été soulignées.

57. L'analyse détaillée de la situation pays par pays a révélé la diversité des interventions et la volonté des Etats d'appliquer les décisions prises collectivement. Les obstacles à l'exécution efficace des activités et les perspectives pour accélérer la réalisation des objectifs de l'éradication ont fait l'objet de discussions approfondies. On a souligné la nécessité d'élargir la stratégie d'endiguement des cas dans tous les villages endémiques.

58. Le Sous-Comité du Programme a souligné qu'il fallait renforcer les activités de surveillance dans tous les pays, y compris ceux où il n'a pas été signalé de cas autochtones, car des cas importés de pays voisins infectés pourraient se produire. En outre, la présence de personnes déplacées ou de réfugiés venus de zones d'endémie constitue une menace de transmission de la maladie. Des activités de lutte transfrontière sont nécessaires chaque fois que le transfert des cas constitue un obstacle à l'endiguement des cas.

59. De nombreux pays n'arriveront pas à l'objectif de l'éradication fixé pour 1995. En effet, quelque cent mille cas ont été notifiés en 1994, mais la poursuite des efforts contribuera à réduire davantage l'incidence de la maladie. Il est possible que le niveau d'engagement des bailleurs de fonds, des gouvernements et des communautés à l'appui du programme soit difficile à maintenir à mesure que l'incidence de la maladie deviendra de plus en plus faible. Aussi, chaque pays a-t-il été prié de redoubler d'efforts en matière de surveillance et d'endiguement des cas pour parvenir à éradiquer la dracunculose dans les prochaines années. Certains pays ont déjà commencé à intégrer à cet effet le programme d'éradication de cette maladie dans les SSP, dans le programme de santé scolaire et dans le système national de surveillance épidémiologique.

60. Le Directeur régional a été invité à entreprendre toutes les consultations qui pourraient être nécessaires avec les autres partenaires techniques et à conseiller les Etats Membres sur les diverses étapes requises pour passer à la certification de l'éradication de la dracunculose. Il a d'autre part été recommandé que les Etats Membres maintiennent un niveau élevé de mobilisation communautaire et de surveillance à base communautaire jusqu'à ce que l'éradication soit certifiée.

61. Le Sous-Comité du Programme a proposé l'adoption d'une résolution appropriée.

SANTE DES JEUNES ET DES ADOLESCENTS : RAPPORT DE SITUATION ET ANALYSE DES TENDANCES (document AFR/RC45/14)

62. Le document AFR/RC45/14 a été présenté par le Dr S. J. Thorpe, du Secrétariat.

63. Le document décrit la situation actuelle et les problèmes auxquels les jeunes de notre Région sont exposés. Il a particulièrement mis l'accent sur les déterminants suivants : l'information sanitaire, les comportements sexuels, l'infection à VIH/SIDA et les MST, l'abus de tabac, d'alcool et des drogues et d'autres substances licites et illicites, et les jeunes vivant dans des situations particulièrement difficiles tels que les réfugiés.

64. Ladite analyse a révélé l'importance du renforcement des capacités nationales en matière de plaidoyer et de la conscientisation dans le cadre de l'approche intersectorielle et de la participation active des jeunes à la promotion de leur santé et de celle de leur communauté.

65. Le document décrit les domaines prioritaires et les approches à adopter à l'avenir pour atteindre les objectifs fixés.

66. De l'avis du Sous-Comité du Programme, on peut citer entre autres facteurs contribuant aux problèmes de santé des jeunes et des adolescents, le manque d'accès aux services de santé, la non-utilisation de ces services même lorsqu'ils sont disponibles, la diffusion par des médias comme la télévision de messages négatifs sur les modes de vie, les migrations, le chômage, la pauvreté des parents, l'absentéisme scolaire, l'absence d'encadrement.

67. Parmi les autres questions en rapport avec le sujet figurent le VIH/SIDA et les maladies sexuellement transmissibles, les grossesses non désirées et les avortements, les troubles nutritionnels (par exemple, la carence en iode) et les toxicomanies.

68. Il faudrait concevoir, appliquer et suivre des politiques en faveur de la santé des jeunes et des adolescents, en étroite collaboration avec ces derniers. Pour cela, une approche multisectorielle et pluridisciplinaire sera nécessaire pour résoudre les problèmes multiformes auxquels ils font face. Les stratégies proposées devraient être axées sur les jeunes filles qui seront sans doute les mères de demain, sur les jeunes des villes et des banlieues, ainsi que sur les enfants non scolarisés et les parents. Une action de plaidoyer s'imposera étant donné certaines pratiques culturelles. Les programmes de santé particulièrement destinés aux jeunes et aux adolescents devraient être intégrés dans les prestations normales des services en veillant à la sécurité et à la confidentialité. Il faudrait redoubler d'efforts pour renforcer la collaboration avec les ONG qui s'occupent de projets en faveur des jeunes, notamment pour développer leurs capacités. Les activités de conseil menées par des jeunes pour les jeunes seront elles aussi importantes.

69. Etant donné le peu d'intérêt que suscitent encore les problèmes de santé des jeunes et des adolescents, le Sous-Comité du Programme a proposé un projet de résolution destiné à attirer l'attention des Etats Membres sur cette importante question.

