

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

**QUARANTE-HUITIEME SESSION  
DU COMITE REGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE  
TENUE A HARARE  
REPUBLIQUE DU ZIMBABWE  
DU 31 AOUT AU 4 SEPTEMBRE 1998**

**RAPPORT FINAL**

**HARARE  
Octobre 1998**

## SOMMAIRE

Page

### DECISIONS DE PROCEDURE

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 :	Vérification des Pouvoirs .....	2
Décision 5 :	Remplacement de membres du Sous-Comité du Programme .....	2
Décision 6 :	Ordres du jour de la cent-troisième session du Conseil exécutif et de la Cinquante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé .....	2
Décision 7 :	Méthode de travail et durée de la Cinquante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé .....	2
Décision 8 :	Sujet des Discussions techniques de 1999 .....	3
Décision 9 :	Dates et lieux des quarante-neuvième et cinquantième sessions du Comité régional .....	4
Décision 10 :	Désignation de représentants de la Région africaine au Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine .....	4
Décision 11 :	Désignation du représentant de la Région africaine au Conseil conjoint de coordination (JCB) du Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales (TDR) .....	4
Décision 12 :	Désignation du représentant de la Région africaine au Comité consultatif de Gestion (MAC) du Programme d'Action pour les Médicaments essentiels .....	4
Décision 13 :	Groupe de travail ad hoc sur la Stratégie pharmaceutique révisée .....	4

### RESOLUTIONS

AFR/RC48/R1 :	Projet de Budget Programme pour l'exercice 2000-2001 .....	6
AFR/RC48/R2 :	Surveillance épidémiologique intégrée des maladies : stratégie régionale pour les maladies transmissibles .....	6

	<b>Page</b>
AFR/RC48/R3 : Stratégie régionale de développement des ressources humaines pour la santé .....	8
AFR/RC48/R4 : Stratégie de promotion de la recherche en santé dans la Région africaine .....	9
AFR/RC48/R5 : La santé bucco-dentaire dans la Région africaine : stratégie régionale .....	11
AFR/RC48/R6 : Situation du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique .....	12
AFR/RC48/R7 : Comité de Prospection régional pour la sélection du Directeur régional .....	13
AFR/RC48/R8 : Motion de remerciements .....	17

## DEUXIEME PARTIE

	<b>Paragraphes</b>
<b>CEREMONIE D'OUVERTURE</b> .....	1 - 60
<b>ORGANISATION DES TRAVAUX</b> .....	61 - 67
Constitution du Sous-Comité des Désignations .....	61
Election du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs .....	62
Nomination des membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs .....	63 - 65
Adoption de l'ordre du jour .....	66
Adoption de l'horaire du travail .....	67
<b>ACTIVITES DE L'OMS DANS LA REGION AFRICAINE : RAPPORT BIENNAL DU DIRECTEUR REGIONAL</b> (document AFR/RC48/3) .....	68 - 221
Développement et Direction d'ensemble des Programmes .....	70 - 98
Lutte intégrée contre la Maladie .....	99 - 141
Promotion et Protection de la Santé .....	142 - 167
Développement des Services de Santé .....	168 - 185
Coordination extérieure et Promotion du Programme .....	186 - 204
Services administratifs et financiers .....	205 - 211
UNICEF .....	212 - 216
ONUSIDA .....	217 - 221
<b>CORRELATION ENTRE LES TRAVAUX DU COMITE REGIONAL, DU CONSEIL EXECUTIF ET DE L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE</b> ....	222 - 225
Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif (document AFR/RC48/4) .....	223

## Paragaphes

Ordres du jour de la cent-troisième session du Conseil exécutif et de la Cinquante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé : Implications régionales (document AFR/RC48/5) .....	224
Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC48/6) .....	225
<b>RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME</b> (document AFR/RC48/7) .....	226 - 281
Projet de Budget Programme 2000-2003 (document AFR/RC48/2) .....	228 - 236
Surveillance intégrée de la maladie en Afrique : stratégie régionale 1999-2003 (document AFR/RC48/8) .....	237 - 245
Santé bucco-dentaire dans la Région africaine : stratégie régionale (document AFR/RC48/9) .....	246 - 251
Stratégie régionale de développement des ressources humaines pour la santé (document AFR/RC48/10) .....	252 - 256
Plan stratégique de promotion de la recherche en santé dans la Région africaine, 1999-2003 (document AFR/RC48/11) .....	257 - 264
Fonctions de l'OMS : Article 2 de la Constitution (document AFR/RC48/16) .....	265 - 266
Mandat, qualifications et sélection du Directeur régional (document AFR/RC48/17) ..	267 - 279
Mandat du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC48/12 Rév.1) .....	280 - 281
<b>DISCUSSIONS TECHNIQUES</b> (documents AFR/RC48/TD/1 et AFR/RC48/13) .....	282 - 290
Présentation du rapport des Discussions techniques (document AFR/RC48/13) .....	282 - 286
Choix du sujet des Discussions techniques en 1999 (document AFR/RC48/21) .....	287 - 288
Nomination du Président et du Président suppléant des Discussions techniques pour 1999 (document AFR/RC48/22) .....	289 - 290
<b>DATES ET LIEUX DE LA QUARANTE-NEUVIEME ET DE LA CINQUANTIEME SESSION DU COMITE REGIONAL</b> (document AFR/RC48/14) .....	291 - 293
<b>ADOPTION DU RAPPORT DU COMITE REGIONAL</b> (document AFR/RC48/15) .....	294
<b>CLOTURE DE LA QUARANTE-HUITIEME SESSION DU COMITE REGIONAL</b> ..	295 - 303

## TROISIEME PARTIE

	<b>Page</b>
1. Liste des participants .....	55
2. Ordre du jour .....	69
3. Rapport du Sous-Comité du Programme .....	71
4. Rapport de la réunion du Sous-Comité du Programme tenue à Harare le 4 septembre 1998 .....	91
5. Rapport des Discussions techniques .....	94
6. Allocution liminaire du Dr Nkosazama Clarice Dlamini-Zuma, Président de la quarante-septième session du Comité régional .....	104
7. Allocution du Dr Ebrahim M. Samba, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique .....	106
8. Allocutiouon du Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé .....	109
9. Allocution du Prof. C. A. Johnson, Représentant de l'Organisation de l'Unité africaine ...	120
10. Alalocution d'ouverture prononcée par Son Excellence Robert G. Mugabe, Président de la République du Zimbabwe .....	122
11. Liste des documents .....	124

**PREMIERE PARTIE**

**DECISIONS DE PROCEDURE**

**ET**

**RESOLUTIONS**



## DECISIONS DE PROCEDURE

### Décision 1 : Composition du Sous-Comité des Désignations

Le Sous-Comité des Désignations s'est réuni le lundi 31 août 1998; il était composé des représentants des douze Etats Membres suivants : Algérie, Burundi, Guinée équatoriale, Malawi, Maurice, Mauritanie, Namibie, Niger, Nigéria, Sierra Leone, Tchad et Togo. Le Sous-Comité a élu Président le Dr Essololem Batchassi, Directeur général de la Santé du Togo.

*Deuxième séance, 31 août 1998*

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

Après avoir examiné le rapport du Sous-Comité des Désignations et conformément à l'Article 10 du Règlement intérieur et à la résolution AFR/RC23/R1, le Comité régional a élu à l'unanimité le bureau suivant :

**Président :** Dr T. J. Stamps  
Ministre de la Santé et du Bien-Etre de l'Enfant  
Zimbabwe

**Vice-Présidents :** Dr Mohamed Ould Menou  
Directeur de la Protection sanitaire  
Mauritanie

Dr Aurélio Armandio Zilhão  
Ministre de la Santé  
Mozambique

**Rapporteurs :** Dr Adem Ibrahim Mohammed  
Ministre de la Santé  
Ethiopie

Dr Akpa Raphaël Gbary  
Directeur de la Santé communautaire  
Côte d'Ivoire

Dr Gilberto da Costa Frota  
Directeur du Plan, Administration et Finances  
Sao Tomé et Principe

*Deuxième séance, 31 août 1998*

### Décision 3 : Composition du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs

Le Comité régional, conformément au Règlement intérieur, a nommé un Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs composé des représentants des douze Etats Membres suivants : Comores, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, République centrafricaine, Sénégal, Tanzanie et Zimbabwe.

Le Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs s'est réuni le 1er septembre 1998. Les délégués des Etats Membres suivants étaient présents : République centrafricaine, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Sénégal, Tanzanie et Zimbabwe. Il a élu Président Son Excellence J. I. Kalweo, Ministre de la Santé du Kenya.

*Deuxième séance, 31 août 1998*

#### **Décision 4 : Vérification des 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 : Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Congo, Côte d'Ivoire, Erythrée, Ethiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée équatoriale, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Tchad, Zambie et Zimbabwe.

*Quatorzième séance, 4 septembre 1998*

#### **Décision 5 : Remplacement de membres du Sous-Comité du Programme**

Le mandat des pays suivants vient à expiration à la fin de la quarante-huitième session du Comité régional : Erythrée, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria et Afrique du Sud. Ils seront remplacés par les pays suivants : Algérie, Tanzanie, Togo, Ouganda, Zambie et Zimbabwe.

*Douzième séance, 4 septembre 1998*

#### **Décision 6 : Ordres du jour de la cent-troisième session du Conseil exécutif et de la Cinquante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé**

Le Comité régional a pris note des ordres du jour provisoires de la cent-troisième session du Conseil exécutif et de la Cinquante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé.

*Douzième séance, 4 septembre 1998*

#### **Décision 7 : Méthode de travail et durée de la Cinquante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé**

##### *Président de l'Assemblée mondiale de la Santé*

1) La Région africaine désignera un candidat pour le poste de Président de l'Assemblée mondiale de la Santé en l'an 2000. Elle avait désigné pour la dernière fois le Président de l'Assemblée en mai 1994.

##### *Vice-Président*

2) Le Président de la quarante-huitième session du Comité régional sera proposé pour l'un des postes de Vice-Président de la Cinquante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé en mai 1999. Si, pour une raison ou une autre, le Président du Comité n'est pas en mesure d'assumer cette fonction, l'un des Vice-Présidents du Comité le remplacera dans l'ordre choisi à l'origine par tirage au sort (premier et deuxième

Vice-Présidents). Si le Président du Comité et les deux Vice-Présidents ne sont pas en mesure d'occuper le poste de Vice-Président de l'Assemblée mondiale de la Santé, les chefs de délégations des pays d'origine du Président et des Premier et Deuxième Vice-Présidents du Comité régional occuperont, dans cet ordre, l'un des postes de Vice-Président.

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

3) Les Etats Membres de la Région africaine dont les mandats viennent à expiration à la fin de la Cinquante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé sont l'Angola, le Bénin, le Botswana et le Burkina Faso. Suivant l'ordre alphabétique habituel, ils seront remplacés par le Tchad, les Comores, le Congo (Brazzaville) et la Côte d'Ivoire.

4) La Cinquante et Unième Assemblée mondiale de la Santé, par la résolution WHA51.26, a décidé que les Etats Membres habilités à désigner des personnes devant faire partie du Conseil exécutif devraient les désigner en tant que représentants du gouvernement techniquement qualifiés dans le domaine de la santé. Les membres - Comores, Congo (Brazzaville), Côte d'Ivoire et Tchad - habilités à désigner des personnes devant faire partie du Conseil exécutif devraient confirmer leur disponibilité au moins un mois avant la Cinquante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé.

#### ***Commissions principales de l'Assemblée mondiale de la Santé***

5) Le Directeur général, en consultation avec le Directeur régional, examinera au besoin avant la Cinquante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé les désignations des délégués des Etats Membres de la Région africaine pouvant assumer efficacement les fonctions suivantes :

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

#### ***Réunion informelle du Comité régional***

6) Le Directeur régional convoquera cette réunion le lundi 17 mai 1999 à 8 h 00 au Palais des Nations, à Genève, pour confirmer les décisions prises par le Comité régional au sujet des Etats Membres qui siègeront au sein des différents comités de l'Assemblée mondiale de la Santé.

*Douzième séance, 4 septembre 1998*

#### **Décision 8 : Sujet des Discussions techniques de 1999**

Le Comité régional a décidé à sa quarante-septième session de continuer à tenir des discussions techniques pendant ses sessions. Le Comité régional a par conséquent choisi "La lutte contre la maladie dans la Région africaine au XXIème siècle" comme sujet des discussions techniques de 1999.

*Douzième séance, 4 septembre 1998*

**Décision 9 : Dates et lieux des quarante-neuvième et cinquantième sessions du Comité régional**

Le Comité régional a confirmé sa décision de tenir sa quarante-neuvième session en Namibie en septembre 1999. La cinquantième session se tiendra à Brazzaville sauf si une invitation à tenir la session en dehors du Bureau régional est acceptée par le Comité régional.

*Douzième séance, 4 septembre 1998*

**Décision 10 : Désignation de représentants de la Région africaine au Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine (HRP) : composition du Comité d'orientation et de coordination (PCC)**

Le mandat du Zimbabwe expirera le 31 décembre. Conformément à l'ordre alphabétique anglais, ce pays sera remplacé par le Botswana qui retrouvera l'Algérie, l'Angola et le Bénin à compter du 1er janvier 1999 pour un mandat de trois ans.

*Douzième séance, 4 septembre 1998*

**Décision 11 : Désignation du représentant de la Région africaine au Conseil conjoint de coordination (JCB) du Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les maladies tropicales (TDR)**

Le mandat du Bénin expirera le 31 décembre 1998. Conformément à l'ordre alphabétique anglais, ce pays sera remplacé par le Burkina Faso à compter du 1er janvier 1999 pour un mandat de trois ans.

*Douzième séance, 4 septembre 1998*

**Décision 12 : Désignation du représentant de la Région africaine au Comité consultatif de Gestion (MAC) du Programme d'Action pour les Médicaments essentiels**

Le mandat de l'Angola expirera le 31 décembre 1998. Conformément à l'ordre alphabétique anglais, ce pays sera remplacé par le Botswana qui se joindra au Bénin à compter du 1er janvier 1999, qui est déjà membre du MAC) à compter du 1er février 1999 pour un mandat de trois ans.

*Douzième séance, 4 septembre 1998*

**Décision 13 : Groupe de travail ad hoc sur la Stratégie pharmaceutique révisée**

Aux termes de la décision EB102(14), il a été créé un Groupe de travail ad hoc sur la Stratégie pharmaceutique révisée. Toutefois, en vertu de cette décision, il a été créé un sous-groupe rattaché à ce groupe ad hoc. Le sous-groupe comprendra le Président du groupe de rédaction constitué lors de la Cinquante et Unième Assemblée mondiale de la santé et deux Etats Membres de chaque Région de l'OMS dont un au moins sera membre du Conseil exécutif, et qui devront être nommés par les Comités régionaux.

Conformément à la décision EB102(14), le Comité est invité à nommer ses représentants au sous-groupe constitué en vertu de cette décision.

Celle-ci demande au sous-groupe d'aider l'OMS dans ses contacts avec les parties intéressées pertinentes (Organisation mondiale du Commerce, Organisation mondiale de la Propriété intellectuelle, industrie, ONG) et de préparer un projet de résolution à examiner lors de la cent-troisième session du Conseil exécutif.

Le Comité régional de l'Afrique réuni pour sa quarante-huitième session est invité à nommer deux Etats Membres qui siégeront au sous-groupe créé en vertu de la décision EB102 (14). Il est proposé que les Etats Membres suivants soient désignés à cet effet :

1. Cap-Vert (membre du Conseil exécutif)
2. Afrique du Sud (non membre du Conseil exécutif).

*Douzième séance, 4 septembre 1998*

## RESOLUTIONS

### **AFR/RC48/R1 : Projet de Budget Programme pour l'exercice 2000-2001**

Le Comité régional,

Ayant examiné attentivement le rapport soumis par le Sous-Comité du Programme sur le Projet de Budget Programme pour l'exercice 2000-2001,

1. NOTE que ce budget Programme, le dernier du Neuvième Programme général de Travail et le premier du 21ème siècle, a été élaboré conformément aux directives de l'Organisation, et qu'il reste au même montant que celui de l'exercice précédent, ce qui correspond au taux de croissance zéro qui demeure la base de la budgétisation globale;
2. FELICITE le Directoire régional pour avoir effectivement mis en oeuvre Les orientations politique et programmatiques définies par Les Organes directeurs;
3. APROUVE le rapport du Sous-Comité du Programme;
4. APPROUVE le projet de Budget Programme pour l'exercice 2000-2001;
5. PRIE le Directoire régional de transmettre le Projet de Budget Programme pour l'exercice 2000-2001 au Directoire général pour examen et inclusion dans le Projet de Budget Programme de l'Organisation pour l'exercice 2000-2001.

*Dixième séance, 2 septembre 1998*

### **AFR/RC48/R2 : Surveillance épidémiologique intégrée des maladies : stratégie régionale pour les maladies transmissibles**

Le Comité régional,

Rappelant les résolutions WHA22.47, WHA41.28 et WHA48.13 adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé respectivement en 1969, 1988 et 1995 et portant sur la surveillance épidémiologique des maladies transmissibles;

Rappelant aussi les résolutions du Comité régional AFR/RC38/R24 et AFR/RC43/R7 relatives à l'évaluation et au renforcement des systèmes nationaux de surveillance épidémiologique, en particulier en vue d'une détection précoce et d'un contrôle efficace des épidémies;

Conscient de la faiblesse des systèmes nationaux de surveillance épidémiologique et de la nécessité impérieuse de disposer à tout moment des informations appropriées sur les tendances des maladies et sur l'efficacité, l'efficience et l'impact des interventions des programmes de lutte contre la maladie;

Reconnaissant que l'approche intégrée appliquée à la surveillance épidémiologique est de nature à lui donner un meilleur rapport coût/efficacité;

Ayant examiné le rapport du Directeur régional contenu dans le document AFR/RC48/8 ainsi que le rapport du Sous-Comité du Programme y relatif,

1. APPROUVE la Stratégie régionale de surveillance intégrée des maladies telle que présentée dans le document AFR/RC48/8;
2. DEMANDE aux Etats Membres :
  - i) de procéder, si ce n'est déjà fait, à une évaluation exhaustive de leurs systèmes de surveillance épidémiologique des maladies afin d'identifier leurs faiblesses et leurs besoins en ressources humaines, financières et matérielles, y compris en moyens de communication;
  - ii) d'évaluer également la composante laboratoire des programmes de lutte contre la maladie, afin de lui accorder les moyens nécessaires pour contribuer à la surveillance épidémiologique et à la surveillance de la résistance des bactéries et des parasites aux médicaments;
  - iii) de prendre les mesures nécessaires, y compris l'affectation de ressources, afin de mettre en oeuvre la Stratégie régionale de surveillance des maladies en privilégiant notamment l'approche intégrée;
  - iv) de participer de façon effective aux activités de coopération interpays dans l'esprit des protocoles de coopération sous-régionale adoptés collectivement, y compris par la notification rapide des épidémies à l'OMS et aux pays voisins;
  - v) d'utiliser effectivement les données épidémiologiques disponibles dans la prise des décisions, en particulier en ce qui concerne la détermination des priorités et l'allocation des ressources;
3. DEMANDE aux partenaires internationaux intéressés par la surveillance épidémiologique des maladies en Afrique, d'apporter leur appui aussi bien aux pays qu' à l'Organisation mondiale de la Santé, dans la mise en oeuvre de la présente stratégie;
4. PRIE le Directeur régional :
  - i) d'apporter son appui aux Etats Membres afin de leur permettre de mettre en oeuvre la présente stratégie;
  - ii) de poursuivre ses efforts visant à mettre en place des équipes techniques au niveau des blocs épidémiologiques, afin d'apporter l'appui technique nécessaire aux pays dans la mise en oeuvre des activités de préparation et de réponse rapide aux épidémies, dans le cadre de leurs protocoles de coopération sous-régionale et des plans d'action correspondants;
  - iii) de mobiliser les ressources du budget ordinaire et des ressources extrabudgétaires afin d'appuyer la mise en oeuvre de la stratégie, aussi bien au niveau des pays, des blocs épidémiologiques qu'au niveau régional;
  - iv) de faire rapport tous les deux ans au Comité régional sur la mise en oeuvre de la stratégie.

## **AFR/RC48/R3 : Stratégie régionale de développement des ressources humaines pour la santé**

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du Directeur régional sur le développement des ressources humaines pour la santé;

Rappelant les résolutions mondiales (WHA42.27, WHA47.9, WHA48.8, WHA49.1) et régionales (AFR/RC37/R13, AFR/RC38/R15) sur le rôle du personnel de santé dans la mise en oeuvre des politiques et plans nationaux de développement sanitaire;

Fidèle à l'esprit des Conférences mondiale (1993) et régionale (1995) sur l'Enseignement de la Médecine;

Conscient de la nécessité d'utiliser de manière optimale les ressources humaines disponibles dans le cadre des réformes en cours des secteurs de la santé dans les pays de la Région africaine;

Conscient en outre du fardeau de plus en plus lourd qu'impose aux Etats Membres le problème de la fuite des cerveaux;

Considérant les pertes d'effectifs de santé croissantes causées dans les Etats Membres par l'épidémie de VIH/SIDA;

Sachant que la réforme du secteur et la réorientation de la pratique et de la formation professionnelles doivent être coordonnées, pertinentes et acceptables;

Reconnaissant la nécessité d'une approche intégrée du développement des services de santé et des ressources humaines pour la santé;

Conscient par ailleurs que cette approche du développement des ressources humaines doit être adaptée aux besoins et moyens des pays et s'appuyer sur la participation active de l'ensemble du personnel de santé à tous les niveaux du système de santé, au même titre que les bénéficiaires des santé, les décideurs et responsables des secteurs public et privé, les représentants des associations professionnelles et des établissements d'enseignement, toutes personnes en charge du développement économique et social;

Considérant la position privilégiée de l'OMS qui peut faciliter les relations de travail entre les autorités sanitaires, les associations professionnelles et les écoles de santé dans la Région africaine,

1. APPROUVE la Stratégie régionale de développement des ressources humaines pour la santé présentée dans le document AFR/RC48/10;
2. DEMANDE instamment aux Etats Membres :
  - i) d'harmoniser la politique nationale de santé et le plan de développement des ressources humaines pour la santé;

- ii) de collaborer avec tous les secteurs institutionnels du développement sanitaire à la formulation et à la mise en oeuvre de politiques et plans de développement des ressources humaines pour la santé afin de mieux répondre aux besoins de la population et améliorer son état de santé;
- iii) de promouvoir et de soutenir la recherche sur les systèmes de santé en vue de définir l'équipe de santé type aux différents niveaux du système de soins de santé, les effectifs, le dosage et le déploiement optimaux des personnels, ainsi que les technologies et les conditions de travail les mieux à même d'améliorer leur performance dans la dispensation de soins de santé de qualité;
- iv) de soutenir les efforts visant à améliorer l'éducation, la formation, l'utilisation du personnel de santé et la réglementation des professions de la santé;

3. PRIE le Directeur régional :

- i) d'encourager les autorités sanitaires, les associations professionnelles et les écoles de santé à étudier et mettre en place de façon coordonnée de nouveaux modèles de soins et de nouvelles conditions de travail permettant aux personnels de santé de jouer leurs rôles propres afin de mieux répondre aux besoins des personnes desservies;
- ii) de soutenir l'élaboration de lignes directrices et de modèles permettant aux pays de renforcer leur capacité à planifier, former, utiliser et réglementer le personnel de santé;
- iii) de garantir la continuité des travaux du groupe consultatif multidisciplinaire régional sur le développement des ressources humaines en santé;
- iv) de restructurer et renforcer l'unité chargée du programme sur les ressources humaines pour la santé afin de faciliter la coordination des efforts régionaux et nationaux en faveur d'une utilisation optimale des personnels de santé;
- v) de sensibiliser les partenaires et de mobiliser les ressources en vue de la mise en oeuvre de cette stratégie;
- vi) de tenir le Comité Régional informé des progrès accomplis dans l'application de la présente résolution et de lui faire rapport tous les deux ans.