CRITERES ET FORMULES POUR LA DETERMINATION DU CREDIT BUDGETAIRE ALLOUE A CHAQUE PAYS CHAQUE PAYS (document AFR/RC45/2)

70. Le document AFR/RC45/2 a été présenté par M. D. Miller, du Secrétariat. Dans sa résolution AFR/RC40/R4, le Comité régional avait demandé que soient examinés les critères et formules de détermination du crédit budgétaire alloué à chaque pays, qui sont appliqués depuis 10 ans, et de prendre des mesures appropriées sur la base de cet examen.

71. Il a été rappelé au Sous-Comité que, depuis l'exercice 1980-1981, le Bureau régional utilise un modèle comportant une série de critères et un système de pondération pour déterminer la part de l'enveloppe budgétaire allouée à chaque pays de la Région. Il a ajouté que les allocations aux pays déterminées en vertu de ces critères sont ensuite affinées par le Directeur régional et son Conseil de direction compte tenu de variables que le modèle ne pouvait prendre en considération.

72. Le rapport annexé au présent document est l'aboutissement final de la démarche entreprise par le Directeur régional dès octobre 1990. Celle-ci a consisté en la mise en place d'un groupe interne pour examiner la question; la soumission du rapport du groupe interne au Sous-Comité du Programme à Bujumbura en 1991; la consultation des Etats Membres sur le rapport du groupe; et la réunion d'un groupe d'experts en 1992 pour la synthèse finale.

73. Le Comité régional était invité à se prononcer sur chacune des recommandations du groupe d'experts et à donner des orientations au Directeur régional.

74. Le Sous-Comité du Programme a demandé des précisions sur : i) la logique du système de pondération, ii) l'opérationnalité de certains critères, par exemple les accouchements assistés, iii) la périodicité du réexamen des critères et du système de pondération, iv) le scénario proposé pour appliquer le modèle en réduisant progressivement le pourcentage de l'allocation précédente à prendre comme base et, enfin, v) l'impact qu'aura l'application du modèle préconisé sur l'utilisation du budget par l'intermédiaire d'AFROPOC.

75. Le poids attribué à un paramètre correspond à la proportion de l'enveloppe budgétaire qui sera répartie entre les pays en fonction de la valeur dudit paramètre. Certains paramètres sont incitatifs, qui, plus ils sont élevés, meilleure est la situation et plus l'enveloppe budgétaire allouée est importante. Certains autres paramètres sont correcteurs : plus ils sont élevés, plus la situation est défavorable et plus l'enveloppe budgétaire est importante pour faire reculer les paramètres.

76. Lors de la dernière Réunion régionale du Programme en mars 1995, les Représentants de l'OMS ont été informés que la gestion du budget de pays incomberait au pays et que des modifications ne pourraient plus venir du Bureau régional. Au cas où un pays ne pourrait absorber l'enveloppe budgétaire qui lui est destinée, des mécanismes appropriés seraient créés pour résoudre le problème.

77. Etant donné que la répartition de l'enveloppe budgétaire a toujours été une question complexe et que des améliorations sont toujours possibles à la suite de révisions, le Sous-Comité du Programme a approuvé les recommandations ci-après du groupe d'experts :

- i) l'application du modèle, sans utiliser comme base l'allocation du biennium précédent, devrait se faire progressivement sur trois périodes biennales, en diminuant d'une période à l'autre le pourcentage de l'allocation précédente et le nouveau modèle devra entrer en vigueur à partir du biennium 1998-1999;
- ii) dans les orientations données par le Directeur régional aux Etats Membres pour la préparation du budget programme, l'attention des autorités nationales des pays qui pourraient voir leur allocation subir un faible accroissement, voire une diminution, devrait être plus particulièrement appelée sur les critères de sélection des activités bénéficiant de la coopération de l'OMS;
- iii) l'OMS devrait accorder une attention particulière à la mobilisation de fonds extrabudgétaires pour les pays qui pourraient voir diminuer sensiblement leur allocation;
- iv) l'OMS devrait demander aux Etats Membres de communiquer régulièrement au Bureau régional des données sur les paramètres utilisés dans le modèle et d'aider à les tenir à jour;
- v) le modèle, les paramètres et le système de pondération devraient être réexaminés lors de la préparation du premier budget biennal de chaque Programme général de Travail, ou tous les six ans.

78. Le Sous-Comité du Programme a proposé que le Comité régional adopte une résolution appropriée dans laquelle il approuverait les recommandations du groupe.

ADOPTION DU RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME (document AFR/RC45/10)

79. Après examen et suite à des discussions approfondies et des amendements, le rapport du Sous-Comité du Programme a été adopté avec les amendements proposés.

REPARTITION DES RESPONSABILITES POUR LA PRESENTATION DU RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME AU COMITE REGIONAL

80. Le Sous-Comité du Programme a convenu de répartir les responsabilités pour la présentation de son rapport au Comité régional conformément au tableau suivant :

POINT	PARAGRAPHES	PRESENTATION
1. Ouverture de la session et présentation	1-8	Dr M. O. George
2. Programme régional de lutte anti-paludique : rapport de situation (document AFR/RC45/11)	9-18	Dr N. A. Adamafo
3. Strategies pour améliorer la qualité des soins dans les institutions de soins de santé de la Région africaine (document AFR/RC45/16 Rév.1)	19-27	Dr Nzaba Paul
4. Programme élargi de vaccination: Progrès réalisés pour parvenir à l'éradication de la poliomyélite, l'élimination du tétanos néonatal et à la maîtrise de la rougeole (document AFR/RC45/12)	28-40	Dr Darret Saheri Bernard
5. Prévention de l'invalidité et réadaptation : Analyse de la situation régionale et tendances futures (document AFR/RC45/15)	41-52	Dr N. Mapetla
6. Rapport sur les progrès réalisés dans l'éradication de la dracunculose dans la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC45/13)	53-61	M. Bengone Bayi
7. Santé des jeunes et des adolescents : Rapport de situation et analyses des tendances (document AFR/RC45/14)	62-69	Dr O. Bangoura
8. Critères et formules pour la détermination du crédit budgétaire alloué à chaque pays (document AFR/RC45/2)	70-78	M. A. P. Gomes

CLOTURE DE LA REUNION

81. Le Président a remercié les membres du Sous-Comité du Programme de lui avoir facilité la tâche et a exprimé sa reconnaissance au Directeur régional et à ses collaborateurs pour l'aide qu'ils lui avaient apportée.

82. Le Président a ensuite prononcé la clôture de la réunion.

APPENDICE 1**LISTE DES PARTICIPANTS****COMORES**

Dr Aboubacar Oumadi
Directeur général de la Santé publique

CONGO

Dr Nzaba Paul
Médecin spécialiste en Santé publique
Conseiller socio-sanitaire
Cabinet du Ministre de la Santé et des Affaires sociales

Dr Bidounga Norbert
Médecin Spécialiste en Santé publique
Chef de Projet FAC
Appui aux C.S.I.

COTE D'IVOIRE

Dr Darret Seheri Bernard
Conseiller Technique

GUINEE EQUATORIALE

Dr Manuel Nguema Ntutumu
Directeur général de la Santé
publique et de la Planification

ETHIOPIE

Dr Tezera Fisseha
Head of Planning and Project

GABON

M. Bengone Bayi
Conseiller du Ministre de la Santé

Dr Engongha-Beka Toussaint
Conseiller du Ministre de la Santé

Appendice 1

GAMBIE

Dr M. O. George
Director of Health Services
Ministry of Health

GHANA

Dr N. A. Adamafio
Director of Medical Services

GUINEE

Dr Ousmane Bangoura
Secrétaire général du Ministère de la Santé

GUINEE-BISSAU

Sr. Antonio Paulo Gomes
Director do Centro de Coordenação e
Gestão de Ajuda Externa
Ministério de Saude Publica

KENYA

Hon. Joshua Angatia
Minister of Health

Mr Donald Kimutai
Permanent Secretary

Dr James Mwanzia
Director of Medical Services

LESOTHO

Dr N. Mapetla
Director General of Health Services

Appendice 1**SECRETARIAT**

Dr Ebrahim M. Samba
Directeur régional

Dr A. M. D'Almeida
Directeur, Management du Programme

Dr (Mrs) Naomi Nhiwatiwa
Directeur, Coordination et Promotion du Programme et Information

Mr D. E. Miller
Directeur, Administration et Finances

Dr D. Barakamfitye
Directeur, Lutte contre la Maladie

Dr M. Koumaré
Directeur, a.i. Soutien au Développement des Services de Santé

Dr S. J. Thorpe
Directeur, a.i., Protection et Promotion de la Santé

Dr E. Lambo
Fonctionnaire régional, Economie de la Santé

Dr L. G. Sambo
Fonctionnaire régional, Coordination de la Stratégie de la Santé pour Tous

Dr J. A. Kalilani
Directeur, Programme mondial de la Lutte contre le SIDA

Dr Okwo Belle
Fonctionnaire régional
Programme élargi de Vaccination

M. E. K. Adikpeto
Fonctionnaire régional, Système d'Information sanitaire

M. L. Sanwogou
Fonctionnaire régional, Education pour la Santé

Mme M. H. Mathey-Boo
Fonctionnaire régional, Coordination extérieure

Appendice 1

Mme L. Hunter
Fonctionnaire régional, Service de la Bibliothèque sanitaire

Dr A. B. H. Njie
Représentant de l'OMS, Ouganda

Prof. L. K. Manlan
Conseiller temporaire

Dr F. K. Wurapa
Conseiller temporaire

Dr T. B. Nasah
Conseiller temporaire

Dr Fidelis Morfaw
Fonctionnaire régional, Service de Publications et de Documents