*Dixième séance, 2 septembre 1998*

**AFR/RC48/R4 : Stratégie de promotion de la recherche en santé dans la Région africaine**

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du Directeur régional sur la recherche en santé dans la Région;

Rappelant les résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé (WHA4.26 et WHA33.25) sur la nécessité de la recherche en santé;

Rappelant l'importance accordée par le Comité régional aux politiques de recherche en santé au cours de diverses discussions techniques, notamment lors de sa quarante-deuxième session (document AFR/RC42/TD/1) et de sa quarante-septième session;

Considérant que la recherche en santé est un des moyens d'obtenir des informations fiables pour orienter la prise de décision et améliorer la gestion et la qualité des prestations des services de santé;

1. APPROUVE le Plan stratégique de promotion de la recherche en santé dans la Région africaine;
2. DEMANDE INSTAMMENT aux Etats Membres :
  - i) de déterminer, de concert avec toutes les parties concernées, les domaines prioritaires de recherche au niveau national;
  - ii) d'élaborer des politiques et des stratégies de recherche à moyen et long termes, conformes aux politiques nationales de développement sanitaire;
  - iii) de créer un environnement propice aux activités de recherche;
  - iv) de développer les capacités nationales de recherche, notamment par l'allocation des ressources, la formation des cadres, le renforcement des institutions de recherche et la mise en place de mécanismes de coordination;
  - v) de mettre en place un plan national de recherche en santé en collaboration avec les partenaires de développement sanitaire;
  - vi) de mettre en place un Comité national chargé d'énoncer des règles d'éthique et de veiller à leur respect, en particulier lors d'essais cliniques chez l'homme;
3. PRIE le Directeur régional :
  - i) de dresser et de diffuser un inventaire des institutions de recherche en santé de la Région;
  - ii) de dresser et de diffuser un inventaire des travaux de recherche portant sur la santé et sur les sujets connexes;
  - iii) de renforcer les programmes de recherche en santé du Bureau régional et l'efficacité du Comité africain pour la recherche;
  - iv) de faire le bilan des centres collaborateurs de l'OMS en vue d'optimiser leur rôle dans la conduite et la promotion de la recherche en santé;
  - v) de promouvoir la formation de formateurs en méthodologie de la recherche dans les Etats Membres;
  - vi) d'encourager l'échange d'expériences, la diffusion et l'application des résultats de la recherche;
  - vii) de sensibiliser les partenaires (ONG, agences de coopération multilatérale et bilatérale, etc.), mobiliser les ressources financières et techniques pour appuyer les Etats Membres dans la mise en oeuvre de leurs programmes prioritaires de recherche;

- viii) de mettre en place des mécanismes de suivi et d'évaluation des progrès enregistrés au niveau régional;
- ix) de tenir le Comité régional informé tous les 2 ans des progrès accomplis dans la mise en oeuvre du plan stratégique.

*Dixième séance, 2 septembre 1998*

### **AFR/RC48/R5 : La santé bucco-dentaire dans la Région africaine : stratégie régionale**

Le Comité régional,

Ayant à l'esprit que la santé et le bien-être influent directement sur la santé bucco-dentaire;

Préoccupé par la détérioration de la santé bucco-dentaire dans la Région africaine;

Reconnaissant que les approches précédemment adoptées en matière de santé bucco-dentaire dans la Région n'ont ni tenu compte des priorités épidémiologiques de la Région ni identifié des stratégies sûres et appropriées pour y répondre;

Notant que les efforts déployés jusqu'à présent ont essentiellement consisté à favoriser une évolution non planifiée et ponctuelle des services curatifs de santé bucco-dentaire, qui, dans la plupart des cas, sont mal répartis et ne touchent que les communautés nanties ou urbaines;

Ayant à l'esprit la résolution WHA36.14 de l'Assemblée mondiale de la Santé et les résolutions AFR/RC30/R4 et AFR/RC44/R13 du Comité régional, adoptées par la passé; et

Ayant soigneusement examiné le rapport du Directeur régional contenu dans le document AFR/RC48/9 présentant la stratégie régionale de l'OMS pour la santé bucco-dentaire,

1. APPROUVE la stratégie proposée visant à renforcer la capacité des Etats Membres à améliorer la santé bucco-dentaire dans les communautés;
2. DEMANDE aux Etats Membres :
  - i) d'élaborer des stratégies nationales et des plans de mise en oeuvre en matière de santé bucco-dentaire, en mettant l'accent sur la prévention, le dépistage précoce et le traitement des affections bucco-dentaires;
  - ii) d'interpréter de manière systématique et efficace les informations épidémiologiques relatives à la santé bucco-dentaire en décrivant la prévalence des affections bucco-dentaires, leur gravité et leur répartition par groupes d'âge;
  - iii) d'accorder une attention particulière aux problèmes bucco-dentaires les plus graves avec lesquels les populations doivent vivre (par exemple la stomatite gangreneuse, le cancer de la bouche et les manifestations bucco-dentaires de l'infection à VIH/SIDA);
  - iv) d'élaborer des programmes appropriés et d'un coût abordable pour répondre aux besoins de la communauté en matière de santé bucco-dentaire;

- v) d'intégrer les activités de santé bucco-dentaire dans tous les programmes de soins de santé;
- vi) d'intégrer la formation de base en matière de santé bucco-dentaire dans les programmes de formation du personnel de santé et des autres personnes chargées de promouvoir la santé bucco-dentaire;
- vii) de renforcer les formations sanitaires en les dotant de technologies, de méthodes, de matériels et de ressources humaines appropriés en matière de santé bucco-dentaire;
- viii) d'entreprendre la recherche opérationnelle sur les problèmes et les besoins prioritaires en matière de santé bucco-dentaire; et
- ix) d'intégrer la santé bucco-dentaire dans les systèmes d'information pour la gestion sanitaire;

### 3. PRIE le Directeur régional

- i) de fournir un appui technique aux Etats Membres en vue de l'élaboration de stratégies nationales et de plans de mise en oeuvre de la santé bucco-dentaire;
- ii) de fournir un appui à tous les pays pour leur permettre de créer, de mettre en oeuvre ou de renforcer des services de soins de santé bucco-dentaire offrant un bon rapport coût/efficacité, notamment au niveau du district;
- iii) de donner des orientations et de fournir un appui technique permettant l'identification appropriée des problèmes prioritaires de santé bucco-dentaire et des interventions présentant un bon rapport coût/efficacité;
- iv) de promouvoir et de soutenir l'élaboration de programmes de formation appropriés en vue d'une prestation efficace de services de santé bucco-dentaire;
- v) de promouvoir et de soutenir des activités pertinentes de recherche visant à résoudre les problèmes de santé bucco-dentaire;
- vi) de faire rapport à la cinquantième session du Comité régional sur les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de cette stratégie.

*Dixième séance, 2 septembre 1998*

### **AFR/RC48/R6 : Situation du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique**

Le Comité régional,

Considérant les dégâts matériels et les préjudices subis par les membres du personnel du Bureau régional et leur famille;

Considérant le sens de responsabilité et le courage dont ont fait preuve le Directeur régional de l'OMS et son personnel;

Considérant l'accord signé entre le Congo et l'OMS le 1er août 1952 fixant le Siège du Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique à Brazzaville;

Considérant la volonté du Gouvernement du Zimbabwe d'accueillir temporairement le Bureau régional de l'OMS à Harare;

Considérant la décision prise par le Conseil exécutif le 13 janvier 1998, conformément à la recommandation du quarante-septième Comité régional, de transférer temporairement le Bureau régional de l'OMS à Harare suite aux événements de Brazzaville;

Tenant compte des deux missions menées par l'OMS pour évaluer la situation du Bureau régional de l'Afrique et de la visite ultérieure du Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique;

Reconnaissant les engagements pris et les efforts déployés par le Gouvernement de la République du Congo pour réparer le préjudice et rétablir des conditions normales de vie et de travail à Brazzaville, notamment au Djoué,

3. PRIE instamment le Directeur régional :

- i) de faire périodiquement rapport sur l'évolution de la situation du Bureau aux Organes directeurs de l'Organisation;
- ii) de prendre, en collaboration avec le Gouvernement congolais, les dispositions qui s'imposent, notamment le respect des normes de sécurité des Nations Unies, pour un retour progressif du personnel à Brazzaville;

2. REMERCIE le Gouvernement du Zimbabwe et son peuple pour leur offre spontanée et pour l'accueil réservé.

*Dixième séance, 2 septembre 1998*

### **AFR/RC48/R7 : Comité de Prospection régional pour la sélection du Directeur régional**

Le Comité régional,

Considérant qu'à sa quarante-neuvième session le Comité régional désignera un candidat au poste de Directeur régional pour la période allant du 1er février 2000 au 31 janvier 2005;

Estimant que la transparence et l'équité doivent être les mots d'ordre du processus d'évaluation des candidats sur la base des critères fixés;

Considérant d'autre part qu'il est souhaitable que la compétition soit ouverte à tous et se déroule d'une manière saine pour permettre la sélection du candidat le plus qualifié,

1. ADOPTE les critères joints en annexe à la présente résolution, critères que le candidat désigné au poste de Directeur régional devra remplir;

**2. DECIDE :**

- a) de créer un Comité de prospection régional qui travaillera conformément au Règlement intérieur et sera chargé d'aider le Comité régional à désigner un candidat au poste de Directeur régional à sa quarante-neuvième session;<sup>1</sup>
- b) de confier au Comité de prospection le mandat suivant :
  - i) inciter les Etats Membres à soumettre des candidatures remplissant les conditions voulues;
  - ii) avoir un entretien avec chaque candidat, évaluer ses déclarations écrites ainsi que ses conceptions et intentions en ce qui concerne les fonctions de Directeur régional;
  - iii) prendre en considération les avis que le Directeur général aura pu formuler sur les candidats lors de la transmission des candidatures au Comité de prospection;
  - iv) porter une appréciation sur les candidats et en faire rapport aux Etats Membres,
- c) de fixer comme suit la composition du Comité, qui comprendra sept membres y compris le Président :
  - i) Membres de droit :
    - le Premier Vice-Président de la quarante-huitième session du Comité régional, qui présidera le Comité de prospection (Mauritanie);
    - le Président du Sous-Comité du Programme durant la quarante-huitième session du Comité régional (Nigéria);
    - le Président des Discussions techniques à la quarante-huitième session du Comité régional (Afrique du Sud);avec les suppléants respectifs suivants, qui remplaceront le titulaire au cas où celui-ci se désiste ou se trouve, pour quelque raison que ce soit, dans l'impossibilité de participer aux travaux du Comité;
    - le second Vice-Président de la quarante-huitième session du Comité régional (Mozambique);
    - le Vice-Président du Sous-Comité du Programme durant la quarante-huitième session du Comité régional (Sénégal);
    - en l'absence d'un suppléant du Président des Discussions techniques à la quarante-huitième session du Comité régional, un délégué désigné par le Swaziland parmi les délégués à la quarante-huitième session du Comité régional;
  - ii) Quatre autres membres désignés par les Etats Membres suivants parmi les délégués à la quarante-huitième session du Comité régional :
    - Angola, Burkina Faso, Burundi, et Ethiopie.

---

<sup>1</sup> Voir paragraphes 6 à 12 ci-joints du document AFR/RC48/7.

avec quatre suppléants respectifs désignés par les Etats Membres suivants parmi les délégués à la quarante-huitième session du Comité régional, qui remplaceront le titulaire si celui-ci se désiste ou se trouve, pour quelque raison que ce soit, dans l'impossibilité de participer aux travaux du Comité :

- Cameroun, Cap-Vert, Cameroun et Ghana;

- d) que tout membre ou suppléant dont la candidature est soumise au Directeur général par un Etat Membre est automatiquement écarté du Comité de prospection;
- e) que le Comité de Prospection se réunit au moins huit semaines avant la date fixée pour l'ouverture du Comité régional qui désignera un candidat au poste de Directeur régional, pour interroger et évaluer les candidats; et
- f) que le Président du Comité de Prospection envoie, sous pli confidentiel, à chaque Etat Membre de la Région, par l'intermédiaire du Directeur général, le rapport d'évaluation du Comité de Prospection sur tous les candidats qui satisfont aux critères fixés;

3. PRIE le Directeur général d'adresser des copies de :

- i) toutes les communications adressées aux Etats Membres conformément au Règlement intérieur pour ce qui est de la désignation du Directeur régional, et
- ii) toutes les propositions et curriculum vitae annexés reçus des Etats Membres à l'échéance du délai prévu pour le dépôt des candidatures;

au Comité de Prospection au moins dix semaines avant la date fixée pour l'ouverture de la session suivante du Comité régional, et de transmettre le rapport du Comité de prospection à chaque Etat Membre de la Région lorsqu'il l'a reçu du Président.

*Quatorzième séance, 2 septembre 1998*

**DEUXIEME PARTIE**

**RAPPORT DU COMITE REGIONAL**

## CEREMONIE D'OUVERTURE

1. La quarante-huitième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a été ouverte au Centre international de Conférences de l'Hôtel Sheraton, à Harare (Zimbabwe), le lundi 31 août 1998 par Son Excellence Robert G. Mugabe, Président de la République du Zimbabwe. Etaient notamment présents les représentants des Etats Membres, le représentant du Secrétaire général de l'Organisation de l'Unité africaine (OUA), le Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'OMS, le Dr Ebrahim M. Samba, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, les représentants d'institutions du système des Nations Unies et d'organisations non gouvernementales ainsi que les membres du corps diplomatique. (La liste des participants figure à l'Annexe 1).
2. Dans son allocution, le Dr N. C. Dlamini-Zuma, Président de la quarante-septième session du Comité régional, a souhaité la bienvenue au Président de la République du Zimbabwe, M. Robert Gabriel Mugabe, qui avait aimablement accepté d'ouvrir la quarante-huitième session.
3. Elle a félicité de son élection le nouveau Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, le Dr Gro Harlem Brundtland, et lui a souhaité la bienvenue à la session du Comité régional, la toute première à laquelle celle-ci assistait. Elle a assuré le Dr Brundtland de l'appui sans faille et de la coopération de la Région africaine tout au long de son mandat.
4. Le Dr Dlamini-Zuma a remercié le Président Mugabe ainsi que le Gouvernement et le peuple du Zimbabwe d'avoir offert un refuge temporaire et des installations au Bureau régional de l'OMS, qui avait dû quitter Brazzaville. Elle a également exprimé ses remerciements au Gouvernement du Zimbabwe pour son hospitalité et pour la qualité des installations mises au service de la réunion.
5. Elle a rappelé qu'à sa dernière session le Comité régional avait décidé de tenir sa quarante-huitième session à Dakar (Sénégal) mais que le lieu de la réunion avait dû être changé pour Harare en raison de facteurs imprévus qui avaient empêché le Gouvernement du Sénégal d'accueillir la réunion. Elle a exprimé la reconnaissance du Comité régional au Gouvernement du Zimbabwe pour sa coopération et son assistance.
6. Le Président de la quarante-septième session du Comité régional a rappelé que, depuis la réunion de l'an dernier à Sun City (Afrique du Sud), la décision du Comité de transférer temporairement le Bureau régional à Harare avait été correctement appliquée, le cinquantième anniversaire de l'Organisation avait été célébré, un nouveau Directeur général dynamique avait été élu, l'Assemblée mondiale de la Santé avait dûment reconnu les besoins extraordinaires de la Région africaine en augmentant les crédits du budget ordinaire alloués à ses programmes et les Ministres africains de la Santé avaient, entre autres, fait un bilan des progrès accomplis dans le cadre de l'Initiative africaine de Lutte contre le Paludisme au XXI<sup>e</sup> siècle.
7. Au cours de l'année, les bouleversements survenus en Sierra Leone, en Angola, en République démocratique du Congo, en Ethiopie, en Erythrée et en Guinée-Bissau ont contribué à grever davantage les quelques ressources disponibles pour les soins de santé dans la Région, mais l'OMS et ses partenaires ont été en mesure de relever ce défi tout comme d'autres.
8. Même si les activités de l'OMS ont beaucoup progressé dans la Région pendant l'année, il reste encore beaucoup à faire, notamment compte tenu de l'ampleur croissante des problèmes du VIH/SIDA, du paludisme et de la tuberculose. Le Dr Dlamini-Zuma a souligné qu'il appartenait aux Ministres de la Santé à titre individuel et au Comité régional de l'OMS pour l'Afrique à titre collectif de trouver des solutions pour parvenir à améliorer l'état de santé des populations.

9. Le Dr Dlamini-Zuma a conclu en remerciant les délégués de l'esprit de coopération dont ils avaient fait preuve durant sa présidence, qui avait été pour elle tout à la fois un honneur, une merveilleuse expérience et une occasion de travailler au service du continent. Elle a instamment demandé que cette coopération et cet appui soient apportés à son successeur, ajoutant qu'elle était particulièrement reconnaissante au Directeur régional, le Dr Ebrahim M. Samba, et à ses collaborateurs pour leur appui, leur travail et leur ardeur à la tâche face à l'adversité. (Le texte complet du discours figure à l'Annexe 6).
10. Dans son allocution, le Dr Ebrahim M. Samba, Directeur régional, a souhaité la bienvenue à Son Excellence Robert G. Mugabe, Président de la République du Zimbabwe, aux représentants des Etats Membres et aux autres participants au siège temporaire du Bureau régional à Harare, et il a exprimé l'espoir que les dispositions prises permettraient de tenir une réunion fructueuse.
11. Il a particulièrement souhaité la bienvenue au nouveau Directoire général de l'OMS, le Dr Gro Harlem Brundtland, qui assistait pour la première fois à un comité régional depuis qu'elle est à la tête de l'Organisation mondiale de la Santé. Il a noté que sa vision, son dynamisme et son sens de l'engagement tout comme son style de gestion caractérisé par la transparence et la collaboration étaient pour tous une source d'encouragement. Les premières priorités du Directeur général présentaient une grande pertinence pour l'Afrique. En raison de l'intérêt constant manifesté par le Dr Brundtland pour les affaires africaines, le Dr Samba a dit avoir le privilège de l'accueillir en tant que citoyen d'honneur de l'Afrique.
12. Le Dr Samba a rappelé que la décision de transférer temporairement le Bureau régional à Harare et de décentraliser des fonctions régionales, conformément aux instructions données par le Comité régional à sa quarante-septième session, avait été mise en oeuvre. Sur les 450 membres du personnel travaillant normalement au Bureau régional de l'OMS à Brazzaville, 220 ont été réaffectés à Harare tandis que d'autres sont répartis dans divers bureaux de pays de la Région. Il a rendu hommage au Président Mugabe, à son Gouvernement ainsi qu'au peuple du Zimbabwe pour le rôle qu'ils avaient joué afin d'assurer un transfert sans heurt.
13. Ce transfert a néanmoins entraîné d'énormes dépenses imprévues qui ont toutefois pu être maîtrisées sans que l'on touche aux crédits du budget ordinaire alloués aux pays. Il faut espérer que cette situation qui a perturbé le programme de travail normal ainsi que la vie sociale et familiale de la plupart des membres du personnel, ne se reproduira jamais.
14. Des troubles civils d'une nature ou d'une autre touchant 20 des 46 Etats Membres de la Région ont fait sept millions de réfugiés, 40 millions de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays et des milliers de blessés, de morts et d'orphelins. Malheureusement, la plupart des victimes sont des femmes et des enfants innocents. L'OMS a continué à jouer un rôle important pour atténuer les souffrances des personnes affectées.
15. Malgré tous ces problèmes, de grands progrès ont été accomplis dans la Région au cours de l'année écoulée. Le programme d'éradication de la poliomyélite avance de façon satisfaisante, la mise en oeuvre de la stratégie relative à la santé reproductive a démarré tandis que l'Initiative de Lutte contre le Paludisme et la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant avancent comme prévu. Une nouvelle initiative a été lancée contre le VIH/SIDA et l'on est en train de mettre en place un système de surveillance intégrée plus efficace portant sur plusieurs maladies.

16. Les bureaux de l'OMS dans les pays sont en train d'être renforcés, et la collaboration entre l'OMS et les organisations non gouvernementales s'est sensiblement améliorée depuis la réunion de Dakar. La composante santé de l'Initiative spéciale du système des Nations Unies pour l'Afrique a été traduite en un plan d'action pratique avec l'appui financier et technique de la Banque mondiale.

17. En vertu d'une décision de l'Assemblée mondiale de la Santé, la part du budget ordinaire de l'OMS destiné à la Région a augmenté d'environ 60 %, augmentation qui sera étalée sur six ans à partir de l'an 2000.

18. Les fonds extrabudgétaires ont augmenté de plus de 200 % depuis trois ans et l'on a demandé aux Représentants de l'OMS dans les pays de veiller à ce que les ressources soient gérées avec prudence et transparence.

19. L'année 1998, qui marque le cinquantième anniversaire de l'Organisation, a été l'occasion de faire un bilan des acquis et de planifier les actions futures. Le bilan a montré que, grâce à la collaboration entre l'OMS et les Etats Membres, de notables progrès avaient été faits dans la lutte contre les maladies ainsi qu'en matière de promotion et de protection de la santé. Le soutien technique de l'OMS a été mieux ciblé et systématisé, ce qui a permis d'obtenir des résultats concrets. La santé et la qualité de vie des populations se sont beaucoup améliorées depuis cinquante ans.

20. Malgré ces réalisations, la situation sanitaire de la Région n'autorise aucune complaisance. Les problèmes économiques et sanitaires posent encore d'énormes défis et il faudra atténuer le lourd fardeau de la maladie dans la Région au XXI<sup>e</sup> siècle.

21. Le Dr Samba a conclu en exprimant l'espoir que, grâce à la poursuite de la coopération et à l'intensification des efforts de l'OMS, des gouvernements des Etats Membres et des autres partenaires du développement sanitaire, il serait possible d'atteindre un niveau de santé acceptable dans la Région. (Le texte complet de l'allocution du Directeur régional figure à l'Annexe 7).

22. Dans son allocution, le Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'OMS, a déclaré qu'assister à la session du Comité régional pour l'Afrique était pour elle un événement particulier puisque c'était la première réunion d'un comité régional à laquelle elle assistait.

23. Le siècle qui a donné l'indépendance aux pays africains n'a pas permis, malgré les progrès accomplis dans de nombreux domaines, d'engager résolument l'Afrique sur la voie de l'espoir et de la prospérité. Il faut donc faire revivre la solidarité internationale avec l'Afrique, qui est maintenant une priorité essentielle pour l'OMS.

24. Le Directeur général a fait observer que les habitants des pays en développement supportaient plus de 90 % du poids de la morbidité dans le monde alors qu'ils n'avaient accès qu'à 10 % des ressources consacrées à la santé, ajoutant que la santé de ces gens était menacée par la pauvreté, source de maladie et de sous-développement. Un effort nouveau et énergique s'impose pour faire comprendre ce message crucial : assurer l'accès le plus simple aux services de santé constitue un investissement pour le développement social et économique d'un pays. L'investissement en faveur de la santé peut jouer un rôle décisif en brisant le cercle vicieux de la pauvreté et de la maladie. Les Ministres de la Santé devront donc convaincre les autorités nationales d'accorder un rang de priorité plus élevé à la santé dans leur programme d'action politique et économique.

25. Des conflits meurtriers, obstacles à l'instauration de la santé pour tous, continuent de déchirer le continent, réduisant souvent à néant des décennies de développement et de progrès durement acquis. Les ressources qu'ils détournent auraient permis d'acheter des vaccins et de dispenser les soins de santé primaire les plus nécessaires. La paix est donc la condition absolue d'un développement sanitaire et humain durable.
26. Le Dr Brundtland a fait observer que les femmes africaines étaient la plus grande ressource non utilisée du continent et qu'investir dans les femmes était éminemment profitable, économiquement et socialement. Les femmes non seulement élèvent les générations futures mais aussi dispensent l'essentiel des soins donnés aux malades, aux infirmes et aux nécessiteux.
27. Etant donné le rôle qu'elles jouent, leur santé génésique doit être l'affaire des femmes comme des hommes. Il faut cependant s'occuper également d'autres problèmes dont souffrent les fillettes et les femmes, notamment les attitudes discriminatoires, la maltraitance, la violence, l'infanticide, les mutilations sexuelles, la malnutrition, l'anémie et l'avortement.
28. Le sort des enfants d'Afrique est préoccupant. Dans certains pays, 20 % des enfants meurent encore avant l'âge de cinq ans. Sur 10 décès d'enfants, sept sont dus au paludisme, aux infections respiratoires aiguës, à la diarrhée, à la rougeole et à la malnutrition; c'est là une tendance qu'il faut renverser.
29. La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et le développement de la couverture vaccinale comptent parmi les interventions les plus rentables pour résoudre les problèmes qui touchent les enfants mais il est tout aussi important d'assurer un accès équitable aux médicaments. Les stratégies nationales doivent garantir l'équité d'accès, la qualité et l'usage rationnel des médicaments existants tout en permettant de découvrir de nouveaux médicaments et vaccins face à des maladies anciennes pour lesquelles se développe une résistance aux médicaments.
30. Le Directeur général a ajouté que le Programme OMS d'Action pour les Médicaments essentiels continuerait de collaborer avec les pays afin de trouver les meilleurs moyens de rendre les médicaments plus disponibles et plus abordables. Cela signifiera une collaboration plus étroite avec les ministères de la santé, les organisations professionnelles, les ONG et l'industrie pharmaceutique.
31. Le Directeur général a insisté sur le grand défi constitué par le VIH/SIDA. L'épidémie n'est maîtrisée dans aucun pays d'Afrique, alors que les connaissances, les techniques et les stratégies existent pour freiner la propagation du virus et atténuer ses effets. L'OMS appuiera sans réserve les efforts de l'ONUSIDA et accordera davantage d'attention à la façon dont l'Organisation prend en compte l'épidémie de VIH/SIDA dans tous les aspects de son action.
32. La transmission du VIH de la mère à l'enfant par l'allaitement au sein pose un problème majeur, notamment du fait que cette forme d'allaitement reste le meilleur moyen de prévention de la malnutrition et des maladies infectieuses. Il faut rester vigilant face à la commercialisation agressive des substituts du lait maternel qui aboutit généralement à compromettre l'allaitement au sein.
33. L'insuffisance de la recherche du VIH dans le sang destiné aux transfusions crée une autre situation intolérable dans la Région. La technologie permettant de sécuriser les transfusions existe dans le commerce. Aussi convient-il de prier instamment les gouvernements membres de poursuivre leurs efforts en vue d'accroître la sécurité transfusionnelle.

34. Il y a de grandes inégalités dans l'accès au traitement et notamment aux thérapies anti-rétrovirales très actives. L'OMS est fermement décidée à explorer les voies et moyens qui s'offrent de réduire les inégalités d'accès à ces médicaments.

35. Le Dr Brundtland a rappelé au Comité qu'elle s'était engagée devant l'Assemblée mondiale de la Santé à faire en sorte que l'OMS soit à la tête du projet "Faire reculer le paludisme", visant à réduire la morbidité et la mortalité dues au paludisme tout en minimisant ses conséquences économiques et sociales. Toutefois, ce projet n'apportera pas de solution rapide. En fait, c'est là l'effort d'une génération qui exigera un vaste partenariat à l'échelle mondiale. On s'attend que l'Afrique soit à la pointe des efforts qui seront nécessaires.

36. Pour venir à bout des différents problèmes, le Directeur général a souligné la nécessité de mettre en place des systèmes de santé durables. Cela exigera, entre autres, d'oeuvrer sur une base intersectorielle mais aussi d'entreprendre une réforme effective du secteur sanitaire. Dans ce domaine, le rôle d'orientation stratégique des gouvernements est extrêmement important.

37. Le Directeur général a informé le Comité régional de certains éléments essentiels du processus de réformes entamé à l'OMS. Au niveau du Siège, une nouvelle équipe de gestion a été nommée dans laquelle le Nord et le Sud, les hommes et les femmes ainsi que les différentes régions se trouvent équitablement représentés. Il s'agit, avec les Directeurs régionaux, les Représentants de l'OMS et les quelque 3500 fonctionnaires de l'Organisation, d'engager le processus de réformes dans le sens qu'elle a indiqué lors de la Cinquantième Assemblée mondiale de la Santé.

38. Les grandes lignes directrices qui inspireront le changement sont les suivantes : parvenir à une meilleure unité d'action dans tout ce que l'OMS entreprend; atteindre toutes les parties prenantes et notamment les autres institutions onusiennes, les institutions financières internationales, les ONG, le secteur privé, les populations et les communautés; appuyer l'action de l'OMS sur des faits concrets; et organiser le travail de l'OMS de telle sorte que les projets recourent aux groupes organiques et les Régions, et fassent souvent appel à d'autres partenaires.

39. Le Directeur général a dit qu'en dépit des problèmes, il y avait des motifs d'espoir. Il suffit de citer les nombreux succès remportés dans le secteur sanitaire au cours des 40 dernières années, les nombreux outils puissants que la science fournit et continuera à fournir et la prise de conscience croissante du rôle déterminant de la santé dans le développement économique.

40. Le Dr Brundtland a conclu en disant qu'elle avait bon espoir et que l'Afrique devait elle aussi avoir bon espoir. Elle a demandé aux Ministres de la Santé de tout mettre en oeuvre pour que l'OMS soit mieux à même de concrétiser les espoirs de l'Afrique. Elle était convaincue qu'ensemble ils peuvent créer la différence. (Le texte complet de l'allocution du Directeur général figure à l'Annexe 8).

41. Dans son allocution, le Professeur C. A. Johnson, représentant du Secrétaire général de l'Organisation de l'Unité africaine (OUA), Son Excellence le Dr Salim Ahmed Salim, a présenté ses salutations aux participants.

42. Il a fait observer que des conflits continuent de se produire dans de nombreux pays de la Région. Ils entraînent des déplacements de populations et un grand nombre de réfugiés. Or, ces événements ont toujours des incidences négatives sur la santé des populations.

43. L' OUA a pris un certain nombre d'initiatives dans le domaine de la santé, notamment la Déclaration de Dakar sur le VIH/SIDA (1992), la Déclaration de Tunis sur le VIH/SIDA (1994), et la Déclaration de Harare sur la Lutte contre le Paludisme (1997). Les déclarations et résolutions sont les prémisses de l'action. Des activités communes OMS/OUA ont été ou seront prochainement lancées en vue d'appliquer ces décisions.
44. Le Professeur Johnson a remercié l'OMS d'avoir installé un bureau de liaison avec l' OUA à Addis Abéba. Cela contribuera à harmoniser les vues de l'OUA et de l'OMS en matière de Santé. Toutefois, il conviendrait de doter le bureau de liaison de ressources humaines et financières plus importantes afin qu'il puisse s'acquitter efficacement de sa mission.
45. Il faut que la volonté politique qui s'exprime dans les pays se traduise en actions concrètes, et que des moyens accrus soient donc affectés au développement sanitaire. Aussi, faudra-t-il que les gouvernements élaborent et appliquent des stratégies et des politiques durables de financement des soins de santé. (Le texte complet du discours se trouve à l'Annexe 9).
46. Dans son allocution, prononcée en français, le Dr Timothy Stamps, Ministre de la Santé de la République du Zimbabwe, a dit combien il était heureux d'accueillir toutes les délégations à Harare. Il a ajouté que son Gouvernement se réjouissait d'accueillir au Zimbabwe le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et qu'il continuerait à le soutenir tant qu'il resterait dans le pays. Il a formulé le vœu que la paix revienne dans toutes les régions agitées d'Afrique afin que la mission de l'OMS puisse bénéficier à tous les pays.
47. Il a dit espérer que les dispositions prises pour la session du Comité régional étaient satisfaisantes puisqu'il n'était initialement pas prévu qu'elle se tienne au Zimbabwe.
48. Le Dr Stamps a ensuite présenté le Président de la République du Zimbabwe, Son Excellence M. Robert Mugabe qui, a-t-il déclaré, est un ardent défenseur de la santé pour tous, non seulement en paroles mais aussi en actes, par l'allocation des ressources et l'élaboration des politiques nationales de santé. Il s'est dit honoré qu'en dépit d'un emploi du temps chargé, le Président ait accepté l'invitation qui lui avait été faite d'ouvrir la session.
49. Dans son allocution d'ouverture, Son Excellence M. Robert Mugabe, Président de la République du Zimbabwe, a souhaité la bienvenue aux délégués et s'est particulièrement réjoui de la présence du Dr Gro Harlem Brundtland, nouveau Directeur général de l' Organisation mondiale de la Santé, qui, bien que n'étant pas une nouvelle venue au Zimbabwe, s'y rend pour la première fois dans l'exercice de ses nouvelles fonctions.
50. Si la session se tient à Harare, c'est parce que le Bureau régional y est temporairement déplacé. L'OMS peut être assurée que tant que le Bureau sera à Harare, le Gouvernement du Zimbabwe fera en sorte qu'il puisse y fonctionner avec un minimum d'inconvénients.
51. Le Président Mugabe a énuméré un certain nombre de réalisations à l'actif de l'Organisation qui fête cette année son cinquantième anniversaire. Au nombre de celles-ci figurent l'éradication de la variole, une nette diminution de la prévalence de la dracunculose, de la lèpre et de l'onchocercose, et l'élimination de la poliomyélite dans la partie sud de la Région africaine. Ces progrès et d'autres encore ont amélioré la qualité de la vie et allongé l'espérance de vie des populations.

52. Il a fait observer que si certaines des anciennes maladies sont maîtrisées, voire éliminées, de nouvelles pathologies, plus meurtrières, font leur apparition tels le VIH/SIDA ou la fièvre hémorragique à virus Ebola. En outre, d'anciennes maladies comme le paludisme et la tuberculose continuent de faire peser une grave menace.

53. Il a souligné la nécessité de s'attaquer au paludisme avec toute la vigueur nécessaire, ajoutant que la détermination des dirigeants africains les avait conduits à adopter la Déclaration de Harare sur la Lutte contre le Paludisme, lors du Sommet de l'OUA tenu à Harare en 1997.

54. Le Président s'est félicité de l'initiative "Faire reculer le paludisme" prise par le nouveau Directeur général ainsi que de l'Initiative africaine de Lutte contre le Paludisme au XXI<sup>e</sup> siècle, élaborée par le Bureau régional. Il a fait part du soutien sans réserve des dirigeants africains à ces deux initiatives.

55. La lutte contre le VIH/SIDA nécessitera une intensification des efforts de l'OMS étant donné que la maladie est devenue un motif de crainte et d'inquiétude dans de nombreux pays de la Région. Le Président Mugabe a instamment demandé à l'OMS et aux autres partenaires de développer leurs activités visant à sensibiliser les populations à la maladie, pour laquelle il n'y a pas encore de remède, et à promouvoir une évolution des comportements.

56. Il faudrait également accorder une large place au problème des décès maternels afin que l'accouchement soit non seulement sans risque mais constitue aussi l'expérience pleine de joie qu'il est censé être.

57. Le Président Mugabe a noté que la maladie et les autres problèmes liés à la santé avaient une influence négative sur la productivité et le développement économique. Les familles et les pouvoirs publics éprouvent de plus en plus de difficultés à mobiliser les ressources nécessaires pour les soins de santé. L'OMS doit faire en sorte que la communauté internationale se préoccupe sérieusement des millions de personnes en mauvaise santé, malades et victimes de la pauvreté. La mondialisation ne doit pas se limiter au développement des échanges commerciaux. Il conviendrait de mondialiser également la prise en compte des problèmes des défavorisés.

58. Il a souligné que les pays africains se devaient d'accorder l'attention voulue à la promotion de la santé afin que les populations parviennent à un niveau plus élevé de développement social et économique. L'Organisation et notamment son Bureau régional de l'Afrique devraient s'intéresser davantage aux problèmes majeurs de la Région et accroître les ressources afin de trouver des solutions appropriées. Les Etats Membres devraient également redoubler d'efforts pour réduire le fardeau de la maladie dans tous les pays.

59. Il a suggéré qu'en examinant les différents points de l'ordre du jour, il y avait lieu de se rappeler la nécessité de garantir, dans les plus brefs délais, une bonne santé à chaque membre de la communauté.

60. Le Président Mugabe a ensuite déclaré officiellement ouverte la quarante-huitième session du Comité régional.

## **ORGANISATION DES TRAVAUX**

### **Constitution du Sous-Comité des Désignations**

61. Le Comité régional a nommé un Sous-Comité des Désignations comprenant les représentants des 12 Etats Membres suivants : l'Algérie, le Burundi, le Tchad, la Guinée équatoriale, le Malawi, la

Mauritanie, Maurice, la Namibie, le Niger, le Nigéria, la Sierra Leone et le Togo. Le Sous-Comité a élu Président le Dr Essololem Batchassi, Directeur général de la Santé du Togo.

### **Election du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs**

62. Après avoir examiné le rapport du Sous-Comité des Désignations et conformément à l'Article 10 du Règlement intérieur et à la résolution AFR/RC23/R1, le Comité régional a élu à l'unanimité le bureau suivant :

*Président :* Dr Timothy Stamps, Ministre de la Santé, Zimbabwe  
*1er Vice-Président :* Dr Mohamed O. Menou, Directeur de la Promotion sanitaire, Mauritanie  
*2ème Vice-Président :* Dr Aurelio A. Amandio Zilhão, Ministre de la Santé, Mozambique

#### *Rapporteurs :*

- Dr Adem Ibrahim Mohammed, Ministre de la Santé, Ethiopie
- Dr Akpa Raphael Gbary, Directeur de la Santé communautaire de Côte d'Ivoire
- Dr. Jose Da Costa Frota, Directeur des Ressources humaines et de la Planification, Sao-Tomé et Principe.

#### *Rapporteurs des discussions techniques :*

1. Dr Abdoulaye Ndiaye, Conseiller technique du Ministre de la Santé, Sénégal
2. Prof. Julius Mame, Directeur des Services médicaux, Kenya
3. Dr Gilberto da Costa Frota, Directeur de la Planification, de l'Administration et des Finances, Sao Tomé et Principe

### **Nomination des membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs**

63. Le Comité régional a nommé un Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs composé des représentants des 12 Etats Membres suivants : République centrafricaine, Comores, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Sénégal, Tanzanie et Zimbabwe.

64. Le Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs s'est réuni le 1er septembre 1998. Les délégués des Etats Membres suivants étaient présents : République centrafricaine, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée Bissau, Kenya, Lesotho, Sénégal, Tanzanie et Zimbabwe. Le Sous-Comité s'est réuni à nouveau le 3 septembre 1998. Le Sous-Comité a élu Président, M. J. J. Kalweo, Ministre de la Santé du Kenya. Les délégués des Etats Membres suivants étaient présents : Gambie, Guinée, Guinée Bissau, Kenya, Lesotho, Tanzanie et Zimbabwe.

65. Le Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs a fait rapport au Comité régional, précisant qu'il avait examiné les pouvoirs de 44 Etats Membres et en avait reconnu la validité. Le Comité régional a adopté le rapport.

### **Adoption de l'ordre du jour**

66. Le Dr Timothy Stamps, Président de la quarante-huitième session du Comité régional, a présenté l'ordre du jour provisoire (document AFR/RC48/1 Rév.1) qui a été adopté sans amendement.

## **Adoption de l'horaire de travail**

67. Le Comité régional a adopté l'horaire de travail suivant : 9h00 - 12h30 et 14h00 - 17h30, pauses-café comprises.

## **ACTIVITES DE L'OMS DANS LA REGION AFRICAINE : RAPPORT BIENNAL DU DIRECTEUR REGIONAL POUR 1996-1997 (document AFR/RC48/3)**

68. Dans son introduction, le Dr Ebrahim M. Samba a souligné le fait que le rapport biennal était le résultat d'un travail d'équipe ayant impliqué le personnel du Bureau régional et celui des bureaux de pays. Il a indiqué que 42 pays de la Région sur 46 ont été interconnectés par l'intermédiaire d'Internet et que cela facilite, dans une large mesure, le travail de l'OMS dans la Région. Le Directeur a exprimé l'espoir de voir les quatre autres pays rapidement connectés.

69. Il a demandé que le Comité régional autorise les différents Directeurs de Divisions du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (AFRO) à présenter la partie du rapport biennal relevant de leur secteur de programme.

## **Développement et Direction d'ensemble des Programmes**

70. Dans sa présentation de cette partie du rapport, le Dr A. M. d'Almeida, Directeur de la Gestion du Programme, OMS/AFRO, a constaté que la quarante-huitième session du Comité régional avait lieu à un stade critique du développement sanitaire et social des pays de la Région africaine. Elle intervient également au moment de l'établissement du bilan, étant donné les nombreuses cibles à atteindre en l'an 2000.

71. Il a indiqué que l'OMS, tout comme bon nombre d'autres organisations, faisait l'objet de réformes de grande ampleur qui ont été lancées il y a quelques années et que la nouvelle direction accélère à présent.

72. Compte tenu du fait que le Bureau régional de l'Afrique a fait l'objet d'un important processus d'évaluation et qu'il doit revoir sa stratégie et les modalités de sa coopération avec les pays, le Bureau attend avec un vif intérêt les orientations stratégiques, programmatiques et gestionnaires que précisera le Comité, outre l'examen habituel des questions qui lui sont soumises. La principale préoccupation du Bureau régional reste de donner davantage de pertinence à ses programmes et aux efforts déployés afin que leur mise en oeuvre soit plus cohérente, efficace et efficiente.

73. Le Dr d'Almeida a rappelé au Comité que, comme c'est le cas tous les deux ans, les deux thèmes prioritaires étaient le Rapport biennal du Directeur régional contenu dans le document AFR/RC48/3 et le Projet de Budget Programme pour 2000-2001, document AFR/RC48/2.

74. Il a attiré l'attention du Comité sur le fait que la structure et la teneur du rapport biennal avaient changé pour répondre aux attentes des délégués. Concrètement, les principaux résultats obtenus au cours de la période examinée de même que les problèmes rencontrés et les perspectives d'avenir y ont été résumés.

75. Le Directeur de la Gestion du Programme a ajouté que le Projet de Budget Programme ferait l'objet de révisions importantes, notamment en prévision du supplément de 19 millions de dollars que le Directeur général a alloué aux pays de la Région, démarche qui traduit la volonté de l'OMS de réduire en priorité les écarts entre régions sur le plan de la santé.

76. Certaines questions programmatiques et techniques seront soumises lors de la réunion, en plus du rapport biennal du Directeur régional et du Projet de Budget Programme pour 2000-2001.
77. Le Dr d'Almeida a fait remarquer que, dans le domaine de la gestion d'ensemble des programmes, on continuait de privilégier le renforcement du processus gestionnaire de même que des capacités aussi bien au Bureau régional que dans les bureaux de pays. Le maillon le plus faible de la chaîne est l'évaluation, exercice complexe, surtout lorsqu'il vise à mesurer l'impact des programmes sur les problèmes et les besoins sanitaires des pays. Il a exprimé l'espoir que les structures d'évaluation qui ont été testées seront perfectionnées dans les années à venir.
78. Trente-quatre délégations ont formulé des observations sur le document. Ils ont félicité le Directeur régional et ses collaborateurs de la grande qualité du rapport et ont également approuvé la présentation adoptée pour le rapport biennal. Ils ont ajouté qu'il faudrait à l'avenir y présenter également la situation sanitaire dans la Région africaine, selon le modèle du Rapport sur la Santé dans le Monde établi au Siège de l'OMS. Le rapport du Directeur régional devrait fournir des statistiques et autres informations sur les Etats Membres, qui pourraient être utilisées pour la formulation des politiques régionales et nationales de santé.
79. Il a été suggéré de donner une place importante, dans les politiques régionales et nationales de santé, aux principes non seulement de **la santé pour tous** (en tant que droit) mais aussi de **tous pour la santé** (en tant que responsabilité). En conséquence, la participation et l'engagement des communautés dans tous les programmes de santé devraient être davantage encouragés dans la Région. L'importance d'une approche intersectorielle efficace du développement sanitaire a été soulignée.
80. Certains délégués ont indiqué que le Bureau régional devrait s'appuyer sur les résultats déjà obtenus et poursuivre ses efforts en vue d'une transparence et d'une responsabilisation accrues. Il faudrait que cette évolution positive se fasse également sentir au niveau des bureaux de l'OMS dans les pays.
81. Les délégués ont félicité l'OMS d'être intervenue à temps pour faire face aux situations d'urgence survenues dans la Région. Ils ont cependant estimé qu'il serait nécessaire de mieux préciser le rôle des différents échelons de l'Organisation dans ce domaine.
82. Certains délégués se sont félicités des efforts fournis pour renforcer les partenariats existants pour le développement sanitaire et en créer de nouveaux, en particulier avec les organisations non gouvernementales, le secteur privé et les médias.
83. Il faudrait donc à l'avenir sélectionner plus rigoureusement les programmes devant faire partie des accords de coopération technique.
84. Afin de garantir la pérennité du financement des soins de santé dans les pays, il a été suggéré d'intégrer les budgets de la santé dans les programmes nationaux d'investissement. Des systèmes de partage des risques (y compris les assurances) devraient être testés pour les secteurs tant public que privé.
85. Il a été suggéré d'assigner des cibles sous-régionales et régionales aux différents programmes afin que les pays soient incités à oeuvrer pour les atteindre. Cela étant, chaque pays devrait être libre de fixer ses propres priorités et objectifs.

86. Plusieurs membres ont pris acte avec satisfaction de la réorganisation qui est en cours au Siège de l'OMS. Il se sont demandés si le Bureau régional reproduirait ces changements ou adapterait son organisation en fonction de ces changements.

87. Il a été pris note de la vague mondiale de réformes dans le secteur de la santé. Il faudrait que soient exécutés des programmes de réformes nationaux élaborés et inspirés par les pays eux-mêmes et non par les donateurs. Certains membres ont fait observer que l'OMS était en retard par rapport à certaines idées pionnières en matière de réforme du secteur de la santé, en particulier pour ce qui concerne les systèmes de financement qui reposent sur l'idée d'une "corbeille commune". Certains pays ont une très riche expérience de la mise en oeuvre de ces réformes et il serait donc profitable que les pays partagent leurs expériences.

88. Les réformes apportées au secteur de la santé devraient reposer sur des faits concrets. De même, la décentralisation et la focalisation sur les soins de santé primaires devraient faire partie des stratégies à appliquer pour améliorer l'accès à la santé et garantir l'équité et la solidarité dans ce domaine. Il ne faudrait cependant pas que la focalisation sur les soins de santé primaires ne s'exerce au détriment de la qualité des soins secondaires et tertiaires.

89. Les délégués ont fait part de leur gratitude au Gouvernement et au peuple de la République du Zimbabwe pour avoir facilité l'installation temporaire du Bureau régional à Harare. Toutefois, étant donné que la paix et la stabilité ont été rétablies à Brazzaville, le Comité régional devrait adopter une résolution sur la question du retour du Bureau régional au siège initial.

90. Dans sa réponse aux différentes interventions, le Dr Ebrahim M. Samba a informé le Comité que trois missions avaient eu lieu pour évaluer la situation à Brazzaville depuis la dernière réunion du Comité régional, qui avait décidé de transférer temporairement le Bureau à Harare. Les missions se sont rendues à Brazzaville en novembre 1997, juin 1998 et juillet 1998 : les deux premières avaient été conjointement organisées par le Bureau régional et des collaborateurs du Siège, tandis que la dernière équipe comprenait le Directeur régional et d'autres membres du personnel du Bureau régional.

91. La première mission a recommandé que la réinstallation temporaire à Harare se fasse pour une période de deux ans à compter de janvier 1998 tandis que la deuxième mission, notant une certaine amélioration de la situation à Brazzaville, a recommandé un retour du Bureau par étapes. D'autres améliorations ont été constatées lors de la troisième mission, même s'il est apparu qu'il restait beaucoup à faire. Les autorités nationales ont été informées des questions qu'elles devraient examiner de manière plus approfondie et régler afin de faciliter la décision des Organes directeurs de l'OMS et de l'ONU quant à la date et aux modalités du retour à Brazzaville.

92. Le Directeur régional a ajouté que le Secrétariat était prêt à aider à rédiger un projet de résolution sur le retour du Bureau régional à Brazzaville, si le Comité le souhaitait.

93. Un comité composé de représentants du Bénin, du Ghana, du Kenya, de Madagascar, du Mozambique, du Rwanda et du Swaziland a ensuite été constitué pour rédiger la résolution à soumettre au Comité régional. Ce comité s'est réuni et a rédigé la résolution AFR/RC48/R6 qui a été adoptée par le Comité régional.

94. Le Dr A. M. d'Almeida, du Secrétariat, a informé le Comité que l'on avait déjà réfléchi, au Siège, au rôle de l'OMS dans les situations d'urgence, ce qui devrait permettre de mieux cerner ce rôle par rapport à celui d'autres organisations. Il a ajouté que la capacité du Bureau régional dans le domaine de l'aide d'urgence et de l'action humanitaire était en cours de renforcement.

95. La collaboration avec les pays concernant les réformes du secteur de la santé a pris pour principe la maîtrise du processus par les pays. Assurer un financement durable des soins de santé doit faire partie du programme de réformes du secteur de la santé d'un pays. Conformément à une suggestion faite à la dernière session du Comité, le Bureau régional va organiser vers la fin de l'année au Mali une réunion destinée à évaluer la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako. D'autre part, on est en train de documenter d'autres expériences régionales fondées sur les principes de l'Initiative de Bamako afin de les faire mieux connaître.

96. Le Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'OMS, a reconnu que le rôle de l'Organisation dans les réformes en cours au sein du secteur de la santé dans les pays avait été limité. Elle a pris contact avec les agents de première ligne sur le terrain pour aider à définir des stratégies permettant à l'OMS d'être plus active dans ce domaine important. D'autre part, l'OMS devrait agir avec dynamisme pour faciliter les réformes du secteur de la santé au niveau des pays.

97. Le Directeur général a relevé un certain décalage entre le nombre de thèmes examinés et le nombre de priorités inscrites dans le Projet de Budget Programme pour 2000-2001. Elle a fait observer qu'alors des débats n'avaient porté que sur cinq secteurs de programme, le nombre de programmes prioritaires retenus par les pays était de douze en moyenne. Peut-être les Représentants de l'OMS dans les pays pourraient-ils engager le dialogue avec les autorités nationales de la santé afin de réduire les domaines d'intervention prioritaires pour 1999 ainsi que pour l'exercice 2000-2001.

98. Enfin, le Directeur général a précisé que les détails de la nouvelle structure du Siège avaient été communiqués aux Bureaux régionaux non seulement pour information mais aussi pour observation et pour action. Elle a donc exprimé l'espoir que les Bureaux régionaux se restructureraient eux aussi selon qu'ils le jugeraient utile, ajoutant toutefois qu'il fallait définir clairement les fonctions à exécuter à chaque niveau de l'Organisation pour refléter son unité intrinsèque de manière à rendre plus efficace la collaboration avec les Etats Membres.

### **Lutte intégrée contre la Maladie**

99. Le Dr D. Barakamfitye, Directeur de la Division de la Lutte intégrée contre la Maladie, a présenté la section pertinente du rapport biennal.

100. Il a fait observer que, pendant la période biennale 1996-1997, l'Organisation avait intensifié ses activités et les avait dans certains cas accélérées en coopération avec les Etats Membres, notamment en vue de l'éradication de la poliomyélite, de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant ainsi que de la lutte contre le paludisme et d'autres maladies.