M. T. Ndedi-Essombe
Fonctionnaire régional, Services administratifs

APPENDICE 2**PROGRAMME DE TRAVAIL**

1. Ouverture de la réunion
2. Election du Président, du Vice-Président et du Rapporteur
3. Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC45/4)
4. Programme de lutte contre le paludisme : Rapport de situation (document AFR/RC45/11)
5. Stratégies pour améliorer la qualité des soins dans les institutions de soins de santé dans la Région africaine (document AFR/RC45/16 Rév.1)
6. Programme élargi de vaccination : Progrès réalisés pour parvenir à l'éradication de la poliomyélite, à l'élimination du tétanos néonatal et à la maîtrise de la rougeole (document AFR/RC45/12)
7. Prévention des incapacités et réadaptation : Analyse de la situation régionale et tendances futures (document AFR/RC45/15)
8. Progrès réalisés dans l'éradication de la dracunculose dans la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC45/13)
9. Santé des jeunes et des adolescents : Rapport de situation et analyse des tendances (document AFR/RC45/14)
10. Critères et formules pour la détermination du crédit budgétaire alloué à chaque pays (document AFR/RC45/2)
11. Attribution des responsabilités pour la présentation du rapport du Sous-Comité du Programme au Comité régional
12. Adoption du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC45/10)
13. Clôture de la réunion.

RAPPORT DE LA REUNION DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME TENUE LE 13 SEPTEMBRE 1995

INTRODUCTION

1. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni le 13 septembre 1995 à Libreville, au Gabon, immédiatement après la quarante-cinquième session du Comité régional. Il était composé des représentants des Etats Membres ci-après : Ghana, Guinée, Côte d'Ivoire, Kenya, Libéria, Madagascar, Mali et Mauritanie. La liste des participants figure à l'Appendice 1.

ELECTION DU PRESIDENT, DU VICE-PRESIDENT ET DU RAPPORTEUR

2. Le Sous-Comité du Programme a élu le Dr Ousmane Bangoura (Guinée), Vice-Président sortant comme Président, le représentant du Libéria comme Vice-Président et le représentant de Maurice (absent) comme Rapporteur.

3. Le Président a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour la confiance qu'ils ont placée en son pays et en sa personne en l'élisant comme Président.

4. Le programme de travail a été adopté sans amendement (Appendice 2).

ORIENTATION DES NOUVEAUX MEMBRES

5. Le mandat du Sous-Comité du Programme a été distribué aux membres.

6. Il a été précisé que ce sont les Etats Membres du Comité régional qui sont nommés au Sous-Comité du Programme et que c'est à eux qu'il appartient de désigner un représentant pour assister aux réunions du Sous-Comité. Il n'y a qu'un seul représentant par pays au Sous-Comité.

DATE ET LIEU DE LA PROCHAINE REUNION

7. Le Président a informé les membres du Sous-Comité que la date et le lieu de la prochaine réunion du Sous-Comité du Programme leur seront communiqués ultérieurement par le Secrétariat.

CLOTURE DE LA REUNION

8. Le Président a remercié les membres de leur soutien. Il leur a exprimé ses meilleurs voeux et souhaité un bon voyage et a déclaré la réunion close.

APPENDICE 1**LISTE DES PARTICIPANTS****GHANA**

Dr N. A. Adamafio
Director of Medical Services

GUINEE

Dr Ousmane Bangoura
Secrétaire général du Ministère de la Santé

GUINEE BISSAU***COTE D'IVOIRE**

Dr Darret Seheri Bernard
Conseiller technique des Programmes de Santé

KENYA

Dr James Mwanzia
Director of Medical Services

LESOTHO***LIBERIA**

Dr Eric D. Johnson
Advisor, Economic Planner

MADAGASCAR

Dr Rabenson Dieudonné Robert
Directeur de la Lutte contre les Maladies transmissibles

MALAWI*

* N'a pas pu assister.

MALI

Prof. Moussa Adama Maiga
Conseiller technique/MSSPA

MAURITANIE

Dr Kane Ibrahima
Directeur, Protection sanitaire

MAURICE*

APPENDICE 2**PROGRAMME DE TRAVAIL**

1. Ouverture de la réunion
2. Election du Président, du Vice-Président et du Rapporteur
3. Orientation des nouveaux membres
4. Date et lieu de la prochaine réunion
5. Clôture de la réunion.

RAPPORT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES¹

Le financement des soins de santé dans la Région africaine

INTRODUCTION

1. Les Discussions techniques de la quarante-cinquième session du Comité régional ont eu lieu le 9 septembre 1995. Elles portaient sur : **Le financement des soins de santé dans la Région africaine.**

2. Le Président des Discussions techniques était le Dr R. R. Chatora et le Dr C. Sarr Président suppléant. Ils étaient assistés par deux des trois Rapporteurs élus par le Comité régional - M. A. P. Gomes pour le groupe trilingue (anglophone, francophone et de langue officielle portugaise) et le Dr D. Nshimirimana pour le groupe francophone. En l'absence du Dr O. Adelaja de la délégation du Nigéria, élu par le Comité régional Rapporteur du groupe anglophone, le Dr E. Mhlanga a été élu par le groupe pour en assumer le remplacement.

3. Le Président a présenté le sujet sur la base du document de travail AFR/RC45/TD/1 et a résumé les directives données pour les discussions techniques dans le document AFR/RC45/TD/2. Dans sa déclaration liminaire, il a souligné l'importance du sujet de cette année et a insisté sur la nécessité de faire des recommandations pratiques et orientées vers l'action pour résoudre les problèmes de financement des soins de santé auxquels sont confrontés la plupart des pays de la Région.