101. La stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, mise en place par l'OMS et par l'UNICEF, vise cinq grands problèmes de santé affectant les enfants de moins de cinq ans. Ces problèmes sont responsables à eux seuls de 70 % de la mortalité dans ce groupe d'âge.

102. Le Dr Barakamfitye a ajouté que la mise en oeuvre de la stratégie avait débuté dans 20 pays et qu'une soixantaine d'experts régionaux avaient été formés. Ceux-ci fournissent l'appui technique nécessaire aux pays.

103. Le Bureau régional a également établi de solides partenariats avec l'UNICEF, l'USAID, DFID, la Banque mondiale, BASICS, TEHIP et la GTZ. Bon nombre de partenaires ont fourni des ressources extrabudgétaires, soit au Bureau régional, soit aux pays. L'évaluation qui a été faite de la mise en oeuvre

de la stratégie pendant une année en Ouganda et en Tanzanie a donné des preuves qualitatives et quantitatives des résultats obtenus. En Tanzanie par exemple, on a noté un accroissement de 20 % du taux de fréquentation des centres de santé.

104. A la suite du regroupement des pays en cinq blocs épidémiologiques, le Bureau régional a lancé une initiative visant à renforcer la coopération entre les pays des différents blocs, pour lutter contre les épidémies. Des réunions ont été organisées et des protocoles de coopération ainsi que des plans d'action ont été signés par les Ministres de la Santé et ceux de l'Intérieur et de l'Administration territoriale.

Depuis, les pays notifient très rapidement la présence d'épidémies et prennent également des mesures de lutte appropriées.

105. L'OMS, pour sa part, a mis en place au Bureau régional un mécanisme de riposte aux épidémies dans les 24 à 48 heures, affecté des équipes techniques interpays dans les blocs épidémiologiques, renforcé les dépôts de médicaments d'urgence, lancé des activités de formation en épidémiologie de base et à la lutte contre les épidémies, ciblant à titre prioritaire les équipes de santé de district dans tous les pays. De plus, une attention particulière est accordée aux laboratoires. Des partenariats ont été institués dans ce domaine, en particulier avec l'USAID, DFID, l'Union européenne et SDR.

106. Le Dr Barakamfitye a reconnu qu'on avait obtenu des résultats relativement limités dans la lutte contre le VIH/SIDA et d'autres maladies sexuellement transmissibles, tout en soulignant que la mise en oeuvre de la stratégie régionale contre le VIH/SIDA, le renforcement de l'Initiative africaine pour la Sécurité du Sang ainsi que l'élaboration de la stratégie régionale de lutte contre d'autres infections sexuellement transmissibles se poursuivaient.

107. De plus, étant donné l'évolution dramatique de l'épidémie de VIH/SIDA en Afrique sub-saharienne (qui compte 70 % des séropositifs notifiés dans le monde), une initiative est en préparation, pour les pays d'Afrique australe dans un premier temps. Il s'agit d'organiser une riposte capable, tant sur le plan politique que technique, d'enrayer la progression de l'épidémie.

108. Les activités de lutte contre le paludisme ont marqué des progrès significatifs ces deux dernières années. Les dirigeants des pays africains ont fait la preuve de leur engagement politique sans faille, comme le prouve la Déclaration de l'OUA adoptée à Harare en 1997.

109. Le Dr Barakamfitye a rappelé que le Directeur général a pris en compte les préoccupations exprimées par le Comité régional à sa quarante-sixième session en affectant US \$9 millions aux pays de la Région. Il a ajouté que d'autres partenaires avaient apporté un appui technique et financier complémentaire au programme régional. C'est ainsi que les concours bilatéraux, qui s'élevaient à US \$2 millions en 1994-1995, sont passés à US \$10,6 millions au cours de l'exercice 1996-1997.

110. Ces appuis ont permis au Bureau régional de lancer un programme de mise en oeuvre accélérée de la lutte contre le paludisme dans 21 pays, en utilisant des plans d'action bien conçus, budgétisés et financés. De nombreux enseignements ont été tirés de la mise en oeuvre de ce programme. On peut citer à cet égard la nécessité de renforcer davantage les capacités nationales pour permettre aux pays d'absorber les ressources relativement importantes mises à leur disposition, et le rôle déterminant joué par l'assistance technique de l'OMS et d'autres partenaires.

111. Les efforts déployés pour mieux sensibiliser les professionnels de la santé et le grand public au problème de la lèpre ont donné des résultats positifs. Beaucoup de tabous entourant la maladie ont en effet disparu.

112. Des résultats spectaculaires ont été obtenus grâce à la polychimiothérapie (PCT) contre la lèpre. Le taux de couverture par la PCT a augmenté, passant de 20 % à 98 % en moins de sept ans, alors que la prévalence de la maladie a reculé de 80 % pendant la même période. Vingt et un des quarante-six Etats Membres ont déjà atteint le seuil fixé pour l'élimination, à savoir moins d'un cas pour 10 000 habitants.

113. Des progrès substantiels ont également été réalisés en ce qui concerne l'éradication de la dracunculose, dont le taux d'incidence a chuté de 50 % pendant la période 1996-1997 par rapport à 1985. Cependant, d'énormes défis sont encore à relever dans la lutte contre cette maladie.

114. Pendant la période considérée, 30 des 36 pays de la Région dans lesquels la poliomyélite était endémique ont organisé avec succès des journées nationales de vaccination (JNV) et, à l'exception de trois d'entre eux, tous ont dépassé le taux de couverture cible de 80 % . La surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) reste néanmoins encore très insuffisante.

115. En ce qui concerne les cibles fixées pour l'élimination du tétanos néonatal et de la rougeole, les progrès réalisés n'ont pas été satisfaisants.

116. Le Dr Barakamfitye a conclu son intervention en priant le Comité régional d'examiner les progrès réalisés, les défis à relever et les perspectives concernant les maladies transmissibles tels qu'ils sont présentés dans le document AFR/RC48/20 et de donner des orientations au Secrétariat.

117. Le Comité a fait part de sa satisfaction générale quant aux résultats obtenus sur le plan de la lutte contre la maladie, notamment en ce qui concerne l'éradication de la poliomyélite et de la dracunculose, l'importance nouvelle donnée à l'accélération de la lutte contre le paludisme et la riposte aux épidémies. Les délégués ont accueilli favorablement le nouveau programme du Directeur général de l'OMS, "Faire reculer le paludisme" ainsi que l'Initiative régionale africaine pour le Paludisme.

118. Il a toutefois été souligné que les progrès accomplis en vue des objectifs visés pour ce qui est du tétanos néonatal, de la rougeole et du VIH/SIDA avaient été très lents.

119. Compte tenu de la fréquence des épidémies dans la Région, le Comité s'est vivement félicité de l'importance accordée à la surveillance intégrée de la maladie, et en particulier de son application à l'intérieur des groupements sous-régionaux.

120. En plus des déplacements importants des populations qu'ils provoquent, les troubles civils prolongés et généralisés ont souvent entraîné une désorganisation grave des services de santé. Dans ce contexte, par exemple, le problème du paludisme pharmacorésistant, qui constitue d'ores et déjà un problème de santé publique urgent dans une grande partie de la Région, s'est encore aggravé.

121. Le Comité a demandé que l'OMS renforce l'appui qu'elle accorde aux pays dans le cadre de leur lutte contre le paludisme. Il s'agira entre autres de réexaminer les stratégies actuelles et d'assurer une participation communautaire effective aux activités de lutte.

122. Il faudrait absolument établir un lien étroit entre les systèmes d'information sanitaire et les mécanismes d'alerte en cas de flambées épidémiques, renforcer les services d'appui au niveau des laboratoires et promouvoir la participation communautaire.

123. En approuvant la stratégie régionale de lutte contre les MST/SIDA, le Comité a recommandé qu'une attention plus soutenue soit accordée à la maîtrise communautaire et au leadership national dans la mise en oeuvre des programmes.

124. Le Comité a jugé essentiel que l'approche multisectorielle de la prévention et de la lutte contre les MST/VIH/SIDA soit maintenue à un niveau de priorité élevé dans les programmes des décideurs politiques.

125. Les délégués se sont dit vivement préoccupés par la marginalisation et la discrimination persistantes à l'égard des personnes vivant avec le VIH/SIDA et ont demandé que l'on s'intéresse davantage aux aspects juridiques relatifs au problème du VIH/SIDA.

126. Le représentant de la Zambie a informé le Comité que son pays accueillerait en septembre 1999 la conférence internationale sur les MST/SIDA en Afrique et a invité tous les pays de la Région à y participer.

127. Malgré la prédominance persistante des maladies infectieuses dans le profil sanitaire de la Région, de nombreux pays connaissent déjà une augmentation rapide des cas de maladies non transmissibles telles que l'hypertension, l'obésité, le diabète sucré, les hyperlipidémies, le stress, etc. Pour cette raison, le Comité régional a demandé au Directeur régional d'accorder davantage d'attention à l'incidence croissante des maladies non transmissibles chroniques dans la Région.

128. Le Comité a en outre demandé que l'OMS mette en place dans la Région davantage de centres collaborateurs sur les maladies non transmissibles.

129. En réponse aux diverses observations faites par les délégués, le Dr Barakamfitiye, a indiqué que, d'après le suivi de l'approche fondée sur les blocs épidémiologiques, celle-ci était appréciée par les pays membres. Elle facilite en effet la collaboration transfrontière. Le Bureau régional se propose d'intensifier les activités dans ce domaine et d'appliquer la formule à toute la Région. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a déjà affecté un spécialiste de laboratoire à chacun des blocs épidémiologiques.

130. S'agissant des liens entre la recherche et la gestion des programmes, il a été signalé que l'OMS collaborait déjà avec des universités et des instituts de recherche dans des domaines prioritaires tels que la lutte antipaludique et la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, l'objectif étant de traduire rapidement les résultats de la recherche en orientations politiques et en actions. Il a été rappelé au Comité qu'un programme régional de surveillance de la chimiorésistance du paludisme ainsi que des essais thérapeutiques combinant plusieurs médicaments pour le traitement du paludisme avaient été lancés récemment.

131. De nombreux délégués ont demandé que l'OMS apporte un appui pour permettre aux pays d'adopter et de mettre en oeuvre la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, dans la mesure où elle est perçue non seulement comme une approche efficace et intégrée de la survie de l'enfant mais aussi comme un élément moteur adéquat pour le renforcement des services de santé de district.

132. Les Etats Membres ont exprimé clairement et fortement leur volonté d'atteindre l'objectif mondial de l'éradication de la poliomyélite d'ici l'an 2000. L'extension à tous les pays de la Région des journées nationales de vaccination (JNV) a été vivement préconisée car de mauvais résultats dans certains pays risqueraient de compromettre les acquis dans d'autres.

133. L'addition d'antigènes supplémentaires tels que le vaccin antirougeoleux et l'administration de vitamine A durant les JNV ayant donné de bons résultats, il a été recommandé que davantage de pays envisagent d'adopter cette approche.

134. Il est très important de poursuivre les efforts en vue de renforcer les services de vaccination normaux (PEV) ainsi que d'introduire systématiquement, lorsque cela se justifie, d'autres antigènes, par exemple pour l'hépatite B.

135. Il a été reconnu qu'il fallait accorder une attention plus grande aux activités du PEV dans des "circonstances spéciales" (guerres civiles, populations déplacées et catastrophes naturelles par exemple).

136. Le Comité a été informé que la Stratégie régionale de Lutte contre les MST/SIDA avait été bien accueillie par les pays membres et était largement mise en oeuvre. Des points focaux ont été nommés dans les Bureaux sous-régionaux afin que les pays puissent bénéficier à temps de l'appui nécessaire.

137. Outre qu'elle est importante du point de vue de l'interruption de la transmission du VIH, la lutte contre les MST est considérée par le Bureau régional comme un problème hautement prioritaire en lui-même.

138. Le Dr T. Mertens, Directeur d'ASD au Siège, a réitéré que le Directeur général avait décidé d'intensifier les activités de lutte contre le VIH/SIDA. A cette fin, l'OMS centrera son attention sur les moyens d'appliquer les instruments de lutte éprouvés qui sont disponibles depuis longtemps. Il a ajouté que dans le cadre du programme de réformes en cours à l'OMS, des consultations avaient eu lieu pour clarifier davantage le rôle de l'OMS dans la lutte contre le VIH/SIDA.

139. Des études de modélisation ont par exemple montré que si la couverture des populations par des interventions combinées passait de 30 à 90 %, le nombre des infections nouvelles par le VIH serait de trois fois inférieur à ce qu'il est actuellement.

140. En collaboration avec l'ONUSIDA et d'autres partenaires, l'OMS prévoit d'axer ses efforts sur : des actions de plaidoyer de promotion de partenariats mondiaux et d'appui aux gouvernements pour garantir une réponse intégrée à l'épidémie de VIH/SIDA; l'élaboration de directives appropriées pour des interventions préventives et curatives de qualité qui favorisent l'intégration horizontale des activités de lutte contre le VIH/SIDA dans l'ensemble des programmes de santé; la sécurité transfusionnelle; l'appui au développement de vaccins.

141. Le Dr Mertens a indiqué que les Bureaux régionaux ainsi que les bureaux de pays de l'OMS seraient consultés avant que ne soit développée une nouvelle stratégie OMS de lutte contre le VIH/SIDA.

### **Promotion et Protection de la Santé**

142. Le Dr R. Tshabalala, Directrice de la Division de la Promotion et de la Protection de la Santé, a présenté cette partie du rapport biennal.

143. Elle a indiqué que l'OMS avait élaboré deux stratégies régionales au cours de la période considérée, l'une pour promouvoir la santé reproductive et l'autre pour promouvoir la santé bucco-dentaire. L'élaboration de deux autres stratégies portant respectivement sur la santé mentale et sur la santé des adolescents a été amorcée. Le plan d'action régional visant à accélérer l'élimination des mutilations sexuelles féminines a en outre été achevé et diffusé dans les pays.

144. Le Dr Tshabalala a fait observer que la salubrité de l'environnement continue à se dégrader dans la Région, ce qui entraîne un alourdissement de la charge de morbidité et des décès évitables. Les taux de couverture relatifs à l'approvisionnement en eau et à l'assainissement sont estimés à 58 % et 48 % respectivement. Ces taux ne s'accroissent que lentement et il arrive même qu'ils reculent en milieu urbain par suite d'une urbanisation rapide non planifiée. Plus de 20 pays ont notifié des épidémies de maladies diarrhéiques, y compris de choléra, dans les zones rurales, urbaines et semi-urbaines.

145. L'OMS a aidé les pays à s'attaquer à ces problèmes en adoptant et en mettant en oeuvre l'Initiative Afrique 2000 sur l'Approvisionnement en Eau et l'Assainissement à partir des besoins de la Région. Depuis le lancement de cette initiative en 1993, trente-deux pays ont déjà désigné des coordonnateurs pour sa mise en oeuvre, mais très peu d'entre eux ont élaboré des plans d'action multisectoriels faisant appel à la participation active de la communauté.

146. L'OMS a aidé 16 Etats Membres à adopter des approches participatives pour promouvoir l'approvisionnement en eau et l'assainissement dans les communautés et les écoles. Cette approche a été recommandée à tous les pays qui participent à l'Initiative Afrique 2000. L'OMS a également encouragé la formation à l'exploitation et à l'entretien des réseaux d'approvisionnement en eau et d'assainissement dans 12 pays.

147. Cinq pays ont reçu un appui pour mener une enquête sur la prévalence de la carence en vitamine A et sept pays ont bénéficié d'un appui pour lancer des programmes de supplémentation par la vitamine A dans le cadre du PEU. Sur les cinq pays qui ont reçu un appui pour déterminer la prévalence des anémies dues à la carence en fer, trois ont adopté des interventions appropriées.

148. Plus de la moitié des Etats Membres ont élaboré des plans d'action nationaux pour la nutrition. Trente-deux pays où les troubles dus à une carence en iode restent un problème de santé publique ont évalué l'ampleur de ce problème et 60 % d'entre eux ont adopté des programmes de lutte fondés sur l'iodation du sel.

149. La stratégie relative à la santé reproductive, adoptée par le Comité régional l'année dernière, a été diffusée dans tous les Etats Membres de la Région. Beaucoup d'entre eux ont déjà lancé cette stratégie et identifié des personnalités pour parrainer l'action de plaidoyer en faveur de la maternité sans risque et de la santé reproductive.

150. Le Bureau régional a aidé plusieurs pays à élaborer des programmes sur la santé des adolescents. Le Lesotho et le Botswana ont déjà évalué leurs programmes et sont en train de les développer.

151. Des programmes de promotion de la santé des femmes axés sur la réduction de l'analphabétisme, de la pauvreté et des problèmes de santé ont été mis en oeuvre au Ghana, au Nigéria, en Zambie et au Zimbabwe et sont actuellement étendus à d'autres pays de la Région.

152. Le Dr Tshabalala a noté que les violences exercées contre les femmes, y compris les mutilations sexuelles féminines, demeurent une grave menace pour le bien-être et la vie des femmes et des fillettes, entraînant des incapacités physiques, des traumatismes psychologiques, voire des décès prématurés. Des rapports émanant de certains pays indiquent que des groupes culturels y intensifient leur action en faveur des mutilations sexuelles féminines. Il faut arrêter cet engrenage.

153. Trente-deux Etats Membres ont adopté des stratégies pour la réadaptation des personnes handicapées, améliorant ainsi la qualité de vie des personnes concernées. Dix-huit pays ont lancé des programmes de réadaptation à base communautaire (RBC).

154. Les problèmes de santé mentale et les problèmes liés à l'utilisation et à l'abus de l'alcool, du tabac et des drogues touchent de plus en plus les femmes et les jeunes. Ils sont à rattacher à la montée de la violence, des accidents de la circulation et de la délinquance chez les jeunes.
155. Une stratégie régionale pour la santé bucco-dentaire a été élaborée pour être examinée à la présente session du Comité régional. Elle vise à renforcer l'aptitude des Etats Membres à atténuer les problèmes de santé évitables, à promouvoir la recherche et à mettre en place des partenariats et des programmes de formation pour le personnel concerné.
156. En ce qui concerne la santé des personnes âgées, l'OMS a aidé les Etats Membres à élaborer des projets communautaires culturellement acceptables, tant dans les pays en paix que dans les pays déchirés par la guerre. Toutefois, la mise en oeuvre de ces projets est lente.
157. Le Dr Tshabalala a conclu en soulignant que des étapes importantes avaient été franchies et des réformes menées pour renforcer la protection et la promotion de la santé, mais qu'il restait encore beaucoup à faire à la veille du troisième millénaire.
158. Les délégués ont estimé que l'atténuation de la pauvreté grâce à l'alphabétisation fonctionnelle des femmes ainsi qu'à la collaboration intersectorielle étaient des moyens efficaces de réduire la mortalité maternelle et d'améliorer la santé de la population en général, et des femmes en particulier. Ils ont également noté qu'outre les mutilations sexuelles féminines, les autres pratiques mettant en danger la santé et la vie des femmes étaient à proscrire.
159. Certains pays ont sollicité l'assistance de l'OMS pour améliorer les capacités nationales à résoudre les problèmes de salubrité de l'environnement tels que l'élimination des déchets solides. On a souligné l'importance des programmes d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement dans la lutte contre les maladies diarrhéiques. L'OMS a été priée d'accroître le soutien qu'elle fournit aux pays dans ce domaine.
160. Etant donné l'impact du VIH/SIDA, des pays ont suggéré que la diminution de la transmission verticale par le recours aux anti-rétroviraux soit rendue plus accessible.
161. Le soutien de l'OMS pour la mise en place de laboratoires de contrôle des produits alimentaires locaux ou importés a été également sollicité.
162. Dans sa réponse aux questions soulevées par les délégués, le Dr Tshabalala a expliqué qu'avec le soutien du Siège, on améliorera la qualité des soins faisant partie de la maternité sans risques par le renforcement de la formation et des directives adéquates de supervision. La formation des accoucheuses traditionnelles et l'adoption de systèmes de transport appropriés peu coûteux pour les évacuations étaient également pris en compte. Certains pays bénéficient déjà d'un soutien pour développer l'alphabétisation fonctionnelle et entreprendre des activités visant à atténuer la pauvreté.
163. En réponse aux demandes d'assistance en matière d'élimination des déchets solides, le Comité a été informé que le soutien nécessaire serait sollicité auprès de pays disposant de l'expertise appropriée.
164. La promotion de la qualité des aliments vendus sur les marchés et dans les rues a déjà été jugée prioritaire. Un atelier a été organisé dans la région de la Communauté pour le Développement de l'Afrique Australe (SADC) afin de former des personnels à la surveillance de la qualité des produits alimentaires importés. De tels ateliers seront également organisés dans d'autres sous-régions.

165. On a rappelé aux pays la cible fixée pour l'élimination des troubles dus à la carence en iode d'ici l'an 2000. Il sera demandé aux pays de produire des rapports de situation sur les mesures prises afin de pouvoir présenter un rapport à la prochaine Assemblée mondiale de la Santé. Les pays ont été informés qu'un plan régional pour l'élimination accélérée des mutilations sexuelles féminines avait été lancé l'année dernière.

166. Un atelier sur les jeunes, le tabac, l'alcool et la toxicomanie s'est tenu à Madagascar en mars 1998. Une stratégie régionale de santé mentale est en cours d'élaboration.

167. Pour faire suite à la recommandation des Etats Membres, des directives applicables au bien-être des personnes âgées sont en cours d'élaboration. Des pays ont été aidés à établir des profils relatifs aux personnes âgées, mais peu de progrès ont été enregistrés à cet égard.

### **Développement des Services de Santé**

168. Le Dr L. G. Sambo, Directeur de la Division du Développement des Services de Santé, a présenté cette section du rapport biennal.

169. Il a fait observer qu'en matière d'organisation et de gestion de systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires, des réalisations significatives avaient été obtenues, à savoir un appui technique aux pays pour l'évaluation ou la réforme de leurs politiques nationales de santé; l'élaboration de plans nationaux de santé; l'évaluation des capacités opérationnelles des systèmes de santé de district; et des recherches sur les systèmes de santé. Ces activités ont été exécutées par l'OMS seule ou en collaboration avec des partenaires pour le développement comme le Programme des Nations Unies pour le Développement, la Banque africaine de Développement et la Banque mondiale. Des guides et autres instruments de planification ou d'évaluation ont été établis et les résultats des recherches sur les systèmes de santé ont été largement diffusés.

170. Dans le domaine des ressources humaines pour la santé, le Bureau Régional a apporté un soutien direct, sous la forme de ressources financières et humaines, à six institutions de formation et un appui technique a été fourni sur demande à des établissements d'enseignement médical. Une analyse de la situation du développement des ressources humaines pour la santé dans la Région a également été faite.

171. Une enquête sur l'enseignement infirmier a été conduite dans la Région. Les soins infirmiers font l'objet d'activités intensifiées en coopération avec les centres collaborateurs.

172. Trois consultations interpays sur le développement des ressources humaines pour la santé ont abouti à l'élaboration de la Stratégie régionale de développement des ressources humaines pour la santé en Afrique.

173. Le Bureau régional a accordé plus de 300 bourses pour la formation de personnels nationaux dans différents domaines prioritaires désignés par les Etats Membres; 90 % de ces activités de formation ont eu lieu en Afrique, et 30 % des bénéficiaires de ces bourses de l'OMS étaient des femmes.

174. Parmi les progrès réalisés dans le domaine des médicaments essentiels, il faut citer la création d'un réseau des autorités nationales de réglementation pharmaceutique, la revitalisation de l'Initiative de Bamako, et un soutien aux pays pour la formulation de politiques pharmaceutiques nationales.

175. Deux réunions interpays ont été organisées pour sensibiliser les autorités concernées aux problèmes d'assurance de la qualité. Un atelier interpays a été consacré à la mise en place, à la coordination et à l'assurance de la qualité des services de laboratoire en Afrique francophone. Par ailleurs, deux ateliers interpays ont eu lieu sur le rôle de la médecine traditionnelle.

176. Le Dr Sambo a conclu en indiquant que plusieurs documents ont été établis ou sont en préparation sur les médicaments essentiels, les politiques sur la technologie des soins de santé, l'assurance de la qualité et les plantes médicinales.

177. Les délégués se sont dit satisfaits du rôle joué par l'OMS en ce qui concerne le développement des ressources humaines pour la santé, en particulier la santé publique. Ils ont cependant estimé que les pays devraient mieux utiliser leurs personnels de santé qualifiés.

178. Une bonne planification, une formation adéquate et une bonne répartition des ressources humaines pour la santé sont indispensables si l'on veut assurer partout des services de santé de qualité. De même, il est important de bien motiver les personnels et d'offrir des plans de carrière satisfaisants pour pouvoir retenir le personnel qualifié dans les formations publiques.

179. Certains délégués ont proposé que l'OMS appuie la création d'un corps de volontaires de la santé afin d'améliorer l'accès aux services de santé dans les zones mal desservies. Elle devra encourager l'utilisation de la télématique en santé, notamment la télémédecine et le télé-enseignement. C'est là une autre stratégie pour mettre des services de santé de qualité à la disposition des populations de ces zones.

180. De l'avis de nombreux délégués, il faut accorder davantage d'attention au renforcement des laboratoires à l'appui des soins de santé primaires et des activités de surveillance épidémiologique.

181. Les membres ont estimé qu'en raison de l'importance de la médecine traditionnelle dans une grande partie de la Région, il devenait de plus en plus important que l'OMS élabore dans ce domaine une stratégie claire et exhaustive.

182. En réponse, le Dr Sambo, Directeur du Développement des Services de Santé, a fait observer que la notion de travailleur volontaire n'était pas nouvelle puisqu'il existait des agents de santé communautaires qui bénéficiaient d'un encadrement de la part des postes de santé périphériques dans les zones mal desservies. Néanmoins, il faut améliorer la qualité des soins et la motivation du personnel à ce niveau.

183. Il a rappelé au Comité que le PNUD faisait appel à des volontaires des Nations Unies en cas de manque de ressources humaines; cette formule peut constituer une solution.

184. Concernant les différentes alternatives pour améliorer l'accès aux soins de santé, par exemple les services mobiles, il a attiré l'attention des délégués sur certaines contraintes, notamment financières, qu'il faudrait prendre en compte.

185. Quant à la question du personnel dans les zones touchées par la guerre, il a informé les délégués que des missions seraient entreprises dans les pays concernés en vue d'élaborer des stratégies adaptées.

### **Coordination extérieure et Promotion du Programme**

186. Le Dr N. Nhiwatiwa, Directeur de la Division de la Coordination extérieure et de la Promotion du Programme, a présenté cette section du rapport biennal.

187. Elle a indiqué que des améliorations sensibles avaient été apportées à la préparation et à l'expédition des documents d'information destinés aux représentants des Etats Membres qui assistent aux sessions du Conseil exécutif, de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Comité régional. Les documents ont été expédiés bien à l'avance et la plupart des Représentants de l'OMS ont organisé des ateliers à l'intention des délégués devant participer à ces sessions.
188. Les efforts fournis pour réduire l'ordre du jour et la longueur des documents ont été poursuivis. Un certain nombre de Représentants de l'OMS ont participé aux réunions des Organes directeurs afin de mieux se familiariser avec le fonctionnement de l'ensemble du système.
189. Le mandat du Sous-comité du Programme a été élargi aux questions politiques et gestionnaires.
190. L'Unité de l'Education sanitaire et de la Promotion de la Santé a fourni un appui technique aux pays pour leur permettre de planifier et de mettre en oeuvre des activités intégrées d'éducation sanitaire dans le cadre de leurs programmes de lutte contre la maladie et de promotion de la santé. Un réseau d'établissements assurant la promotion de la santé a été créé avec la participation de 15 Etats Membres, et un réseau d'établissements scolaires assurant la promotion de la santé a été mis en place en Afrique orientale et australe.
191. Soixante écoles au Botswana, au Mozambique, en Zambie, au Zimbabwe et en Ouganda participent au projet d'établissements scolaires assurant la promotion de la santé qui est exécuté avec l'appui financier de la NORAD. Grâce à ce projet, 21 000 exemplaires du dossier d'information sanitaire ont été produits en anglais, en français et en portugais.
192. Les pays ont bénéficié d'un soutien accru pour renforcer les programmes de lutte contre le tabagisme. Plusieurs pays ont interdit l'usage du tabac dans les bâtiments officiels et les organismes semi-publics.
193. Le Dr Nhiwatiwa a noté que pendant la période considérée, une stratégie régionale d'information, d'éducation et de communication pour la promotion de la santé dans les communautés africaines avait été élaborée et adoptée. La promotion et la distribution de documents d'information et d'éducation pour la santé ont sensiblement augmenté.
194. Un dossier d'information sanitaire sur les *moyens de faire face aux maladies courantes* a été préparé et publié en anglais, en français et en portugais. Cette publication a été distribuée à tous les Etats Membres dont beaucoup l'ont adaptée à leurs besoins et fait traduire dans les langues locales.
195. Un site Internet a été ouvert afin de faciliter la diffusion d'informations sur la santé et de mieux faire connaître l'action du Bureau régional.
196. Des bibliographies et des photocopies ont été communiquées gratuitement aux chercheurs des pays les plus démunis et une aide a été fournie à plusieurs pays pour l'évaluation de leurs services de littérature sanitaire. Avec l'appui de la NORAD, la mise en place de l'Index Medicus africain - base de données sur la littérature sanitaire produite dans la Région - a sensiblement progressé. Le document relatif à ce projet a été traduit en français de manière à encourager la participation des pays francophones et un atelier de formation a été organisé au Mali.

197. En collaboration avec le Siège de l'OMS, un projet appelé "Bibliothèque bleue" a été mis en place afin de fournir des documents et des informations essentiels aux agents de santé au niveau du district.

198. L'Unité des Services de Publications et de Langues a continué de fournir des documents statutaires dans les trois langues officielles et d'assurer des services d'interprétation pour les réunions organisées dans la Région.

199. En conclusion, le Dr Nhiwatiwa a dit que ces initiatives avaient permis à davantage de personnes d'avoir accès aux informations sanitaires. Elles ont en outre accru l'intérêt des médias nationaux et internationaux pour les informations concernant la santé en Afrique et abouti à une augmentation de la demande du grand public pour des documents d'information et d'éducation sanitaires.

200. Certains pays ont relevé que le rapport biennal n'insistait pas suffisamment sur la nécessité de lutter contre le tabagisme. Il a été fait état de la nécessité d'étendre les mesures anti-tabac à l'ensemble du système des Nations Unies. En outre, la nécessité de se préoccuper des effets cardio-vasculaires du tabagisme a été également soulignée.

201. Les délégués ont insisté sur le rôle de l'information et de l'éducation dans la lutte contre la maladie. Il a été recommandé de nommer des agents d'information sanitaire dans les représentations de l'OMS qui n'en sont pas encore dotées.

202. Il a été demandé à l'OMS de rendre disponibles les matériels d'information et d'éducation en langue portugaise.

203. Réagissant aux interventions au sujet du tabac, le Directeur général a informé le Comité que le nouveau cadre conceptuel de l'OMS sur le tabac en est au stade de la finalisation. Il mettra l'accent sur la promotion de modes de vie appropriées.

204. Les pays seront aidés à mettre au point des instruments politiques et juridiques adaptés à la lutte contre la consommation de tabac.

### **Services administratifs et financiers**

205. M. K. Adikpeto, Directeur de l'Administration et des Finances par intérim, a présenté cette section du rapport biennal.

206. Il a fait remarquer qu'étant chargée d'assurer des services d'appui, cette Division avait été la plus touchée par la crise survenue à Brazzaville en 1997. Ces événements ont freiné la modernisation de l'appui administratif et financier au processus gestionnaire de l'OMS. Toutefois, l'informatisation des différentes unités de la Division a marqué des progrès importants et les télécommunications ont été considérablement améliorées.

207. La période comprise entre juillet et décembre 1997 a été essentiellement consacrée au transfert du Bureau régional, d'abord au Siège de l'OMS à Genève, puis à Harare, afin de permettre au Bureau régional de poursuivre sa coopération technique avec les Etats Membres. Les enseignements tirés de l'expérience de Brazzaville ont été très utiles pour l'effort de réinstallation temporaire, toujours en cours.

208. M. Adikpeto a noté que le Directeur général et le Directeur régional mettaient de plus en plus l'accent sur l'unicité de l'Organisation. Cette unicité, qui doit se traduire par une interprétation

commune et l'application uniforme des règlements et des statuts de l'OMS, ne sera effective que si les employeurs et les employés de l'Organisation conjuguent leurs efforts..

209. En conclusion, M. Adikpeto a invité les Etats Membres à coopérer plus étroitement avec le Secrétariat pour que soit mieux respectées les règles comptables de l'OMS relatives aux rapports d'activités et aux documents sur certaines dépenses.

210. Les questions soulevées dans cette section du rapport ont été traitées dans les réponses données par le Directeur général et le Directeur régional, en particulier au sujet du déplacement du Bureau régional, des communications et du budget programme.

211. A la fin du débat sur le rapport du Directeur régional, le Président a invité les représentants de l'UNICEF et de l'ONUSIDA à délivrer leurs messages au Comité régional.

## **UNICEF**

212. Le Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique centrale et occidentale, Mme T. Skard, a remercié l'OMS de l'avoir invitée à assister à la réunion et à s'adresser au Comité régional.

213. Elle a rappelé les choix stratégiques de l'UNICEF qui concernent notamment :

- l'Initiative de Bamako qui a permis d'améliorer l'état de santé des femmes et des enfants ainsi que de renforcer les districts sanitaires;
- la consolidation du programme élargi de vaccination qui est devenue une nécessité;
- la lutte contre le VIH/SIDA, l'UNICEF accordant une importance particulière à la réduction de la transmission verticale et aux changements comportementaux chez les jeunes.

En ce qui concerne l'Initiative de Bamako, elle a souligné la nécessité de la revoir en ayant à l'esprit l'amélioration de la qualité des soins et de la participation des communautés, en particulier des femmes.

214. Elle s'est félicitée de la collaboration entre l'OMS et l'UNICEF en particulier pour l'éradication de la poliomyélite et la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.

215. L'UNICEF appuiera l'Initiative "Faire reculer le paludisme" notamment par la promotion de l'emploi de moustiquaires imprégnées d'insecticides, le traitement précoce des cas ainsi que la chimioprophylaxie chez les femmes enceintes.

216. Mme Skard a conclu que la clarification apportée par le Dr Gro Harlem Brundtland sur le rôle de l'OMS dans l'orientation des activités de santé était la bienvenue et que l'UNICEF en tirerait le plus grand profit en tant qu'agence de terrain.

## **ONUSIDA**

217. Dans son allocution, le Directeur exécutif d'ONUSIDA, le Dr Peter Piot, a remercié le Directeur régional de l'avoir invité à la réunion.

218. Il a insisté sur l'importance de la prévention en désignant des secteurs d'intervention efficace : cibler les jeunes non seulement en tant que groupe vulnérable mais également en tant qu'acteurs du changement; interrompre la transmission verticale et élargir la gamme des options qui s'offrent aux femmes d'éviter la transmission, en abaissant le prix du préservatif féminin, par exemple.

219. Le Dr Piot a souligné l'importance de la volonté politique, de la collaboration multisectorielle et de l'esprit d'ouverture en vue de faire échec à la stigmatisation.

220. Le rôle de la société civile et des organisations religieuses et féminines dans l'amélioration des soins aux personnes touchées par le SIDA a été souligné. En fait, c'est un effort de la société tout entière qui est requis.

221. Le Dr Piot a assuré le Bureau régional qu'un soutien serait apporté à leurs initiatives en matière de lutte contre le SIDA. Il a informé le Comité que, hormis les co-parrains traditionnels d'ONUSIDA, d'autres institutions onusiennes telles que l'OIT et la FAO prennent également part à la lutte menée contre le SIDA.

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

222. Le Dr N. Nhiwatiwa, du Secrétariat, a présenté les documents AFR/RC48/4, AFR/RC48/5 et AFR/RC48/6. Elle a invité le Comité régional à examiner les stratégies proposées pour la mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par la Cinquante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé et la cent-troisième session du Conseil exécutif, les implications des ordres du jour de ces sessions pour la Région, la méthode de travail et la durée de l'Assemblée mondiale de la Santé, et à donner des directives sur ces questions.

### **Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif (document AFR/RC48/5)**

223. Le document AFR/RC48/4 énumère 14 résolutions adoptées par la Cinquante-deuxième Assemblée mondiale de la Santé et la cent-troisième session du Conseil exécutif sur diverses questions d'intérêt régional. On peut citer à cet égard : la politique de la santé pour tous pour le XXI<sup>e</sup> siècle; la promotion de la santé; la tuberculose; l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique; les maladies émergentes et autres maladies transmissibles; la lutte contre les maladies non transmissibles; et l'examen de la Constitution et des arrangements régionaux de l'Organisation mondiale de la Santé. Le document définit les modalités de mise en oeuvre de ces résolutions et propose au Comité régional les mesures à prendre à cet effet. Le Comité a examiné les stratégies proposées et donné des orientations pour la mise en oeuvre de ces résolutions d'intérêt régional.

### **Ordres du jour de la cent-troisième session du Conseil exécutif et de la Cinquante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé : Implications régionales (document AFR/RC48/5)**

224. Le Comité a été informé que l'Assemblée mondiale de la Santé avait décidé, par sa résolution WHA33.17, de faire en sorte que les fonctions de direction, de coordination et de coopération de l'Organisation s'appuient mutuellement et que les activités de l'Organisation à tous les niveaux soient étroitement reliées entre elles. L'ordre du jour de la quarante-huitième session du Comité régional a donc été élaboré de manière à s'harmoniser autant que possible avec ceux du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé. Le Comité régional a noté les concordances entre les ordres du jour de la cent-troisième session du Conseil exécutif, de la Cinquante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé et de la quarante-huitième session du Comité régional, telles qu'elles se dégagent du document AFR/RC48/5.

**Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé** (document AFR/RC48/6)

225. Le Comité régional a été informé que ce document avait pour but de faciliter les travaux de la Cinquante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé, conformément au document EB99/36 et aux résolutions EB99.28 et WHA50.18 relatifs à la méthode de travail et à la durée de l'Assemblée mondiale de la Santé. Le Comité a également été informé que la Région africaine désignera un candidat au poste de Président de l'Assemblée mondiale de la Santé en l'an 2000. Par ailleurs, le mandat de l'Angola, du Bénin, du Botswana et du Burkina Faso au Conseil exécutif expirera à la fin de la Cinquante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé. Ces pays seront remplacés par le Tchad, les Comores, la République du Congo et la Côte d'Ivoire, qui ont été priés de confirmer leur disponibilité et de soumettre les noms des personnes désignées au moins six semaines avant la Cinquante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé.

**RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME** (document AFR/RC48/7)

226. Dans sa présentation du rapport du Sous-Comité du Programme, le Dr C. Orjioko (Nigéria), Président, a rappelé qu'à sa dernière session, le Comité régional avait décidé que le Sous-Comité du Programme devait se réunir plus souvent et plus tôt que les années précédentes. En conséquence, le Sous-Comité s'est réuni à Harare, siège temporaire du Bureau régional, du 22 au 26 juin 1998. Dix de ses douze membres étaient présents. De plus deux membres du Conseil exécutif originaires de la Région, qui étaient invités, ont assisté à la session conformément à une suggestion antérieure du Conseil exécutif.

227. Le Dr Orjioko a indiqué que le Sous-Comité avait examiné sept grands points de l'ordre du jour ainsi que la documentation correspondante. L'un de ces points était le Projet de Budget Programme pour l'exercice 2000-2001. Il a expliqué que le Sous-Comité du Programme avait examiné attentivement les documents et formulé des suggestions et des observations pertinentes qui devraient les rendre plus complets et en améliorer la qualité.

**Projet de budget programme 2000-2001** (document AFR/RC48/2)

228. Le Dr C. Orjioko, Président du Sous-Comité du Programme, a présenté la partie du rapport concernant le Projet de Budget Programme 2000-2001. Il a insisté sur les aspects suivants du document :

- le budget programme couvre le dernier cycle budgétaire du Neuvième Programme général de Travail de l'OMS et le premier du XXI<sup>e</sup> siècle;
- le budget ordinaire est au même niveau que lors de l'exercice précédent, soit un total de US \$157 413 000;
- le Conseil exécutif et l'Assemblée de la Santé sont convenus d'allouer à la Région africaine une part plus importante du budget ordinaire, cette augmentation étant étalée sur trois exercices;
- le montant des ressources extrabudgétaires n'a pu être déterminé à l'avance, mais il a sensiblement augmenté au cours de ces trois dernières années;
- il est rappelé dans le document que le Comité régional avait décidé qu'au moins 50 % des budgets des pays devraient être alloués aux activités au niveau des districts;

- des bases de données fiables d'information pour la gestion devraient être établies dans les pays pour l'ensemble du système de santé;
- la recommandation du Sous-Comité demandant que soient augmentés les crédits alloués aux programmes de lutte contre la maladie en raison de l'ampleur des problèmes des mesures qu'ils requièrent;
- là où cela est nécessaire, il faudrait prévoir d'autres stratégies d'informatisation afin d'améliorer les services de personnel et d'accroître l'efficacité du fonctionnement du Bureau régional.

229. Le Président a indiqué que la procédure d'affectation du budget aux pays ainsi qu'au Bureau régional avait été entièrement expliquée par le Secrétariat et approuvée par le Sous-Comité du Programme. Enfin, il a dit qu'un projet de résolution avait été préparé pour examen et adoption par le Comité régional.

230. Le Comité régional a félicité le Secrétariat pour un document bien préparé. Toutefois, il a été suggéré qu'à l'avenir il serait utile d'harmoniser les cibles fixées pour les pays et pour le Bureau régional, afin de faciliter la comparabilité.

231. Le manque de moyens humains, de même que la faiblesse des pays en matière de contrôle de la qualité des médicaments, ont figuré parmi les contraintes majeures. Il est urgent que chaque pays se dote d'un laboratoire d'analyse des produits alimentaires qui surveille la qualité des denrées importées ainsi que de la production locale. La qualité de l'eau devrait également être contrôlée, particulièrement lorsque des cours d'eau traversent plusieurs pays.

232. On a fait observer que le financement des soins de santé primaires ne doit ni affaiblir ni contrarier les soins secondaires ou tertiaires, et qu'il importe de renforcer les systèmes d'information sanitaire.

233. Le Secrétariat a expliqué qu'il s'agit du premier budget qui se conforme aux directives des Organes directeurs. La disparité apparente entre les cibles assignées à l'OMS et aux pays tient à ce que seules les cibles OMS ont été soulignées. Dans certains cas, il se peut que les deux types de cibles se chevauchent.

234. En ce qui concerne l'augmentation budgétaire approuvée par l'Assemblée mondiale de la Santé, le Directeur régional a expliqué que le Directeur général avait alloué US \$19 millions à la Région africaine, dont la totalité doit aller aux priorités des pays. On élabore actuellement les modalités de répartition de cette somme.

235. Le Comité a pris note du contenu du rapport.

236. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC48/R1.

### **Surveillance intégrée de la maladie en Afrique : stratégie régionale 1999-2003** (document AFR/RC48/8)

237. Lorsqu'il a présenté la section du rapport relative à la surveillance intégrée de la maladie en Afrique : stratégie régionale 1999-2003, le Dr M. Niang (Sénégal), a dit qu'il était établi que la surveillance épidémiologique est un élément important des programmes de prévention et de lutte contre

la maladie. Elle permet en particulier de déterminer les tendances de la morbidité, de dépister à temps les flambées épidémiques et d'évaluer l'impact des mesures prises pour prévenir et combattre les maladies.

238. Le Dr Niang a fait observer que la surveillance épidémiologique et les services de laboratoire qui en sont un élément constituaient l'un des points faibles des activités de prévention et de lutte. Chaque programme de lutte contre une maladie déterminée a généralement son propre système de surveillance, de sorte qu'il est difficile d'harmoniser les instruments de collecte des données et d'utiliser rationnellement les maigres ressources disponibles.

239. Il a fait remarquer que ces observations avaient été confirmées lors des visites qui ont été faites en Afrique occidentale et centrale et dans la région des grands lacs pour évaluer les systèmes nationaux de surveillance et les capacités de préparation et de riposte aux épidémies. C'est pour cette raison qu'a été préparé le document stratégique sur la surveillance intégrée de la maladie.

240. Le Dr Niang a indiqué que le Sous-Comité du Programme avait longuement examiné le contenu technique et programmatique du document et félicité le Secrétariat de l'initiative qu'il a prise. Le Sous-Comité a insisté en particulier sur les points clés suivants :

- établissement d'une liste des maladies et syndromes prioritaires;
- participation des laboratoires à la confirmation des épidémies;
- surveillance de la résistance aux anti-microbiens;
- gestion des données de la surveillance;
- mise en place d'un réseau de communication efficace.

241. Le Sous-Comité du Programme a examiné en particulier le rôle des districts qui est décisif pour le succès de la stratégie. Le fonctionnement du système de surveillance intégrée pourrait être l'un des indicateurs d'évaluation de la capacité opérationnelle des systèmes de santé de district. Le Sous-Comité a reconnu par ailleurs que la surveillance épidémiologique coûte cher et que des efforts devraient être faits pour mobiliser les ressources humaines, financières et matérielles nécessaires à sa mise en oeuvre à différents niveaux.

242. Il a été pris note de l'augmentation de l'incidence des maladies non transmissibles comme les maladies cardio-vasculaires et le diabète. Il a été recommandé qu'une stratégie régionale sur les maladies non transmissibles soit élaborée et soumise à la cinquantième session du Comité régional.

243. En conclusion, le Dr Niang a dit que le Sous-Comité du Programme avait insisté sur la nécessité d'utiliser des définitions de cas standardisés au niveau de la communauté et des centres de santé. Le rôle crucial des laboratoires et des systèmes de communication efficaces a également été souligné.

244. Le Comité régional est convenu que la surveillance est essentielle pour le choix des priorités, la planification, la détection précoce des épidémies et l'évaluation des programmes d'intervention. Il a reconnu que les systèmes actuels de surveillance dans les Etats Membres comportent des faiblesses. Plutôt que d'étendre d'emblée la stratégie à l'échelle nationale, le Comité a recommandé que sa mise en oeuvre soit progressive.

245. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC48/R2.

**Santé bucco-dentaire dans la Région africaine : stratégie régionale** (document AFR/RC48/9)

246. La section du rapport sur la santé bucco-dentaire dans la Région africaine : stratégie régionale a été présentée par le Dr H. Maoude (Niger). Il a indiqué que cette stratégie était destinée à renforcer les capacités des pays en matière d'identification des priorités dans le domaine de la santé bucco-dentaire et de planification de programmes viables notamment au niveau du district. Il a expliqué que, dans le passé, les programmes de santé bucco-dentaire n'étaient pas basés sur les priorités épidémiologiques et ne disposaient pas de stratégies fiables et appropriées.

247. La nouvelle approche importante proposée pour la Région consiste à mettre l'accent sur les problèmes de santé bucco-dentaire les plus graves auxquels les populations sont confrontées, à savoir la stomatite gangréneuse, le cancer de la bouche et les complications bucco-dentaires de l'infection à VIH et/ou du SIDA. Il a souligné que le point le plus fort de l'orientation stratégique du document est le fait qu'il fournit aux agents de santé bucco-dentaire de terrain des directives sur la façon d'adapter de manière spécifique leurs stratégies et leurs interventions aux besoins de leurs communautés.

248. Le Dr Maoude a constaté que la santé bucco-dentaire avait été négligée dans les pays africains et qu'il y avait lieu de développer le plaidoyer et d'accroître résolument le budget alloué à ce programme. Il a souligné la nécessité de mettre l'accent sur les services de santé bucco-dentaire préventifs et d'intégrer la santé bucco-dentaire dans tous les programmes de soins de santé primaires et dans les cycles d'enseignement des institutions de formation.

249. Il faut former le personnel nécessaire pour travailler au niveau du district et faire en sorte que la technologie appropriée soit également disponible à ce niveau. Le Dr Maoude a enfin ajouté que le Sous-Comité du Programme a recommandé à l'OMS et aux Etats Membres de définir des cibles à moyen terme pour la surveillance et l'évaluation.

250. Le Comité régional a été informé que la gingivite ulcéreuse nécrosante aiguë est un grave problème de santé au Niger mais que ce pays applique une stratégie novatrice pour combattre cette infection. Il a été proposé qu'une mission comprenant des Représentants de l'OMS et d'autres partenaires se rende au Niger pour tirer des enseignements sur les moyens de combattre ce problème.

251. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC48/R5.

**Stratégie régionale de développement des ressources humaines pour la santé**  
(document AFR/RC48/10)

252. Le Dr A. Manguela (Mozambique) a présenté la partie du rapport consacrée à la stratégie régionale de développement des ressources humaines pour la santé. Il a déclaré qu'en dépit des espoirs et de la vision commune de la santé pour tous à travers l'approche des soins de santé primaires adoptée par les Etats Membres de la Région depuis la Conférence d'Alma-Ata, les réformes en cours dans le secteur de la santé et les initiatives prises dans ce domaine en Afrique n'ont pas toujours accordé au développement des ressources humaines le niveau de priorité qu'il mérite. En d'autres termes, il n'y a pas eu d'harmonisation entre les objectifs sanitaires nationaux et les plans nationaux de développement des ressources humaines pour la Santé.

253. Il y a deux explications principales à cette situation, à savoir :

- une perception insuffisante par les responsables politiques et sanitaires de l'importance des ressources humaines pour la réalisation des objectifs sanitaires nationaux; et

- la persistance d'un modèle médical dominant dans le domaine de la santé qui influe dans une large mesure sur les politiques sanitaires et le développement des ressources humaines pour la santé.

254. Le Sous-Comité du Programme a confirmé l'importance :

- i) du développement des ressources humaines pour la santé en cohérence avec les politiques et plans nationaux de développement sanitaire;
- ii) de l'utilisation optimale et du maintien du personnel de santé dans le secteur public.

255. Il est possible d'y parvenir en renforçant la capacité institutionnelle des Etats Membres pour :

- i) apporter des changements à l'enseignement de la médecine et la pratique médicale moyennant une réforme coordonnée de la formation des professionnels de santé;
- ii) garantir à tous un accès équitable à des services et soins de santé de qualité dispensés par un personnel qualifié et motivé.