4. Le Directeur régional a fait observer dans ses remarques introductives que le financement des soins de santé était une composante importante de la réforme du secteur de la santé. Il est nécessaire que les pays de la Région se lancent dans ces réformes afin de donner à la santé la place qui lui revient, en vue d'accélérer l'instauration de la santé pour tous les Africains.

5. Le Directeur général a lui aussi fait remarquer que le financement des soins de santé était l'une des questions de base à la fois dans les pays en développement et dans les pays développés. L'un des principaux problèmes à résoudre est de vérifier dans quelle mesure les expériences d'une partie du monde pourraient être adaptées à d'autres pays et leur être utiles. Il a conclu que l'OMS est intéressée par ce sujet et le Conseil pour la Politique mondiale attend avec grand intérêt de prendre connaissance des recommandations sur lesquelles déboucheront les discussions.

6. Après une courte séance plénière, les participants se sont scindés en trois groupes de travail et ont étudié le sujet à la lumière du document de travail AFR/RC45/TD/1 et du guide AFR/RC45/TD/2. Les aspects suivants ont été passés en revue : les politiques de financement des soins de santé et l'accroissement des budgets alloués aux services de santé; la mobilisation des ressources financières supplémentaires (non budgétaires); la gestion des dépenses de santé; les réformes économiques et le financement des services de santé, et enfin le financement communautaire.

7. Le présent rapport constitue la synthèse des points de vue exprimés par les participants.

8. Les participants ont loué la qualité du document de travail AFR/RC45/TD/1 qui donnait un aperçu complet de la situation actuelle du financement des soins de santé dans la Région africaine.

¹ Document AFR/RC45/17.

POLITIQUE DE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTE ET ACCROISSEMENT DES BUDGETS ALLOUES AUX SERVICES DE SANTE

9. Le financement des soins de santé devrait être une importante composante de toute réforme du secteur de la santé et constituer un chapitre essentiel de tout document de politique nationale de santé. Ce chapitre devrait clairement affirmer la volonté des pouvoirs publics d'assurer et de financer les services de santé essentiels. Les pouvoirs publics devraient s'assurer qu'ils consacrent au moins 5 % de l'ensemble des dépenses publiques au secteur de la santé. C'est là une exigence minimale pour opérationnaliser la maxime - la santé est un préalable au développement socio-économique.

10. Les principales préoccupations des pouvoirs publics en matière de financement des soins de santé devraient être notamment : l'équité dans le financement; l'équité dans l'utilisation et l'accès aux soins en particulier pour les groupes désavantagés; l'efficacité dans l'allocation des ressources et dans leur utilisation technique; la durabilité financière et institutionnelle, et enfin l'acceptabilité pour les utilisateurs et les prestataires.

11. Le paquet de services de santé que les pouvoirs publics devraient s'engager à financer variera d'un pays à l'autre, mais ceux-ci devraient inclure en tout cas les services de prévention de la maladie et de promotion de la santé, les soins à la mère et à l'enfant, la formation des agents de santé et les services curatifs de base. On devrait assurer ce paquet de services en utilisant les interventions les plus rentables.

12. Divers pays ont eu recours à différentes méthodes pour amener d'autres ministères, en particulier ceux du plan, des finances et de l'économie, à accorder la priorité au secteur de la santé lorsqu'ils décident des allocations budgétaires. La fixation des priorités sera d'importance primordiale pour mobiliser l'ensemble du gouvernement sur ce qu'il convient de faire. Au Libéria, par exemple, les parlementaires ont utilisé la méthode du "lobbying" pour obtenir une répartition équitable du budget. En Gambie, l'élaboration d'une politique nationale de santé et la détermination des coûts des services de santé se sont révélés utiles. En Afrique du Sud, on a adopté l'approche de la recherche du consensus pour formuler un document sur le programme de reconstruction.

MOBILISATION DE RESSOURCES FINANCIERES SUPPLEMENTAIRES EXTRABUDGETAIRES

13. Il est impératif de mobiliser des ressources financières supplémentaires compte tenu des moyens limités dont disposent la plupart des gouvernements. Les mesures de recouvrement des coûts, en particulier lorsque les revenus ainsi produits servent à améliorer au plan local la qualité des services, se sont avérées très utiles. On a fait remarquer que le recouvrement des coûts pose certains problèmes, notamment un problème d'accès aux soins de santé pour les groupes les plus démunis. La possibilité d'instituer des systèmes nationaux d'assurance-maladie a été examinée. Cette solution présente l'avantage de respecter les principes d'équité et de solidarité mais, avant de l'adopter, il faudrait tenir compte du pouvoir d'achat de la population. En outre, tous les services essentiels devraient être accessibles aussi bien géographiquement que culturellement.

14. Pour que l'aide des bailleurs de fonds soit plus efficace, il faudrait particulièrement veiller à ce qu'ils apportent leur concours dans des domaines déjà identifiés dans la politique et le plan de développement sanitaires nationaux. L'aide des bailleurs de fonds doit être utilisée à bon escient.