256. Le Comité a adopté la résolution AFR/RC48/R3.

**Plan stratégique de promotion de la recherche en santé dans la Région africaine, 1999-2003** (document AFR/RC48/11)

257. Lors de la présentation de la partie du rapport relative au plan stratégique de promotion de la recherche en santé pour la Région africaine, 1999-2003, le Dr L. Makubalo (Afrique du Sud) a déclaré que les gestionnaires de la santé et les décideurs avaient besoin d'informations factuelles pour orienter la prise de décisions; de telles informations doivent provenir notamment de la recherche en santé. Les pays devraient utiliser la recherche pour promouvoir les connaissances, orienter les politiques, renforcer l'action de santé et développer au maximum l'utilisation des ressources limitées afin de promouvoir la santé. Malheureusement, la recherche ne s'est pas vu accorder la priorité qu'elle méritait dans la Région.

258. Conscient de l'importance de la recherche en santé, le Comité régional, à sa quarante-septième session, a prié le Bureau régional de "formuler et diffuser une stratégie régionale permettant de renforcer les capacités nationales de recherche sur les systèmes de santé". C'est pour donner suite à cette demande qu'a été élaboré le plan stratégique de promotion de la recherche en santé.

259. Les grands axes du plan sont une action de plaidoyer, la mise en place de capacités nationales, le renforcement des mécanismes et processus d'appui à la recherche, le travail en réseau au niveau régional, le renforcement du Bureau régional et la mobilisation des ressources.

260. Le Sous-Comité du Programme avait confirmé l'importance des questions soulevées dans le document et formulé des observations et des suggestions pour en accroître encore la valeur. Parmi les principales suggestions et observations qui ont été formulées, on citera : la nécessité de rapprocher les chercheurs et les décideurs, de démystifier la recherche, de mieux faire connaître le rôle de la recherche dans la prise de décisions, de recenser les priorités nationales de la recherche, de renforcer les capacités de recherche parmi les agents de santé à tous les niveaux et d'associer le secteur privé à la recherche.

261. Les délégués ont souligné à quel point la recherche est importante pour améliorer la qualité des prestations de santé mais ils ont reconnu qu'elle constituait un maillon faible du système de santé. Ils ont insisté sur le fait que les laboratoires devraient être bien équipés et entretenus pour pouvoir mener des recherches, ce qui suppose des investissements.

262. Le financement de la recherche en santé est un problème dans beaucoup de pays de la Région. En conséquence, les délégués ont estimé que le Bureau régional avait un rôle important à jouer dans la mobilisation des ressources nécessaires.

263. Compte tenu de l'importance de la recherche en santé et des moyens financiers qu'elle nécessite, il a été proposé d'organiser une consultation régionale sur le sujet.

264. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC48/R4.

#### **Fonction de l'OMS : Article 2 de la Constitution** (document AFR/RC48/16)

265. Dans sa présentation de la section du rapport traitant des fonctions de l'OMS : Article 2 de la Constitution, le Dr Shongwe (Swaziland) a indiqué que les fonctions révisées avaient été adressées aux comités régionaux pour observations et amendements, le cas échéant, dans le cadre de vastes consultations sur cet important sujet. Il a expliqué que le regroupement des fonctions en cinq grands secteurs et la définition des activités dont l'Organisation devrait s'acquitter au titre de chaque fonction sont considérés comme une présentation plus satisfaisante de la physionomie de l'Organisation.

266. Le Comité régional a pris note du contenu de cette section du rapport du Sous-Comité du Programme.

#### **Mandat, qualifications et sélection du Directeur régional** (document AFR/RC48/17)

267. Dans ses observations liminaires, le Dr C. Orjioko (Nigéria) a précisé que le Sous-Comité avait noté que le document avait pour but d'aider le Comité régional à mettre en oeuvre les recommandations du Groupe spécial du Conseil exécutif créé en 1989 pour examiner la Constitution de l'OMS ainsi que celles du groupe de travail régional mis sur pied pour examiner la question.

268. Il a été décidé qu'un processus formel, objectif et transparent devait être mis en place pour la sélection des Directeurs régionaux, comme cela était le cas depuis peu pour le Directeur général.

269. Le Sous-Comité a noté que la proposition du Secrétariat avait dûment tenu compte de la nouvelle méthode utilisée pour la sélection du Directeur général ainsi que de la procédure que la Région européenne s'efforçait actuellement de formaliser.

270. Après avoir soigneusement examiné le document, le Sous-Comité a formulé les recommandations suivantes pour les soumettre à l'examen du Comité régional :

- i) le mandat du Directeur régional est de cinq ans, *renouvelable une fois*, mais cette règle ne s'applique pas au Directeur régional en poste;
- ii) les six critères (qualifications) énoncés dans le document AFR/RC48/17 seront appliqués objectivement pour évaluer les candidats au poste de Directeur régional;

- iii) la procédure de sélection (principes directeurs, mandat et composition du Groupe de prospection régional) proposée dans le document devrait être adoptée, compte tenu des amendements proposés par le Sous-Comité;
- iv) le Comité régional créera le premier Comité de prospection régional avant la fin de sa présente session pour que ce dernier ait le temps de recevoir des candidatures, d'évaluer les candidats et de donner à leur sujet des informations objectives qui aideront le Comité régional à choisir à sa quarante-neuvième session le candidat le mieux à même de remplir les fonctions de Directeur régional.

271. La partie du rapport du Sous-Comité du Programme relative à cette question a été examinée de façon exhaustive avec l'aide du Conseiller juridique de l'OMS, M. T. S. R. Topping.

272. Le Comité régional a pris note de la recommandation du Sous-Comité du Programme tendant à ce que le mandat du Directeur régional soit de cinq ans, renouvelable une fois, mais que cette règle ne s'applique pas au Directeur régional en poste.

273. Le Comité a approuvé les critères (qualifications) énoncés dans le document AFR/RC48/17; ils seront donc ultérieurement appliqués pour évaluer les candidats au poste de Directeur régional. Les critères sont les suivants : une parfaite connaissance et une sincère adhésion à la mission de l'OMS, des qualités reconnues de chef, l'aptitude reconnue à la gestion, les qualifications professionnelles et les compétences techniques, la sensibilité aux différences culturelles, sociales, politiques et autres et, enfin, l'aptitude médicale.

274. Les principes directeurs énoncés pour la sélection d'un candidat ont été approuvés tels que proposés, sauf en ce qui concerne le paragraphe iv) alinéa d), qui a été modifié comme suit : la phrase "le Groupe de prospection régional (GPR) est l'organe d'évaluation des candidats" est remplacée par "il est constitué un Comité de prospection régional".

275. Le mandat du Comité de prospection régional tel qu'approuvé par le Comité régional est le suivant :

- a) entamer le dialogue avec les Etats Membres et les inciter à soumettre des candidatures;
- b) avoir un entretien avec les candidats, évaluer leurs déclarations écrites ainsi que leurs conceptions et intentions en ce qui concerne les fonctions de Directeur régional;
- c) prendre en considération les avis éventuellement exprimés par le Directeur général sur les candidats lorsque les candidatures sont transmises au Comité de prospection régional;
- d) porter une appréciation sur tous les candidats et en faire rapport aux Etats Membres.

276. Le texte traitant de la composition du Comité de prospection régional, tel que proposé au paragraphe 15 du document, a été approuvé par le Comité, sous réserve des modifications suivantes : remplacer *experts en santé publique*, aux lignes 4 et 5 du paragraphe, par *délégués*; et supprimer la dernière phrase du paragraphe (c'est-à-dire : tout membre du Groupe de prospection régional venant d'un pays qui présente un candidat au poste de Directeur régional est remplacé par son suppléant).

277. En ce qui concerne les paragraphes 16 à 20 qui décrivent les *travaux du Groupe de prospection régional*, les modifications suivantes ont été apportées :

- au paragraphe 16, remplacer *deux mois* par *douze semaines*;
- au paragraphe 17, remplacer *doivent être* par *sont* et supprimer *ou identifié par le Groupe de prospection régional*;
- au paragraphe 18, remplacer *un mois* par *huit semaines*;
- reformuler le paragraphe 19 de la manière suivante : Le Président du Comité de prospection régional adresse, sous pli confidentiel, à chaque Etat Membre, par l'intermédiaire du Directeur général, le rapport du Comité sur l'évaluation de tous les candidats qui remplissent les critères établis;
- le paragraphe 20 a été supprimé.

278. Après que le texte traitant de la composition du Comité de prospection régional ait été approuvé dans les conditions exposées ci-dessus, le Sous-Comité du Programme a été mandaté pour formuler une proposition de composition du Comité de prospection. Tenant compte de l'ordre alphabétique anglais des pays ainsi que de la nécessité de garantir un équilibre linguistique et géographique, la composition suivante du Comité de prospection régional, proposée par le Sous-Comité du Programme, a été adoptée

#### ***Membres de droit***

- Premier Vice-Président du RC48 (Mauritanie), avec le Deuxième Vice-Président du RC48 (Mozambique) comme suppléant;
- Président du Sous-Comité du Programme pour le RC48 (Nigéria), avec le Vice-Président du Sous-Comité du Programme pour le RC48 (Sénégal) comme suppléant;
- Président des Discussions techniques du RC48 (Afrique du Sud), avec le Swaziland comme suppléant.

#### ***Autres membres et leurs suppléants***

1. Angola, avec le Cap-Vert comme suppléant;
2. Burkina Faso, avec le Tchad comme suppléant;
3. Burundi, avec le Cameroun comme suppléant;
4. Ethiopie, avec le Ghana comme suppléant.

279. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC48/R7.

#### **Mandat du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC48/12 Rév.1)**

280. Le Dr A. M. d'Almeida (Secrétariat) a présenté le document AFR/RC48/12 Rév.1. Il a rappelé au Comité régional qu'à sa quarante-septième session, celui-ci avait chargé le Secrétariat de présenter à la quarante-huitième session une proposition de mandat élargi du Sous-Comité du Programme. Le Dr d'Almeida a précisé que le document avait été préparé pour donner suite à cette demande.

281. Après un échange de vues, le projet de mandat a été adopté avec amendements.

### **DISCUSSIONS TECHNIQUES** (documents AFR/RC48/TD/1 et AFR/RC48/TD/2)

#### **Présentation du rapport des Discussions techniques** (document AFR/RC48/13)

282. Avant la présentation du rapport, le chef de la délégation sud-africaine a précisé que le Président des Discussions techniques ne faisait pas partie de la délégation de son pays, comme cela avait été indiqué à plusieurs reprises par le Président de la session du Comité régional. La Présidence s'est excusée des inconvénients qu'une telle indication a pu provoquer.

283. M. R. Ramaema, Président des Discussions techniques, a présenté le rapport des Discussions techniques au Comité régional. Le rapport contient des recommandations exhaustives adressées aux Etats Membres, à l'OMS et à leurs partenaires concernant différentes questions relatives à la salubrité de l'environnement.

284. Les délégués se sont déclarés très satisfaits de la qualité du rapport, et particulièrement de la pertinence des recommandations qui pourront constituer un excellent cadre pour traiter des problèmes de salubrité de l'environnement toujours plus préoccupants. Ils ont instamment demandé que les recommandations soient prises au sérieux par toutes les parties prenantes.

285. Toutefois, les délégués ont noté que le rapport ne traitait pas des questions relatives aux personnes âgées et handicapées. De nombreux pays ont échangé leurs expériences dans le domaine de la salubrité de l'environnement. D'une manière générale, la nécessité d'améliorer l'image des services/départements de salubrité de l'environnement au sein des Ministères de la Santé a été soulignée. Il a été demandé à l'OMS de dresser un répertoire des établissements de formation existant dans la Région ainsi que de leurs programmes aux différents niveaux.

286. Le Directeur régional a remercié les délégués de leurs observations et les a assurés que leurs demandes et recommandations seraient prises au sérieux. Il a conclu en informant le Comité que le Bureau régional était décidé à accorder une plus grande attention à la salubrité de l'environnement. A cette fin, une nouvelle unité de salubrité de l'environnement sera créée au Bureau régional et dotée d'un effectif suffisant.

#### **Choix du sujet des Discussions techniques en 1999** (document AFR/RC48/21)

287. Le Dr D. Barakamfitye (Secrétariat) a rappelé que le Comité a décidé de continuer à tenir des discussions techniques en marge de ses sessions. En conséquence, il a été proposé que les prochaines discussions techniques aient pour thème "**La lutte contre la maladie dans la Région africaine au XXI<sup>e</sup> siècle**"

288. Les membres ont demandé des précisions sur les sujets qui seront couverts. Après que le Secrétariat ait fourni les éclaircissements demandés, le Comité a approuvé le thème proposé.

#### **Nomination du Président et du Président suppléant des Discussions techniques pour 1999** (document AFR/RC48/22)

289. Le Dr Barakamfitye (Secrétariat) a donné les noms des personnes proposées pour occuper les postes de Président et de Président suppléant et soumis leur curriculum vitae à l'examen et à l'approbation du Comité.

290. Le Comité, après avoir examiné les curriculum vitae des candidats, a approuvé la nomination du Professeur P. Ndumbe (Cameroun) et du Professeur A. Kadio (Côte d'Ivoire) aux postes de Président et de Vice-Président des Discussions techniques pour 1999, respectivement.

### **DATES ET LIEUX DE LA QUARANTE-NEUVIEME ET DE LA CINQUANTIEME SESSIONS DU COMITE REGIONAL** (document AFR/RC48/14)

291. M. K. Adikpeto (Secrétariat) a présenté le document. Il a rappelé que, conformément à l'Article 4 du Règlement intérieur du Comité et à la Décision de procédure 10 de la quarante-septième session, la quarante-neuvième session du Comité régional se tiendra en Namibie. Il a ajouté que la cinquantième session se tiendrait au Bureau régional à Brazzaville, à moins que le Comité n'accepte une invitation à se tenir ailleurs.

292. La Namibie a confirmé qu'elle était prête à accueillir la quarante-neuvième session du Comité conformément à la décision prise. Le Burkina Faso a proposé d'accueillir la cinquantième session. Toutefois, le Congo a estimé que la cinquantième session devrait avoir lieu au Bureau régional à Brazzaville. Il a été rappelé que le Burkina Faso avait déjà manifesté son intention d'accueillir la cinquantième session lors de la quarante-septième session du Comité en 1997 et que cette proposition rencontrait une certaine adhésion.

293. A la lumière des informations fournies, il a été décidé que la Namibie accueillerait la quarante-neuvième session du Comité régional à Windhoek pendant la semaine commençant le 30 août 1999. La cinquantième session se tiendra au Bureau régional, à moins que le Bureau régional et le Burkina Faso ne parviennent à un accord contraire.

### **ADOPTION DU RAPPORT DU COMITE REGIONAL** (document AIR/RC48/15)

294. Le rapport de la quarante-huitième session du Comité régional a été adopté avec des amendements mineurs.

### **CLOTURE DE LA QUARANTE-HUITIEME SESSION DU COMITE REGIONAL**

#### **Remarques de clôture du Directeur régional**

295. Dans ses remarques de clôture, le Dr Ebrahim M. Samba, Directeur régional, a déclaré que la quarante-huitième session du Comité régional, qui était sur le point de s'achever, avait été enrichissante. Il a ajouté que les membres du personnel étaient encouragés par l'appréciation favorable portée sur leur travail par le Comité régional.

296. Il a déclaré que c'était un honneur, un privilège et un grand plaisir pour lui de pouvoir servir l'Afrique. Il a ajouté qu'il avait eu l'occasion de se rendre dans les pays de la Région pour voir, apprendre et partager des données d'expérience.

297. Il a rappelé que le continent africain n'était pas le seul à avoir des problèmes. Ce qui importe, c'est d'oeuvrer et de prier pour la paix afin que le continent puisse relever ces défis.

298. Il a terminé en transmettant au Comité les remerciements du Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'OMS, qui s'était déclarée très heureuse et très fière de l'hospitalité typiquement africaine qui lui avait été réservée.

**Motion de remerciements**

299. La motion de remerciements avait été présentée auparavant au nom des délégués par le Dr Fernande Djengbot, Ministre de la Santé de la République centrafricaine.

**Allocution du Président et clôture de la quarante-huitième session du Comité régional**

300. Le Président de la quarante-huitième session du Comité régional a noté que le Bureau régional connaissait des problèmes, tout comme le reste du continent. Il a invité le Comité régional à appuyer la remarque faite par le Directeur régional sur le dévouement du personnel du Bureau régional.

301. Il a remercié tous les délégués d'avoir, non seulement assisté aux travaux du Comité régional, mais aussi participé très activement et contribué de façon objective aux débats qui portaient parfois sur des questions épineuses.

302. Il a noté que le Directeur général de l'OMS était reparti avec une bonne impression, compte tenu du dévouement manifesté par ceux qui sont chargés du développement sanitaire dans la Région africaine. Il est cependant nécessaire, a-t-il ajouté, que les besoins futurs du continent en matière de développement soient au centre des préoccupations, non seulement des Africains, mais aussi du monde entier, compte tenu des injustices dont les peuples africains ont été victimes dans le passé.

303. Il a rappelé aux délégués que la quarante-neuvième session du Comité régional se tiendrait en Namibie, comme cela avait été décidé, et a déclaré close la quarante-huitième session du Comité régional de l'Afrique.



**TROISIEME PARTIE**

**ANNEXES**



**LIST OF PARTICIPANTS  
LISTE DES PARTICIPANTS  
LISTA DOS PARTICIPANTES**

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

**ALGERIA  
ALGÉRIE  
ARGÉLIA**

M. Mohamed Abbés  
Secrétaire général du Ministère de la Santé et de  
la Population  
Chef de Délégation

M. Abdelkader Guennar  
Directeur des Services de Santé

M. Smail Mesbah  
Directeur général de l'Institut national de Santé  
publique

**ANGOLA**

Dr Joaquim Saweka  
Director Nacional de Saúde Pública  
Chefe da Delegação

Dra Antonica F. R. da Costa Hembe  
Ministério da Saúde

Sra Adelaide P. S. Da Veiga  
Ministério da Saúde

**BENIN  
BENIM**

Dr (Mme) Marina Massougbdji  
Ministre de la Santé publique  
Chef de Délégation

Dr Antonin Jacques Hassan  
Directeur national de la Protection sanitaire

Dr Moussa Yarou  
Directeur de l'Hygiène et de l'Assainissement  
de Base

**BOTSWANA  
BOTSOUANA  
BOTSUANA**

Hon. Dr Chapson J. Butale  
Minister of Health  
Head of Delegation

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

Mrs Cynthia N. Pilane  
Principal, Institute of Health Sciences, Lobatse

Elisha Mouti  
Chief, Environmental Health Officer

**BURKINA FASO**

Dr Mathias Somé  
Secrétaire général de la Santé  
Chef de Délégation

Dr Arlette Sanou/Ira  
Conseiller technique du Ministre de la Santé

Dr Corneille Traoré  
Directeur des Etudes et de la Planification

M. Yaya Ganou  
Chef de Service, Hygiène publique

Mme A. Bogore/Ouedraogo  
Chef de Service financier/DAAF, Ministère de  
la Santé

**BURUNDI**

Dr Juma M. Kariburyo  
Ministre de la Santé publique  
Chef de Délégation

Dr Jean Rirangira  
Directeur général de la Santé publique

**CAMEROON  
CAMEROUN  
CAMARÕES**

Professeur Gottlieb Lobe Monekosso  
Ministre de la Santé publique  
Chef de Délégation

Dr Basile Kollo  
Directeur de la Santé communautaire

Dr Yaou Boubakari  
Chef de la Division de la Coopération

Dr Charles Chi Nkwate  
Sous-Directeur de l'Hygiène publique et  
de l'Assainissement

**CAPE VERDE  
CAP-VERT  
CABO-VERDE**

Dr João B. F. Medina  
Ministro da Saúde  
Chefe da Delegação

Dra Rosa M. Soares Silva  
Directora Geral de Saúde/MSPS

**CENTRAL AFRICAN REPUBLIC  
REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE  
REPÚBLICA CENTRAFRICANA**

Dr Jocelyne Fernande Djengbot  
Ministre de la Santé publique et de  
la Population  
Chef de Délégation

Dr Dimanche Nzilkoué  
Directeur général, Ministère de la Santé  
publique et de la Population

**CHAD  
TCHAD  
CHADE**

M. Kedella Younous Hamid Mamadi  
Ministre de la Santé publique  
Chef de Délégation

M. Nedjim Abdelkerim  
Directeur adjoint de la Santé publique

**COMOROS\*  
COMORES**

**CONGO (REPUBLIC OF)  
CONGO (REPUBLIQUE DU)  
CONGO (REPÚBLICA DO)**

M. Mamadou Kamara Dekamo  
Ministre de la Santé et de la Population  
Chef de Délégation

Dr Damase Bodzongo  
Directeur général de la Santé

Dr Paul Nzaba  
Conseiller sanitaire du Ministre de la Santé et  
de la Population

M. Julien Moumbeti  
Conseiller à la Communication du Ministre

**CÔTE D'IVOIRE**

Dr Pannan Souleymane Coulibaly  
Directeur de Cabinet du Ministre de la Santé  
publique  
Chef de Délégation

Dr Akpa Raphael Gbary  
Directeur de la Santé communautaire

Professeur Essiagne Daniel Sess  
Directeur du Centre ivoirien Antipollution

Dr Mamadou Kone  
Chargé d'Etudes au Bureau du Ministre de la  
Santé publique

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

**DEMOCRATIC REPUBLIC OF CONGO\***  
**REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU**  
**CONGO**  
**REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DO CONGO**

Sra Pila Buepoyo Boseka  
 Ministra Delegada de Sanidad  
 Jefe de Delegacion

Dr Gregorio Gori Momolu  
 Director nacional, Medicamentos Esenciales

**ERITREA**  
**ERYTHREE**  
**ERITREIA**

Dr Besrat Hagos  
 Director, Research and Human Resources  
 Development  
 Ministry of Health  
 Head of Delegation

Dr Ghermai Tesfasellase  
 Head, International Cooperation Office,  
 Ministry of Health

**ETHIOPIA**  
**ETHIOPIE**  
**ETIÓPIA**

Hon. Dr Adem Ibrahim Mohammed  
 Minister of Health  
 Head of Delegation

M. Abas Abduletif  
 Head, Planning and Project Department,  
 Ministry of Health

Mr Markos A. Geta  
 Chargé d'Affaire's, Ethiopian Embassy, Harare

**GABON**  
**GABÃO**

Dr M. Toung Mve  
 Directeur général de la Santé  
 Chef de Délégation

M. Abel Lengota  
 Aide de Camp du Ministre

Mme A. Nyomba  
 Directeur de l'Institut d'Hygiène et  
 d'Assainissement

**THE GAMBIA**  
**GAMBIE**  
**GÂMBIA**

Hon. Mrs Isatou Njie-Saidy  
 Minister of Health, Social Welfare and  
 Women's Affairs  
 Head of Delegation

Mr Ismalia Njie  
 Acting Chief Nursing Officer

**GHANA**  
**GHANA**

Mr Nana Paddy Acheampong  
 Deputy Ministry of Health  
 Head of Delegation

Dr A. Issaka-Tinorgah  
 Ag. Director of Medical Services

Dr George K. Amofa  
 Deputy Director, Public Health

Dr Martin A. Odei  
 Deputy Director -General  
 Council for Scientific and Industrial Research  
 (CSIR)

**GUINEA**  
**GUINEE**  
**GUINÉ**

Dr. Mohamed Sylla  
 Secrétaire général du Ministère de la Santé  
 publique  
 Chef de Délégation

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

Dr Cyrille Louwa  
Conseiller chargé de la Coopération, Ministère  
de la Santé publique

Dr M'balou Diakhaby  
Chef de la Section Hygiène publique

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

Dr. Co Brandão Gomes  
Ministro da Saúde Pública  
Chefe da Delegação

Dr. Resende Menezzy d'Azur  
Director da l'Ecola Nacional de Saúde

**KENYA**  
**QUÉNIA**

Hon. Jackson I. Kalweo, EGH. M.P.  
Minister of Health  
Head of Delegation

Prof. Julius S. Meme  
Director of Medical Services

Mr Joseph M. N. Ole Kiu  
Chief Clinical Officer, Ministry of Health

Mrs Rhoda Lopokoiyit  
Deputy Chief Nursing Officer

Mr Chirau Ali Mwakwere  
Ambassador, Harare

**LESOTHO**  
**LESOTO**

Hon. Vova Bulane  
Minister of Health and Social Welfare  
Head of Delegation

Dr Makhetha E. Mosotho  
Principal Secretary

Mr Nkoebe S. Theko  
Chief Health Inspector, Environmental Health

Mrs Victoria N. Thelejane  
Senior Human Resources Officer

**LIBERIA**  
**LIBÉRIA**

Hon. Dr Peter S. Coleman  
Minister of Health and Social Welfare  
Head of Delegation

Dr Nathaniel S. Bartee  
Deputy Minister/Chief Medical Officer

Dr Jamus Tanu Duworko, Jr.  
County Health Officer, Ministry of Health and  
Social Welfare

**MADAGASCAR**  
**MADAGÁSCAR**

Mme. H. Ratsimbazafimahefa Rahantalalao  
Ministre de la Santé  
Chef de Délégation

Dr Jules Rasamizana  
Directeur interrégional du Développement  
sanitaire

**MALAWI**

Hon. Dr Harry I. Thomson  
Minister of Health and Population  
Head of Delegation

Dr W. Chalamira-Nkhoma  
Controller, Preventive Health Section

Mrs D. M. Malema  
Principal Nursing Officer, Queen Elizabeth  
Central Hospital

**MALI**

Mme Fatoumata Diakitè N'Diaye  
Ministre de la Santé, des Personnes âgées et de  
la Solidarité  
Chef de Délégation

Dr Lasseni Konaté  
Conseiller technique, Ministère de la Santé, des  
Personnes âgées et de la Solidarité

Dr Mamadou Adama Kane  
Directeur national de la Santé publique

**MAURITANIA  
MAURITANIE  
MAURITÂNIA**

Dr Mohamed Ould Menou  
Directeur de la Protection sanitaire  
Chef de Délégation

Dr Dah Ould Cheikh  
Inspecteur général de la Santé et des Affaires  
sociales

**MAURITIUS  
MAURICE  
MAURÍCIAS**

Hon. N. Derpalsingh  
Minister of Health and Quality of Life  
Head of Delegation

Mr K. Mudhoo  
Permanent Secretary

**MOZAMBIQUE  
MOÇAMBIQUE**

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

Dr. Alexandre Lourenço Jaime Manguela  
Director Nacional de Saúde

Sr. Humberto Albino P. Cossa  
Director Nacional de Planificação e Cooperação

Sra. Geraldina Paula Langa  
Técnica Cooperação

Sr. Anselmo Orlando  
Assistente

**NAMIBIA  
NAMIBIE  
NAMÍBIA**

Hon. Dr L. Amathila  
Minister of Health and Social Services  
Head of Delegation

Dr Kalumbi Shangula  
Permanent Secretary, Ministry of Health and  
Social Services

Dr N. Shivute  
Under-Secretary, Health Care Services

Ms M. Nghatanga  
Director, PHC and Nursing Directorate

Mr F. Amulungu  
Control Health Inspector

**NIGER  
NIGER**

Médecin-Colonel Al Moustapha Illo  
Ministre de la Santé publique  
Chef de Délégation

Dr Hamissou Maoude  
Secrétaire général du Ministère de la Santé  
publique

Dr Ibrahim Issa Baarre  
Directeur de la Prévention sanitaire et de  
l'Assainissement

Dr Yaou Darey Garba  
Directeur de la Santé familiale

Dr Y. Magagi Gagara  
Directeur de la Promotion de la Santé

Dr Dauda Alfari Dagara  
Inspecteur général de la Santé

**NIGERIA  
NIGÉRIA**

Hon. Dr Abubakar Ali-Gombe  
Minister of State for Health  
Head of Delegation

Dr Casimir J.G. Orjioko  
Director, Primary Health Care and Disease  
Control

Dr Robert O. Barrow  
Director, Health Sciences, Federal Ministry of  
Science and Technology

Dr Emmanuel B. A. Coker  
Assistant Director, Emergency and  
Preparedness Response

Mr Robert O. Barrow  
Director, Health Sciences, Federaml Ministry of  
Science and Technology

**RWANDA  
RUANDA**

Dr Vincent Biruta  
Ministre de la Santé  
Chef de Délégation

Dr Thomas Karengera  
Directeur des Soins de Santé

Dr Laurent Musango  
Directeur régional de la Santé, Gikongoro

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

Dr. Eduardo do Carmo Ferreira de Matos  
Ministro da Saúde  
Chefe da Delegação

Dr Gilberto José da Costa Frota  
Director do Plano, Administração e Finanças

**SENEGAL**

M. Assane Diop  
Ministre de la Santé  
Chef de Délégation

Dr Abdoulaye Ndiaye  
Conseiller technique du Ministre de la Santé  
(CT1)

Dr Malick Niang  
Directeur de l'Hygiène et de la Santé publique

**SEYCHELLES  
ILHAS SEYCHELLES**

Hon. Mr Jacquelin Dugasse  
Minister of Health  
Head of Delegation

Mrs Marie-Ange C. Houareau  
Principal Secretary, Ministry of Health

**SIERRA LEONE  
SERRA LEOA**

Hon. Dr Ibrahim Tejan-Jalloh  
Minister of Health and Sanitation  
Head of Delegation

Dr Sheku T. Kamara  
Director-General of Medical Services

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

Hon. Dr N. C. Dlamini-Zuma  
Minister of Health and Solcial Welfare

Dr Modise Faith Matlaopane  
Provincial Minister of Health, representing the  
National  
Minister of Health and Social Welfare  
Head of Delegation

Dr A. Ntsaluba  
Deputy Director-General

**SWAZILAND  
SOUAZILAND  
SUAZILÂNDIA**

Hon. Dr Phetsile K. Dlamini  
Minister for Health and Social Welfare  
Head of Delegation

Dr Steven V. Shongwe  
Deputy Director of Health Services

Miss Pamela Pinky Dlamini  
Private Secretary to the Minister of Health and  
Social Welfare

Mr. Richard M. Mamba  
Principal Environmental Health Officer

Dr N. Mabuza  
Senior Dental Officer

**TOGO**

Dr E. Essolem Batchassi  
Directeur général de la Santé  
Chef de Délégation

M. Skouloum A. Marfa  
 Chef de la Division de la Salubrité publique et  
 du Génie sanitaire

**ZAMBIA**  
**ZAMBIE**  
**ZÂMBIA**

**UGANDA**  
**OUGANDA**

Dr P. Byaruhanga  
 Minister of State - Health Uganda  
 Head of Delegation

Hon. Mr Ernest C. Mwansa  
 Deputy Minister of Health  
 Head of Delegation

Dr Rosemary Musonda Sunkutu  
 Director, South-East Region, Central Board of  
 Health

Dr J. H. Kyabaggu  
 Director of Health Services

Mr Edgar B. Sivile  
 Assistant Secretary, Ministry of Health

Dr Kwaras S. Okware  
 Commissioner Health Services

**ZIMBABWE**

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

Hon. Dr T. J. Stamp  
 Minister of Health and Child Welfare  
 Head of Delegation

Hon. Aaron D. Chiduo  
 Minister for Health  
 Head of Delegation

Dr D. P. Parirenyatwa  
 Honourable Deputy Minister of Health and  
 Child Welfare

Hon. Saidi Bakari Jecha  
 Minister of Health  
 Alternate Head of Delegation

Dr Paulinus L. Sikosana  
 Secretary for Health

Dr Peter Kilima  
 Director of Preventive Services

Mr S. Musingarabwi  
 Director of Environmental Health Services

Mr Forbes Mbele  
 Assistant Director (Services)  
 A delegate from the Zambian Embassy

**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**

Mrs V. Sekitoleko  
 Director  
 67100, Old Mutual Centre  
 J. Moyo 4<sup>th</sup> Str.  
Harare  
 Zimbabwe

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

Mr Carlos Lopez  
UNDP Resident Representative  
Harare  
Zimbabwe

**United Nations Information Centre  
Centre d'Information des Nations Unies  
Centro de Informação das Nações Unidas**

Mrs Ceciwa Khonge  
Director, United Nations Information Centre  
Zimbire Centre, 3<sup>rd</sup> Floor  
CNR Leopold Takawira St./Union Ave.  
P.O. Box 4408  
Harare  
Zimbabwe

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

Mme Torild Skard  
Directeur régional de l'UNICEF pour  
l'Afrique  
de l'Ouest et centrale  
Chef de Délégation  
B.P. 443 1  
Abidjan 04  
Côte d'Ivoire

Dr Abdelwahed El Abassi  
Regional Health Adviser  
UNICEF/WCARO  
B.P. 443  
Abidjan 04 (Côte d'Ivoire)

Dr Kasa Asila Pangu  
Regional Adviser Health  
UNICEF/ESARO  
P.O. Box 44145  
Nairobi  
Kenya

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

Mr Anderson B. Shankanga  
Director, Sub-Regional Office for Southern  
Africa  
UNESCO Office  
P.O.Box HG 435, Highlands  
Harare  
Zimbabwe

Mr Tirso A. S. Dos Santos  
Assistant Programme Specialist  
Sub-Regional Office for Southern Africa  
8, Kenilworth Road, Newlands  
P.O. Box HG 435  
Harare  
Zimbabwe

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

Dr A. Keller  
Director UNFPA  
Country Support Team  
Construction House, 5 th Floor  
Takawira Street  
Harare  
Zimbabwe

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

Dr Peter Piot  
UNAIDS  
20, Avenue Appia  
Ch-1211 Geneva 27  
Switzerland

Dr Elhadj As Sy  
Team Leader,  
UNAIDS Intercountry Team for Eastern and  
Southern Africa  
20 Avenue Appia  
CH-1211 Geneva 27  
Switzerland

Dr Cynthia Eledu  
Country Programme Adviser

**United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR)  
Haut-Commissariat pour les Réfugiés (UNHCR)  
Alto Comissariado para os Refugiados (HCR)**

Mr Oluseyi Bajulaiye  
Regional Representative  
UNHCR Representative in Zambia  
P.O. Box 32542  
10101 Lusaka  
Zambia

**United Nations Economic Commission for Africa (UNECA)  
Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique  
Comissao Económica das Nações Unidas para África**

Ms Mebo K. Mwaniki  
Senior Social Affairs Officer  
UNECA/SRDC for Southern Africa  
P.O. Box 30647  
Lusaka  
Zambia

**World Bank  
Banque mondiale  
Banco Mundial**

Dr C. O. Pannenberg  
Sector Director, Health, Nutrition and Population  
African Region Operations  
1818 H Street, N.W.  
Office J - 9.075  
Washington, D.C. (USA)

**3. REPRESENTATIVES OF INTERGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS  
REPRESENTANTS DES ORGANISATIONS INTERGOUVERNEMENTALES  
REPRESENTANTES DE ORGANIZAÇÕES INTER-GOVERNAMENTAIS**

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

Professeur Moumouni Rambré Ouiminga  
Secrétaire général du CAMES  
01 B.P. 134  
Ouagadougou 01  
Burkina Faso

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

Prof. Couavi A. Leonce Johnson  
Director of Education, Science, Culture and  
Social Affairs Department (ESCAS)  
OAU General Secretariat  
(Head of Delegation)  
P.O. Box 3243  
Addis Ababa  
Ethiopia

Dr Omar J. Khatib  
Head of Health and Nutrition  
P.O. Box 3243  
Addis Ababa  
Ethiopia

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

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

**West African Health Community (WAHC)  
Communauté sanitaire de l'Afrique de l'Ouest  
Comunidade Sanitária da África Ocidental**

Dr Kabba T. Joiner  
Executive Director, WAHC  
P.M.B. 2023, Yaba  
6, Taylor Road  
Lagos  
Nigeria

**Commonwealth Regional Health Community Secretariat (CRHCS)  
Secrétariat régional du Commonwealth pour la Santé  
Secretariado Regional do Commonwealth para a Saúde**

Mr Nelson L. Magolo  
Regional Secretary  
P.O. Box 1009  
Arusha  
Tanzania

**Inter-African Committee (IAC) on Traditional Practices  
Affecting the Health of Women and Children  
Comité interafricain sur les pratiques traditionnelles (CI-AF)  
ayant effet sur la santé des Femmes et des Enfants  
Comité Interafricano sobre as Práticas Tradicionais  
com efeito na Saúde das Mulheres e das Crianças**

Dr (Mrs) Olayinka A. Koso-Thomas  
Vice-President of IAC  
67, Haverstock Hill  
Hampstead, London NW 3 HSL  
England

**4. REPRESENTATIVES OF NONGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS  
REPRESENTANTS DES ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES  
REPRESENTANTES DE ORGANIZAÇÕES NÃO-GOVERNAMENTAIS**

**Rotary International**

Mr William Sergeant  
Rotary International  
1560, Sherman Avenue  
Evaston Illinois, 60201-3698  
USA

Mr Sandani Bawa Mankoubi  
Vice-President, Comité régional PoloPlus en  
Afrique  
B.P. 888  
Lomé  
Togo

Mr Antonio Serrans  
Trustee

**International Planned Parenthood Federation  
Fédération internationale pour la Planification familiale  
Federação Internacional para a Planificação Familiar**

Mr Kodjo A. Efu  
Regional Director  
IPPF, Africa Regional Office  
P.O. ox 30234  
Nairobi  
Kenya

**International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Association (IFPMA)  
Fédération Internationale de l'Association des Fabricants pharmaceutiques  
Federação Internacional da Associação dos Fabricantes Farmacêuticos**

Mr Paul M. Barrett  
Director, Vice-President (Africa)  
Smithkline Beecham International  
Brentford, MIDAX TW 89BD  
U.K.

Dr Louis Teulières  
Syndicat national de l'Industrie  
pharmaceutique (SNIP)  
88, rue de la Faisanderie  
75016 Paris  
France

Dr Gerrit H. A. Siemons  
Director, IFPMA  
P.O. Box 20  
5340 Bhooss  
Netherlands

**International Union of Family Organisations (IUFO)  
Union Internationale des Organismes familiaux  
União internacional dos Organismos Familiares**

Dr Deisi Noeli Webber Kusztra  
President  
Rua Mauricio Caillet 265  
Curitiba Parana  
Brazil 80250 - 110

**African Medical and Research Foundation International**

Ms Florence Musi-Musiime  
P.O. Box 30125  
Nairobi  
Kenya

**International Council of Nurses  
Conseil international des Infirmiers  
Conselho Internacional dos Enfermeiros**

Mrs Clara Sipiwe Nondo  
President, National Zimbabwe Nurses Association  
P.O. Box 2610  
Harare  
Zimbabwe

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

**Medicus Mundi International**

Dr Bart Criel  
Medicus Mundi International  
Rue des Deux Eglises 64,  
B-1210 Bruxelles  
Belgique

**International Liaison - Health for Humanity**

Dr Elizabeth Bowen  
467, Jackson Avenue  
Glencoe, Illinois 60022  
USA

**Belgian Administration for Development Cooperation (BADC)**

Dr Dirk Van Damme  
Advisor for health sector of the Regional BADC Section  
Belgian Embassy  
P.O. Box 2522  
Harare  
Zimbabwe

**ZIANA**

Ms Florence Sigayke  
Assistant Home Edition  
P.O. Box CY 511  
Causeway, Harare  
Zimbabwe

**UNIFEM**

Mrs Elisabeth Schauer  
Programme Office  
P.O. Box 4775  
67 Union Ave.  
Harare  
Zimbabwe

**Afrique Médecine et Santé**

Mme T. Methu  
France

**EHA/PTC/EMTP**

Prof. Magnus Johan Grabe  
 Programme Coordinator  
 UN ECA Building  
 P.O. Box 60035  
Addis Ababa  
 Ethiopia

**International Center for Journalist**

Mr Chris Bowman  
 Newroom  
 Sacramento Bee  
 P.O. Box 15779  
 Sacramento, California  
 USA

**Guest  
 Invité  
 Convidado**

M. A. Thiam Bouba Ndiaye  
 108, rue Moussé Diop  
 B.P. 216  
Dakar  
 Sénégal

**6. WHO/HQ, GENEVA**

Dr G. Harlem Brundtland, Director-General  
 Dr O. Shisana, Executive Director, Family and Health Services  
 Mr. A.K. Asamoah, Coordinator, CRS  
 Mr Thomas S .R. Topping, Legal Counsel  
 Dr S. J. Nkinda, LEP  
 Dr J.W. Lee  
 Mrs Asha Singh Williams, EPW  
 Dr T. Goal  
 Mr A. N. Correia, Director, WAC (Ethiopia)

**7. OCP-OUAGADOUGOU**

Dr K. Yankum Dadzie,  
 Director  
 OCP  
Ouagadougou  
 Burkina Faso

Dr Azodoga Seketeli  
 Programme Manager  
 OCP  
Ouagadougou  
 Burkina Faso

## ORDRE DU JOUR

1. Ouverture de la réunion (document AFR/RC48/1)
2. Constitution du Sous-Comité des Désignations
3. Election du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs
4. Adoption de l'ordre du jour
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 1996-1997 (document AFR/RC48/3)
  - 6.2 Mise en oeuvre des résolutions adoptées par la quarante-septième session du Comité régional (document AFR/RC48/19)
  - 6.3 Rapport d'activité sur des programmes spécifiques : Elimination de la lèpre; Eradication du ver de Guinée; Eradication de la poliomyélite; et Elimination du tétanos néonatal (document AFR/RC48/20)
7. Corrélation entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé
  - 7.1 Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif (document AFR/RC48/4)
  - 7.2 Ordres du jour de la cent-deuxième session du Conseil exécutif et de la Cinquante et Unième Assemblée de la Santé : Incidences régionales (document AFR/RC48/5)
  - 7.3 Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC48/6)
8. Rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC48/7)
  - 8.1 Projet de Budget Programme 2000-2001 (document AFR/RC48/2)
  - 8.2 Surveillance intégrée de la maladie en Afrique : stratégie régionale 1999-2003 (document AFR/RC48/8)
  - 8.3 La santé bucco-dentaire dans la Région africaine : stratégie régionale (document AFR/RC48/9)
  - 8.4 Stratégie régionale de développement des ressources humaines pour la santé (document AFR/RC48/10)
  - 8.5 Plan stratégique de promotion de la recherche en santé dans la Région africaine 1999-2003 (document AFR/RC48/11)

- 8.6 Fonctions de l'OMS, Article 2 de la Constitution (document AFR/RC48/16)
- 8.7 Mandat, qualifications et sélection du Directeur régional (document AFR/RC48/17)
9. Examen du mandat du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC48/12)
10. Discussions techniques "Assurer la salubrité de l'environnement dans les pays de la Région africaine de l'OMS : Le rôle des ministères de la santé" (document AFR/RC48/TD/1)
11. Présentation du rapport des discussions techniques (document AFR/RC48/13)
12. Choix du sujet de discussions techniques de 1999 (document AFR/RC48/21)
13. Désignation du Président et du Président suppléant des discussions techniques pour 1999 (document AFR/RC48/22)
14. Décision de procédure : Désignation des Représentants de la Région africaine aux organes suivants :
  - i) Comité d'Orientation et de Coordination (PCC) du Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine (HRP)
  - ii) Conseil conjoint de Coordination (JCB) du Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales (TDR)
  - iii) Comité consultatif pour la gestion du Programme d'action pour les médicaments essentiels
15. Dates et lieux de la quarante-neuvième et de la cinquantième sessions du Comité régional (document AFR/RC48/14)
16. Adoption du rapport du Comité régional (document AFR/RC48/15)
17. Clôture de la quarante-huitième session du Comité régional

## RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME

### OUVERTURE DE LA REUNION

1. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni du 22 au 26 juin 1998 à Harare (Zimbabwe). Le bureau de la réunion a été constitué de la manière suivante :

Président	:	Dr Casimir Orjioko (Nigéria)
Vice-président	:	Dr Malick Niang (Sénégal)
Rapporteurs	:	Dr José da Costa Frota (Sao Tome & Principe) Dr Steven V. Shongwe (Swaziland)

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 la bienvenue aux membres du Sous-Comité du Programme et leur a rappelé l'importance que le Comité régional attache à leurs travaux. Au cours de sa dernière session, le Comité régional avait recommandé que le mandat du Sous-Comité du Programme soit révisé et que le Sous-Comité se réunisse beaucoup plus tôt pour soumettre à temps les recommandations destinées au Comité régional.

4. Le Dr C. Orjioko, Président du Sous-Comité du Programme, a exprimé sa gratitude, en son nom personnel et au nom de son pays, pour son élection au poste de Président. Il a rappelé aux participants que les débats sur les divers points devaient être menés dans une optique africaine.

5. Le programme de travail provisoire (Appendice 2) a été adopté tel que présenté.

6. Le Sous-Comité du Programme a adopté l'horaire de travail suivant : 8h30-12h30 pour la matinée et 14h-17h pour l'après-midi, avec une pause café dans chaque cas. L'ordre du jour figure à l'Appendice 3.

### PROJET DE BUDGET PROGRAMME 2000-2001 (document AFR/RC48/2)

#### Aperçu général

7. M. M. K. Adikpeto, du Secrétariat, a présenté l'aperçu général du budget programme.

8. Il a rappelé que ce Projet de Budget Programme couvrait le dernier cycle budgétaire du Neuvième Programme général de Travail (1996-2001) et constituait le premier du prochain millénaire.

9. La préparation du budget programme a tenu compte des directives générales du Siège et de deux importantes hypothèses, à savoir que d'ici la période d'exécution de ce budget programme, le Bureau régional aura regagné Brazzaville et la décentralisation des activités du Bureau régional aura avancé. Elle a également tenu compte du taux de croissance zéro affecté au budget et du taux de change appliqué pour l'exercice 1998-1999, ainsi que des priorités arrêtées par le Conseil exécutif.

10. M. K. M. Adikpeto a précisé que le document du budget programme comportait six sections, à savoir : l'introduction, l'analyse budgétaire, les tableaux récapitulatifs, les activités de pays, l'analyse du programme régional et les tableaux analytiques.

11. Il a ajouté que le budget programme total s'élevait à US \$ 235,517,000 et a invité le Sous-Comité à formuler ses commentaires et ses recommandations.
12. Le Directeur régional a rappelé que le Directeur général élu allait mener de larges consultations avec les Directeurs régionaux et les Comités régionaux avant de réviser le projet de budget programme à la lumière des nouvelles orientations qu'elle entendait imprimer à l'Organisation. Si nécessaire, une réunion du Sous-Comité du Programme pourrait être convoquée en temps utile pour examiner le budget programme ainsi revu, surtout si les modifications apportées étaient substantielles.
13. Il a ajouté que le Conseil exécutif et l'Assemblée mondiale de la Santé avaient convenu d'allouer à la Région africaine une part plus importante du budget ordinaire. Cet accroissement sera étalé sur trois exercices biennaux au moins.
14. Le Dr A. M. d'Almeida, Directeur de la Gestion du Programme, a rappelé aux participants que la section du projet de Budget Programme consacrée aux activités de pays n'était pas habituellement examinée par le Sous-Comité. Il a proposé que chaque Directeur de Division présente les grandes lignes de la section pertinente du Projet de Budget Programme avant que celle-ci ne soit examinée et discutée.
15. Le Sous-Comité a cependant demandé à connaître le montant moyen des crédits alloués à chaque pays au titre du budget ordinaire et quand, comment et par qui les ressources extrabudgétaires étaient affectées aux pays.
16. Il a souligné la nécessité de débloquer à temps en faveur du Bureau régional et des bureaux de pays toutes les retenues opérées par le Siège afin que ces montants puissent être utilisés dans le délai imparti.
17. Le Directeur régional a informé le Sous-Comité que les crédits alloués aux pays au titre du budget ordinaire, sur la base de critères établis depuis de nombreuses années, variaient d'un pays à l'autre, mais s'élevaient en moyenne à US \$1,9 million par pays.
18. Les ressources extrabudgétaires allouées à la Région ne pouvaient pas être déterminées à l'avance, mais avaient considérablement augmenté au cours de ces trois dernières années. Le Directeur régional a conclu en disant que l'un des principaux problèmes liés aux ressources extrabudgétaires était le fait que certains programmes en bénéficiaient plus que d'autres. Les bailleurs de fonds choisissent généralement eux-mêmes les programmes auxquels ils destinent les ressources extrabudgétaires.

### **Organes directeurs**

19. Le Dr N. Nhiwatiwa, du Secrétariat, a présenté les grandes lignes de la section du budget programme relative aux activités des Organes directeurs.
20. Elle a rappelé au Sous-Comité les récentes réformes et les réductions budgétaires opérées par le Conseil exécutif et l'Assemblée mondiale de la Santé dans le but d'améliorer la conduite et l'efficacité des réunions des Organes directeurs. Parmi les mesures adoptées à cet effet, on peut citer la réduction de la durée des réunions du Comité régional qui a été ramenée de 10 à 6 jours et la révision du mandat du Sous-Comité du Programme.
21. La réduction de la longueur des documents de travail, leur rédaction dans une langue facile à comprendre, leur envoi à temps et l'organisation d'ateliers au niveau des pays pour préparer les conférences figurent également au nombre des mesures adoptées pour améliorer la qualité des délibérations du Comité régional et des décisions et résolutions qui en résultent.

22. Le Sous-Comité a été invité à examiner cette section en détail, à faire des propositions et à donner des orientations en ce qui concerne les travaux du Comité régional.

23. Le Sous-Comité a attiré l'attention sur l'impact négatif que des retards inévitables dans le voyage des délégués se rendant au Comité régional pourraient avoir sur la qualité des travaux si la durée des réunions est fortement réduite.

24. Le Sous-Comité a demandé des éclaircissements sur quelques indicateurs qui avaient été définis, en particulier, les indicateurs qualitatifs.

25. Le Secrétariat a assuré le Sous-Comité que des plans d'action fondés sur le Projet de Budget Programme allaient fournir des indicateurs quantitatifs pour toutes les cibles.

### **Politique et Gestion sanitaires**

26. Le Dr A. M. d'Almeida, du Secrétariat, a fourni des éclaircissements supplémentaires sur cette section du Projet de Budget Programme.