15. Les pouvoirs publics devraient élaborer des politiques appropriées susceptibles d'encourager le secteur privé à investir davantage dans la santé. Ces politiques devraient inclure des directives claires régissant ce secteur.

GESTION DES DEPENSES DE SANTE

16. Les participants ont dégagé les principales causes des carences dans la gestion des fonds publics consacrés à la santé : manque de gestionnaires qualifiés au niveau des formations sanitaires, du district et de la région; budgétisation centralisée, manque de transparence dans la gestion des ressources, faible motivation du personnel, planification et utilisation inadéquates des ressources humaines, manque d'information sur la gestion sanitaire, insuffisance des procédures d'achat, vols, mauvaise gestion et mauvaise utilisation des médicaments et manque d'entretien des équipements.

17. Ces carences peuvent être quasiment éliminées grâce à des mesures telles que l'amélioration de la formation des personnels et des administrateurs de la santé aux techniques de gestion, la décentralisation ou la régionalisation des budgets, l'amélioration de la planification et le renforcement de l'encadrement. Pour résoudre le problème des coûts de fonctionnement, il faudrait intégrer étroitement la planification et la budgétisation des services de santé, de manière à pouvoir assumer les coûts de fonctionnement découlant d'un investissement. Il faudrait prendre plus de précautions avant d'accepter des "projets de donateurs".

18. En ce qui concerne le problème de la motivation du personnel, il faudrait mettre l'accent sur l'élaboration de plans de carrière appropriés pour assurer le développement du personnel sur une base continue. Ces plans ne peuvent toutefois être efficaces que si le personnel est payé régulièrement.

19. Pour s'attaquer au problème de la place des salaires du personnel dans le budget, il faudrait établir des normes pour la dotation en personnel des divers types d'établissements de santé. On aura ainsi des crédits budgétaires dans d'autres domaines qui rendront le personnel plus efficace et plus productif.

REFORME ECONOMIQUE ET FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTE

20. Lorsque les programmes d'ajustement structurel ont commencé à être appliqués dans de nombreux pays africains, ce sont les secteurs sociaux qui ont le plus souffert du fait des réductions budgétaires en termes réels. Des versions ultérieures des programmes de réforme économique se sont efforcées de protéger les secteurs sociaux, mais les dévaluations et les dépréciations monétaires qu'ont connues de nombreux pays ont eu des effets négatifs sur les importations de biens essentiels tels que les médicaments, les fournitures et le matériel médical. Même si les réformes économiques sont inévitables dans la plupart des pays, elles devraient être opérées de manière à ne pas compromettre la prestation et le financement de services de santé de qualité.

FINANCEMENT COMMUNAUTAIRE

21. La participation communautaire est un préalable à tout développement socio-économique durable. Les participants ont échangé des données d'expérience sur le financement communautaire et la gestion des ressources. Il a été conseillé aux Etats Membres d'élaborer des politiques susceptibles d'encourager l'organisation de formes appropriées de financement communautaire et de gestion des services de santé. Il faudrait mettre en place des mécanismes pour définir le type de participation communautaire et le contexte dans lequel elle fonctionnera afin d'éviter une mauvaise gestion des fonds. Toutefois, l'Etat ne doit en aucune circonstance se soustraire à sa responsabilité qui est d'assurer la santé de la population. Les pouvoirs publics doivent travailler de concert avec les communautés et financer les grands investissements.

CONCLUSION

22. Les participants ont recommandé, pour faire face au problème du financement des soins de santé auquel la Région est confrontée, que chaque Etat Membre mette en oeuvre un **Paquet minimum de mesures**. Il s'agira d'opérer une réforme du secteur de la santé en accordant l'importance voulue au financement des soins de santé, d'établir un plan de développement global et bien articulé, fondé sur une politique de santé explicite, de se servir de la politique et du plan pour coordonner les concours de tous les partenaires, d'améliorer la qualité des soins pour que ceux qui peuvent payer les prestations soient davantage prêts à le faire, de redoubler d'efforts pour sensibiliser les décideurs du secteur de la santé et d'autres secteurs afin que la santé soit considérée comme la base du développement socio-économique et que davantage de ressources lui soient consacrées, de reconnaître que l'Etat ne peut plus à lui tout seul assurer des services de santé de qualité, de créer les conditions voulues pour mobiliser des ressources non gouvernementales, de reconnaître les potentialités de l'action communautaire et de leur apporter l'appui nécessaire et, enfin, de définir pour chaque pays un ensemble de services de santé que l'Etat se fixera la responsabilité d'assurer. **L'amélioration de la santé sera réalisable à un coût abordable dans tous les Etats Membres si ces recommandations sont mises en oeuvre.**

23. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique doit jouer un rôle actif pour aider les pays à surmonter le problème du financement des services de santé de qualité. Parmi les domaines où le Bureau régional doit intervenir, les participants ont retenu les suivants : appui technique pour la réforme du secteur de la santé, élaboration de politiques sanitaires et de plans de développement sanitaire globaux correctement chiffrés, et recherche opérationnelle sur les problèmes de financement des soins de santé; études de cas dont les résultats seront communiqués aux pays; renforcement des réseaux permettant les échanges d'expérience aux niveaux sous-régional et régional en matière de financement des services de santé; appui technique pour la coordination et la gestion des contributions des bailleurs de fonds et renforcement des capacités des pays dans ces deux domaines; formation à l'analyse des coûts et à la gestion des ressources sanitaires; enfin, appui technique aux Etats Membres qui souhaitent expérimenter certains dispositifs ou systèmes de financement des soins de santé.

24. Le Directeur régional a insisté sur le fait que **la santé était une responsabilité nationale et qu'il n'était donc ni justifié ni viable à long terme de trop dépendre de l'aide des bailleurs de fonds**. Les gouvernements ont donc été instamment invités à affecter davantage de ressources au secteur de la santé et à veiller à ce que ces ressources soient gérées de manière efficiente afin de créer un contexte plus favorable à l'appui d'autres partenaires. Il a affirmé que le Bureau régional aiderait les Etats Membres à mettre en oeuvre le **Paquet minimum de mesures** que les participants avaient retenu.

PROJET D'ORDRE DU JOUR PROVISOIRE DE LA QUARANTE-SIXIEME SESSION DU COMITE REGIONAL

1. Ouverture de la 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 succinct du Directeur régional pour 1995
 - 6.2 Situation du VIH/SIDA dans la Région africaine
 - 6.3 Mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous dans la Région africaine
7. Corrélation entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé
 - 7.1 Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional approuvées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif
 - 7.2 Ordres du jour de la quatre-vingt-neuvième session du Conseil exécutif et de la Cinquantième Assemblée mondiale de la Santé : Incidences régionales
 - 7.3 Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé
8. Examen du rapport du Sous-Comité du Programme
 - 8.1 Projet de Budget Programme pour l'exercice 1998-1999
 - 8.2 Stratégie régionale pour accélérer la réduction de la mortalité de la mère et du nouveau-né dans la Région africaine : Rapport d'activités
 - 8.3 Les femmes, la santé et le développement au cours des années 1990
 - 8.4 Contrôle de la qualité des médicaments dans la Région africaine
 - 8.5 Programme élargi de vaccination : Rapport d'activités
 - 8.6 Lutte contre les maladies diarrhéiques et les infections aiguës des voies respiratoires : Stratégies régionales
 - 8.7 Eradication de la dracunculose : Rapport de situation
 - 8.8 Programme de lutte contre la cécité : Stratégies régionales

9. Discussions techniques

9.1 Présentation du rapport des discussions techniques

9.2 Nomination du Président et du Président suppléant des discussions techniques de 1998

9.3 Choix du sujet des discussions techniques de 1998

10. Dates et lieux des quarante-septième et quarante-huitième sessions du Comité régional

11. Adoption du rapport du Comité régional

12. Clôture de la quarante-sixième session du Comité régional

LISTE DE DOCUMENTS

<i>Référence</i>	<i>Titre</i>
-	Ouverture de la quarante-cinquième session du Comité régional de l'Afrique
AFR/RC45/1 Rév.2 & AFR/RC45/1 Rév.2 Corr.1*	Ordre du jour
AFR/RC45/2	Critères et formules pour la détermination du crédit budgétaire alloué à chaque pays
AFR/RC45/3	Rapport biennal du Directeur régional pour 1993-1994
AFR/RC45/3 Add.1	Programme spécial de coopération avec la République du Rwanda
AFR/RC45/4	Programme de travail du Sous-Comité du Programme
AFR/RC45/5	Lutte contre le SIDA dans la Région africaine : Rapport d'activité
AFR/RC45/6	Le Tabac ou la Santé dans la Région africaine
AFR/RC45/7	Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional approuvées par l'Assemblée mondiale de la Santé et par le Conseil exécutif
AFR/RC45/8	Ordres du jour de la quatre-vingt-dix-septième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé : Incidences régionales
AFR/RC45/9	Méthodes de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé
AFR/RC45/9 Add.1/Rév.1	Transfert des Etats Membres d'une Région à une autre
AFR/RC45/10	Rapport du Sous-Comité du Programme
AFR/RC45/11	Programme régional de lutte antipaludique : Rapport de situation
AFR/RC45/12	Programme élargi de vaccination : Progrès réalisés pour parvenir à l'éradication de la poliomyélite, à l'élimination du tétanos néonatal et à la maîtrise de la rougeole
AFR/RC45/13	Progrès réalisés dans l'éradication de la dracunculose dans la Région africaine

* Version française seulement.

<i>Référence</i>	<i>Titre</i>
AFR/RC45/14	Santé des jeunes et des adolescents : Rapport de situation et analyse des tendances
AFR/RC45/15	Prévention de l'invalidité et réadaptation : Analyse de la situation régionale et tendances futures
AFR/RC45/16 Rév.1	Stratégies pour améliorer la qualité des soins dans les institutions de soins de santé de la Région africaine
AFR/RC45/17	Rapport des Discussions techniques
AFR/RC45/18	Désignation du Président et du Président suppléant des Discussions techniques
AFR/RC45/19	Choix du sujet des Discussions techniques de 1996
AFR/RC45/20	Dates et lieux de la quarante-sixième et de la quarante-septième sessions du Comité régional
AFR/RC45/21	Projet du rapport du Comité régional
AFR/RC45/22	Répartition par pays des fonctions exercées au cours des Comités régionaux précédents
AFR/RC45/23 Rév.1	Liste des participants du Comité régional
AFR/RC45/24	Liste des participants au Sous-Comité du Programme
AFR/RC45/TD/1	Discussions techniques : Financement des soins de santé dans la Région africaine
AFR/RC45/TD/2	Guides pour les Discussions techniques
AFR/RC45/INF/01 & AFR/RC45/INF/01 Add.1	Bulletin d'information
AFR/RC45/INF/02	Liste de documents
AFR/RC45/INF.DOC/1	Travaux du Groupe d'Experts "Pour une meilleure santé en Afrique"
AFR/RC45/WP/01	Rapport du Sous-Comité des Désignations
AFR/RC45/SCC/1**	Ordre du jour de la réunion du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs

** Documents internes distribués uniquement aux membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs.

<i>Référence</i>	<i>Titre</i>
AFR/RC45/SCC/2**	Liste des Pouvoirs
AFR/RC45/SCC/3	Premier rapport du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
AFR/RC45/SCC/4 Rév.1*	Deuxième rapport du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
	Clôture de la quarante-cinquième session du Comité régional de l'Afrique
AFR/RC45/Conf.Doc/1	Discours prononcé par le Dr Ebrahim M. Samba, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, à l'ouverture de la quarante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique
AFR/RC45/Conf.Doc/2	Allocution prononcée par le Professeur Olikoye Ramsome-Kuti, Président du Groupe "Pour une meilleure santé en Afrique", Banque mondiale
AFR/RC45/Conf.Doc/3	Message du Dr Peter Piot, Directeur exécutif du Programme coparrainé des Nations Unies sur le VIH et le SIDA, prononcé par le Dr Dev Ray, Conseiller, OMS/Siège, Genève
AFR/RC45/Conf.Doc/4	Allocution prononcée par Son Excellence M. Pascal Gayama, Secrétaire général adjoint de l'Organisation de l'Unité africaine
AFR/RC45/Conf.Doc/5	Discours de Mme Torild Skard, Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre
AFR/RC45/Conf.Doc/6	Déclaration du Docteur Hiroshi Nakajima, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé
AFR/RC45/Conf.Doc/7	Allocution de clôture de Son Excellence El Hadj Omar Bongo, Président de la République gabonaise, Chef de l'Etat
AFR/RC45/Conf.Doc/8	Discours de Monsieur Christophe Dabiré, Ministre de la Santé du Burkina Faso, Président de la quarante-quatrième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique
AFR/RC45/Conf.Doc/9	Allocution d'ouverture prononcée par Son Excellence Monsieur Paulin Obam Nguema, Premier Ministre gabonais
	Questionnaire sur la quarante-cinquième session du Comité régional de l'Afrique

DECISIONS DE PROCEDURE

<i>Référence</i>	<i>Titre</i>
Décision 1	Composition du Sous-Comité des Désignations
Décision 2	Election du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs
Décision 3	Composition du sous-comité de Vérification des Pouvoirs
Décision 4	Pouvoirs
Décision 5	Membres habilités à désigner des personnes devant siéger au Sous-Comité du Programme
Décision 6	Choix du sujet des Discussions techniques pour 1996
Décision 7	Nomination du Président et du Président suppléant des Discussions techniques pour 1996
Décision 8	Ordre du jour de la quarante-sixième session du Comité régional de l'Afrique
Décision 9	Ordres du jour de la quatre-vingt-dix-septième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Neuvième Assemblée mondiale de la santé : Incidences régionales
Décision 10	Méthode de travail et durée de la Quarante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé
Décision 11	Dates et lieux des quarante-sixième et quarante-septième sessions du Comité régional
Décision 12	Désignation du représentant de la Région au Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine (HRP) : Comité d'orientation et de coordination (PCC)
Décision 13	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

RESOLUTIONS

AFR/RC45/R1	VIH/SIDA/MST : Prévention et lutte dans la Région africaine
AFR/RC45/R2	Critères et formules pour la détermination du crédit budgétaire alloué à chaque pays

Référence	Titre
AFR/RC45/R3	Stratégies pour améliorer la qualité des soins dans les institutions de soins de santé de la Région africaine de l'OMS
AFR/RC45/R4	Programme régional de lutte contre le paludisme
AFR/RC45/R5	Programme élargi de vaccination : Objectifs de la lutte contre la maladie - Le compte à rebours a commencé
AFR/RC45/R6	Prévention de l'invalidité et réadaptation : Analyse de la situation régionale et tendances futures
AFR/RC45/R7	Santé des jeunes et des adolescents : Rapport de situation et analyse des tendances
AFR/RC45/R8	Eradication de la dracunculose
AFR/RC45/R9	Mise en application des stratégies de la santé pour tous
AFR/RC45/R10	Motion de remerciements