27. Il a rappelé aux membres du Sous-Comité que les principaux programmes relevant de cette section étaient les suivants : Développement et direction d'ensemble des programmes; Politiques publiques, Santé et science; Développement et direction des politiques et des programmes de santé nationaux; Information biomédicale et sanitaire et tendances dans ce domaine.

28. Il a prié le Sous-Comité d'étudier attentivement les objectifs stratégiques, les cibles et les résultats attendus ainsi que les indicateurs de surveillance et/ou d'évaluation de chaque grand programme et de faire les commentaires, propositions et recommandations qui s'imposent.

29. Au cours du débat portant sur cette section du Projet de Budget Programme, les membres du Sous-Comité ont fait remarquer qu'il était nécessaire que l'OMS consacre une part raisonnable de son budget aux activités de soutien au niveau sous-national, notamment au niveau du district.

30. Etant donné que certains pays ont peut-être déjà élaboré un plan visant à établir un lien entre le développement sanitaire, la réduction de la pauvreté et le développement socio-économique, le Sous-Comité a estimé que tout plan régional élaboré dans ce domaine devrait tenir compte du plan existant dans ces pays. En fait, l'objectif de l'OMS devrait consister à renforcer un tel plan lorsqu'il existe et à aider les pays qui n'en disposent pas, à en établir un.

31. La nécessité pour le Bureau régional de répondre rapidement et positivement aux demandes de soutien technique des pays, notamment en ce qui concerne l'élaboration de politiques et de plans de santé, a été soulignée.

32. Le Secrétariat a rappelé à l'assistance que les cibles mentionnées étaient celles de l'OMS (au niveau régional) et non pas celles des pays.

33. S'agissant de la question de l'allocation de ressources suffisantes en faveur des activités menées au niveau du district, le Secrétariat a rappelé aux membres du Sous-Comité que le Comité régional avait, dans le passé, adopté une résolution demandant qu'au moins 50 % du budget accordé aux pays par l'OMS soient consacrés aux activités menées au niveau du district. Le Sous-Comité souhaiterait peut-être porter cette décision antérieure à la connaissance du Comité régional en vue d'une mise en œuvre effective.

## **Développement des Services de Santé**

34. Le Dr L. G. Sambo, du Secrétariat, a présenté cette section du Projet de Budget Programme.
35. Il a rappelé au Sous-Comité que les principaux programmes figurant dans cette section visaient à apporter un soutien aux pays pour leur permettre de développer leurs systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires, avec un accent particulier sur le niveau du district.
36. Le Dr Sambo a indiqué que les grands programmes visés par cette section étaient les suivants : i) Organisation et gestion de systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires; ii) Ressources humaines pour la santé; iii) Médicaments essentiels; iv) Qualité des soins et technologie de la santé. Il a également précisé les principales priorités, les objectifs stratégiques, les cibles, les indicateurs d'évaluation et le budget alloué à ces programmes.
37. Les membres du Sous-Comité ont souligné l'importance que revêtent les divers programmes de développement des services de santé pour la Région africaine. Ils ont également insisté sur la nécessité de partager l'information et les données d'expérience, entre autres, en distribuant les documents déjà produits (par exemple, le Manuel de formation à la gestion au niveau du district publié avec le soutien de NORAD) et en organisant des réunions interpays, comme indiqué dans le Projet de Budget Programme. La nécessité d'aborder sérieusement le problème de la fuite des cerveaux a en outre été soulignée.
38. Le Directeur régional a confirmé que le Bureau régional continuera d'organiser des réunions interpays, notamment pour renforcer la prestation au niveau des districts. L'organisation de visites dans les pays où les systèmes de santé de district sont performants par des équipes venant de pays qui n'obtiennent pas d'aussi bon résultats a également été mentionnée comme une option dont l'OMS pourrait faciliter la réalisation.
39. Le Dr Sambo a rappelé aux membres du Sous-Comité qu'une réunion interpays sur l'opérationnalité des systèmes de santé de district a été organisée récemment, à laquelle 40 des 46 pays de la Région ont pris part, et qu'une réunion de suivi serait organisée l'an prochain. Le problème de la fuite des cerveaux a été examiné dans le cadre de la Stratégie régionale de développement des ressources humaines pour la santé.

## **Promotion et Protection de la Santé**

40. Cette section du Projet de Budget Programme a été présentée par le Dr R. Tshabalala, du Secrétariat.
41. Elle a expliqué que ce chapitre regroupait les quatre grands programmes suivants : Santé reproductive, santé de la famille et de la communauté et population; Comportements sains et santé mentale; Nutrition, sécurité alimentaire et salubrité des aliments; Salubrité de l'environnement. Elle a souligné les principales priorités, les objectifs stratégiques, les cibles et les indicateurs de chaque programme.
42. Le Sous-Comité du Programme a noté l'importance des divers programmes et souligné la nécessité de leur accorder davantage d'attention.

43. Les autres idées avancées au sujet de cette section ont été les suivantes :

- il faudrait apporter un appui aux pays de la Région pour leur permettre d'élaborer leur politique nationale de santé mentale;
- il faudrait mettre en place dans les pays un système d'information gestionnaire fiable, couvrant l'ensemble du système sanitaire et non pas seulement un programme donné;
- il est nécessaire d'accorder une attention particulière à la préparation des aliments de consommation publique et à l'environnement dans lequel ils sont vendus;
- les services de santé installés aux points d'entrée dans les pays ont été négligés dans la Région et méritent une attention particulière.

44. Le Directeur régional a indiqué que le Directeur général élu de l'OMS a estimé qu'il fallait accorder une place particulière, entre autres secteurs, à la santé reproductive, à la santé mentale et aux maladies non transmissibles. Il a ajouté que le Bureau régional pourrait accorder aux pays un appui technique et matériel pour permettre la diffusion régulière de l'information ayant trait aux questions de santé dans la presse, à la radio et à la télévision. Un projet est actuellement examiné à cet effet.

45. La procédure d'allocation de crédits tant aux pays qu'au Bureau régional a été expliquée en détail.

### **Lutte intégrée contre la Maladie**

46. Le Dr D. Barakamfitye, du Secrétariat, a présenté cette section du Projet de Budget Programme.

47. Il a souligné l'importance que revêtent dans la Région les maladies transmissibles (telles que les maladies diarrhéiques, le paludisme, les maladies évitables par la vaccination, le VIH/SIDA, la tuberculose, les épidémies) et les maladies non transmissibles. Il a également souligné la nécessité d'accélérer la mise en oeuvre des programmes de lutte pour réduire davantage le poids de ces maladies, dans le cadre de la réforme du secteur de la santé en cours dans de nombreux pays.

48. Au cours du débat, le Sous-Comité a noté que dans plusieurs pays, le budget de la santé restait maigre alors que le poids des maladies transmissibles demeurait lourd et que celui des maladies non transmissibles continuait à s'accroître.

49. Le Sous-Comité a souligné la nécessité de déterminer les contraintes qui s'exercent sur la mise en oeuvre des programmes de lutte contre la maladie. Il a également noté qu'en raison des changements intervenus dans l'épidémiologie de ces maladies, il était nécessaire de mettre en place dans la Région des mécanismes de surveillance satisfaisants pour guider les interventions à mener et faciliter le suivi de leur impact.

50. Le Sous-Comité a, en outre, souligné la nécessité d'intervenir énergiquement pour réduire la morbidité et la mortalité liées au paludisme et à d'autres maladies comme la rougeole, les fièvres hémorragiques, la méningite et la tuberculose.

51. Il a pris note du renforcement de la lutte contre le paludisme par le biais de l'Initiative africaine de Lutte contre le Paludisme et a proposé de redoubler d'efforts et d'accroître les crédits destinés à cet effet.

52. Contrairement aux résultats obtenus dans le cadre de journées nationales de vaccination, le taux de couverture atteint par la vaccination systématique est resté faible dans plusieurs pays et les nouveaux antigènes, tels que les vaccins contre l'hépatite B, ne sont pas intégrés dans le PEV. Le Sous-Comité a demandé au Bureau régional et aux pays de consacrer des fonds spéciaux à la microplanification au niveau des districts, à la mobilisation sociale et à la rénovation de la chaîne du froid, de même qu'à des opérations permettant d'accroître le taux de couverture atteint par la vaccination systématique.

53. Le Sous-Comité a demandé aux pays et aux partenaires de dégager des fonds pour l'achat des vaccins contre l'hépatite B afin de réduire la forte prévalence du cancer du foie dans la Région.

54. Il a souligné que la prévalence des maladies non transmissibles (surtout les maladies coronariennes et le diabète sucré) était élevée dans la Région et que certains pays avaient recueilli suffisamment d'informations sur leur pathologie.

55. Le Sous-Comité a demandé de modifier cette section du budget programme afin de refléter la forte prévalence des maladies non transmissibles.

56. S'agissant du projet de budget concernant l'ensemble du programme de lutte contre la maladie, le Sous-Comité a recommandé d'accroître ce budget compte tenu de l'ampleur des problèmes et des mesures qu'il est nécessaire de mettre en oeuvre.

### **Services administratifs**

57. M. K. Adikpeto, du Secrétariat, a présenté cette section du Projet de Budget Programme.

58. Il a indiqué que la priorité de cette unité était d'accroître son efficacité en recourant davantage à l'informatisation, à la normalisation et à la délégation de pouvoirs. Il a précisé que ces efforts avaient été amorcés à Brazzaville, mais avaient été interrompus en raison du transfert forcé du Bureau régional à Harare. Il a ajouté que ce transfert avait posé certains problèmes de gestion qui seraient bientôt résolus.

59. Le Sous-Comité a estimé qu'outre l'informatisation, d'autres stratégies étaient nécessaires pour améliorer les prestations rendues par le Service du Personnel et accroître l'efficacité en ce qui concerne le fonctionnement de l'unité.

60. Les éclaircissements demandés par le Sous-Comité en ce qui concerne la réduction du budget des services administratifs ont été fournis.

61. Le Sous-Comité a reçu l'assurance que d'autres stratégies permettant d'améliorer l'efficacité des services administratifs étaient à l'étude.

62. Le Directeur régional a ajouté que des efforts étaient en cours pour réduire la bureaucratie de l'OMS.

### **FONCTIONS DE L'OMS, ARTICLE 2 DE LA CONSTITUTION (document AFR/RC48/16)**

63. Le Dr A. M. d'Almeida, du Secrétariat, a présenté le document AFR/RC48/16.

64. Il a rappelé aux participants que dans le cadre du processus de réforme de l'OMS, un groupe spécial avait été constitué par le Conseil exécutif afin de procéder à un examen de la Constitution de l'Organisation. Le groupe a examiné la mission et les fonctions de l'OMS ainsi que les dispositions de la Constitution

nécessitant un examen plus approfondi en vue d'une révision éventuelle. L'une des questions relatives à la Constitution qui restaient à résoudre a trait à l'Article 2 concernant les fonctions que doit exercer l'Organisation pour atteindre le but visé à l'Article 1.

65. Le rapport du groupe spécial figure dans le document EB.101/7 du 14 novembre 1997. Lors de la huitième séance de sa cent-et-unième session, le Conseil exécutif a décidé que le Directeur général devrait veiller à ce que le texte révisé de l'Article 2 figurant dans le rapport du groupe spécial soit examiné à tous les échelons de l'Organisation dans le courant de l'année 1998 et à ce que le texte définitif tenant compte de ce large processus de consultation soit ensuite soumis au Conseil exécutif à sa cent-troisième session en janvier 1999.

66. Le Dr d'Almeida a ajouté qu' alors que l'Article 2 existant répertorie 22 fonctions, le texte révisé les regroupe en cinq grandes fonctions et précise les activités que l'Organisation devrait entreprendre en ce qui concerne chacune d'entre elles.

67. Il a conclu en précisant que le document examiné, qui est le texte révisé de l'Article 2 de la Constitution, est soumis au Comité régional pour examen et commentaires. Les conclusions du Comité régional seront transmises au Directeur régional en tant que contribution de la Région à la préparation du texte définitif de l'Article 2 qui sera présenté à la cent-troisième session du Conseil exécutif.

68. Le Directeur régional a demandé au Sous-Comité d'examiner les fonctions ainsi définies afin de déterminer si, vu les conditions actuelles, elles répondent aux besoins de la Région, et de faire des recommandations au Comité régional en ce qui concerne les modifications qu'il souhaiterait apporter.

69. Le document a été examiné sous tous les aspects après que le Secrétariat eut apporté les éclaircissements complémentaires demandés. Après de petites corrections d'ordre typographique, les suggestions suivantes ont été faites par les membres :

- En ce qui concerne la grande fonction 1
  - c) ajouter "suivi" après "mise en oeuvre";
- En ce qui concerne la grande fonction 2
  - b) remplacer "traitements contre les maladies" par "relatives aux maladies, y compris leur traitement";
  - c) supprimer "les maladies mentales et les toxicomanies";
- En ce qui concerne la grande fonction 3
  - c) remplacer "... produits alimentaires, biologiques, pharmaceutiques et les produits similaires" par "... produits alimentaires, biologiques, pharmaceutiques, chimiques et les produits similaires";
- En ce qui concerne la grande fonction 5
  - d) ajouter à la fin "les maladies transmissibles et non transmissibles".

70. Des participants ont fait observer que bien que la fonction l(e) s'inscrive parfaitement dans la grande fonction 1, il était également important que l'OMS travaille avec les groupes professionnels et les organisations non gouvernementales intervenant dans le domaine de la santé au niveau national et encourage la coopération avec ces groupes et organisations.

71. Enfin, pour inclure n'importe quelle autre fonction et activité qui n'est pas visée par les grandes fonctions proposées (1)-(5), il est suggéré d'ajouter une reformulation de la fonction existante (v), (c'est-à-dire "de manière générale, la prise de toute autre mesure nécessaire pour atteindre le but de l'Organisation").

## **MANDAT, QUALIFICATIONS ET SELECTION DU DIRECTEUR REGIONAL**

(document AFR/RC48/17)

72. Le Dr A.M. d'Almeida, du Secrétariat, a présenté le document AFR/RC/48/17.

73. Il a rappelé au Sous-Comité qu'un groupe spécial du Conseil exécutif créé en 1996 pour entreprendre un examen de la Constitution et des arrangements régionaux de l'Organisation mondiale de la Santé a notamment proposé que le mandat des Directeurs régionaux soit de cinq ans, renouvelable une fois, mais que cette règle ne s'applique pas aux Directeurs régionaux en poste.

74. Un Groupe de travail régional spécial constitué en 1997 pour examiner la Constitution de l'OMS a formulé des recommandations qui figurent dans le document AFR/RC47/INF.DOC/1, mais qui n'ont pas été discutées par la quarante-septième session du Comité régional. Ces recommandations portaient notamment sur les critères de sélection, le processus de sélection et le mandat du Directeur régional.

75. La quarante-huitième session du Comité régional devant discuter de la question de la désignation du Directeur régional, le Secrétariat a élaboré le document AFR/RC48/17 pour orienter le Comité dans ses délibérations. Ce document s'inspire très largement des recommandations du groupe spécial du Conseil exécutif, du nouveau mode de sélection du Directeur général, des recommandations du Groupe de Travail régional spécial de 1997, et du document EUR/RC48/12 de la Région européenne.

76. Le Comité régional a été invité à : déterminer le mandat, les critères et la procédure de sélection du Directeur régional; constituer le premier groupe de prospection régional; et considérer ses délibérations sur la question comme l'amorce du processus d'évaluation des candidats, en vue de la désignation du Directeur régional au cours de sa quarante-neuvième session prévue en septembre 1999.

77. Le Directeur régional s'est étendu sur l'historique du document et a souligné la nécessité de mettre en place un processus transparent de sélection du Directeur régional.

78. Les membres du Sous-Comité ont demandé des éclaircissements sur plusieurs parties du document qui a été discuté paragraphe par paragraphe.

79. Les principaux commentaires et recommandations formulés sur le document ont été les suivants :

### **i) Commentaires généraux**

Les paragraphes doivent être numérotés de telle sorte que :

les paragraphes 7, 8, 9, 10, 11 et 12 deviennent les paragraphes 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5 et 6.6 respectivement;

le paragraphe 13 devienne le paragraphe 7;  
le paragraphe 14 devienne le paragraphe 8;  
le paragraphe 15 devienne le paragraphe 9;  
les paragraphes 16, 17, 18, 19, 20 deviennent les paragraphes 10.1, 10.2, 10.3, 10.4 et 10.5 respectivement; et  
le paragraphe 21 devienne le paragraphe 11.

ii) ***En ce qui concerne le mandat***

Après un débat approfondi, la recommandation du Secrétariat sur ce point a été appuyée par le Sous-Comité.

iii) ***En ce qui concerne les critères à remplir***

Au point 6.1 - la seconde phrase devrait se lire : "Il doit fournir la preuve de sa participation personnelle ou d'un plan efficace destiné à contribuer à cette mission".

iv) ***En ce qui concerne les principes directeurs***

Au point a) version anglaise, le mot "nomination" doit être remplacé par "désignation";  
Au point d) version anglaise, remplacer "should constitute the screening body" par "constitutes the screening body".

v) ***En ce qui concerne le mandat du Groupe de prospection régional***

c) remplacer "en ce qui concerne les candidats" par "en ce qui concerne l'oeuvre des candidats";

vi) ***En ce qui concerne la composition du Groupe de prospection régional***

Troisième phrase : Remplacer ".....de la représentation géographique et linguistique" par ".....de la représentation géographique, sexospécifique et linguistique";

Dernière phrase : Elle doit être reformulée et se lire comme suit : "Tout membre du Groupe de prospection régional venant d'un pays qui présente un candidat au poste de Directeur régional ne doit pas participer aux délibérations concernant ce candidat".

vii) ***En ce qui concerne les travaux du Groupe de prospection régional***

Après un débat approfondi, la recommandation du Secrétariat sur ce point a été appuyée par le Sous-Comité.

viii) ***En ce qui concerne les décisions à prendre par le Comité régional***

Le Sous-Comité a appuyé la proposition du Secrétariat.

**SURVEILLANCE INTEGREE DE LA MALADIE EN AFRIQUE : STRATEGIE REGIONALE, 1999-2003** (document AFR/RC48/8)

80. Le Dr D. Barakamfitye, du Secrétariat, a présenté le document AFR/RC48/8.
81. Il a indiqué que la faiblesse du système de surveillance de la maladie constatée actuellement au niveau national a entraîné l'élaboration d'une stratégie régionale. Il a dégagé les principaux points et les principes directeurs de la stratégie et souligné l'importance de l'information dans la prise de décisions et de mesures appropriées.
82. Il a décrit le cadre stratégique et ses principaux axes, tels que l'établissement d'une liste des maladies prioritaires, la participation des laboratoires à la confirmation des maladies, la surveillance de la résistance aux médicaments, la gestion des données de surveillance et la mise en place d'un réseau de communication efficace.
83. Il a expliqué le cadre de la mise en oeuvre aux niveaux pays, sous-régional et régional.
84. Il a conclu en réaffirmant que la surveillance restait l'élément essentiel d'une lutte efficace contre la maladie et de sa prévention et que des actions intégrées et coordonnées étaient nécessaires à tous les niveaux pour garantir le succès de la mise en oeuvre de la stratégie proposée.
85. Le Sous-Comité a apprécié la qualité du document présenté et a félicité le Secrétariat.
86. Le document a fait l'objet de discussions approfondies et les commentaires ont, dans l'ensemble, porté essentiellement sur le rôle des districts qui demeurent l'élément déterminant pour la réussite de la stratégie proposée. Le succès de la mise en oeuvre d'une stratégie de surveillance intégrée de la maladie a été considéré comme un des indicateurs de l'opérationnalité du système de santé de district.
87. Les participants ont reconnu que la surveillance de la maladie a un coût et qu'on devrait déployer des efforts pour fournir les ressources humaines et financières nécessaires pour la réussite de sa mise en oeuvre à différents niveaux.
88. Tout en se félicitant de la haute priorité accordée aux maladies transmissibles dans la Région, les participants ont exprimé leur vive préoccupation devant l'accroissement de l'incidence de maladies non transmissibles telles que la cardiopathie coronarienne, le diabète sucré et la carence en iode.
89. Ils ont par conséquent recommandé au Directeur régional d'évaluer la situation épidémiologique des maladies non transmissibles et d'élaborer une stratégie régionale à soumettre à la Cinquantième session du Comité régional en 2000.
90. Ils ont en outre proposé l'élaboration de deux séries de définitions normalisées de cas pour faciliter la détection des cas par les établissements de santé et la communauté, qui pourrait constituer la première source d'information sur les flambées de maladies.
91. Le rôle d'appui du laboratoire en ce qui concerne la mise en oeuvre d'un système intégré de surveillance de la maladie a également été souligné. Il a été unanimement admis qu'il était préférable de mettre progressivement la stratégie en oeuvre que de la lancer immédiatement à l'échelle nationale.

92. Le Sous-Comité a proposé d'harmoniser les cibles et les objectifs stratégiques et d'intégrer certaines modifications au document.

93. Dans ses remarques de conclusion, le Directeur régional s'est déclaré optimiste quant à la disponibilité des fonds nécessaires à la mise en oeuvre de cette stratégie .

94. Le projet de résolution AFR/RC48/WP/R1 a été adopté et sera soumis au Comité régional.

### **LA SANTE BUCCO-DENTAIRE DANS LA REGION AFRICAINE : STRATEGIE REGIONALE** (document AFR/RC48/9)

95. Le Dr T.R. Tshabalala, du Secrétariat, a présenté ce document.

96. Elle a expliqué que les approches précédemment adoptées dans la Région en matière de santé bucco-dentaire n'avaient pas permis d'obtenir des résultats durables, en partie parce que les efforts déployés avaient consisté à créer, sans planification aucune et au gré des circonstances, des services curatifs de santé bucco-dentaire qui étaient dans la plupart des cas mal répartis et accessibles uniquement aux nantis et aux citoyens. Il était donc indispensable d'adopter une nouvelle approche permettant de mieux interpréter et d'améliorer considérablement la santé bucco-dentaire au niveau de la communauté dans la Région africaine.

97. L'objectif de la nouvelle stratégie est d'aider les pays à cerner de manière plus systématique les priorités en matière de santé bucco-dentaire et à planifier des programmes viables, notamment au niveau du district, avec la participation des partenaires concernés.

98. Sur la base des problèmes et des besoins prioritaires en matière de santé bucco-dentaire, les cinq grands secteurs programmatiques suivants ont été identifiés, et leurs objectifs définis : élaboration de stratégies nationales et mise en oeuvre de plans d'action en matière de santé bucco-dentaire; intégration de la santé bucco-dentaire dans d'autres programmes ; prestation de services de santé bucco-dentaire efficaces et sûrs; stratégie régionale d'éducation et de formation pour la santé bucco-dentaire; et mise au point de systèmes efficaces d'information pour la gestion en matière de santé bucco-dentaire.

99. Les cibles à atteindre au niveau des pays ont été arrêtées et les orientations stratégiques précisées, tout comme le cadre de la mise en oeuvre identifiant les principales interventions à mener et les principaux partenaires pouvant apporter leur concours au niveau des pays, ainsi qu'aux niveaux interpays et régional. Le succès de la mobilisation, l'efficacité de l'allocation et de l'utilisation des ressources et de la technologie seront déterminants dans la mise en oeuvre de la nouvelle stratégie.

100. La stratégie est axée sur les problèmes de santé bucco-dentaire les plus graves de la Région (notamment la stomatite gangréneuse, le cancer de la bouche et les conséquences bucco-dentaires de l'infection à VIH). Elle donne également les orientations techniques et gestionnaires que les pays pourront suivre pour rationaliser les services de santé bucco-dentaire et proposer des interventions d'un prix abordable et adaptées aux besoins des communautés en matière de santé bucco-dentaire.

101. Le Sous-Comité du Programme a été invité à examiner la stratégie et à donner les orientations nécessaires en vue d'améliorer la santé bucco-dentaire dans les Etats Membres de la Région.

102. Le Sous-Comité a félicité le Secrétariat pour la qualité du document présenté et a souhaité que le Comité régional apporte son appui à cette stratégie.

103. Le Sous-Comité a fait observer que la santé bucco-dentaire est négligée dans les pays africains et qu'il est nécessaire d'intensifier le plaidoyer et d'accroître nettement les crédits budgétaires alloués à ce programme.

104. Il a souligné la nécessité de mettre l'accent sur les services préventifs de santé bucco-dentaire et d'intégrer la santé bucco-dentaire dans tous les programmes de soins de santé primaires et les programmes d'enseignement des institutions de formation.

105. Il conviendrait de former le personnel appelé à travailler au niveau du district et de faire en sorte que la technologie appropriée soit disponible à ce niveau.

106. Le Sous-Comité a recommandé de fixer des cibles à mi-parcours à des fins de suivi.

107. Le Secrétariat a remercié le Sous-Comité pour ses commentaires pertinents et s'est engagé à inclure dans le document les modifications proposées.

108. Le Sous-Comité a adopté le projet de résolution AFR/RC48/WP/R4 qui sera soumis au Comité régional.

### **STRATEGIE REGIONALE DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE** (document AFR/RC48/10)

109. Le Dr L. G. Sambo, du Secrétariat, a présenté le document AFR/RC48/10.

110. Il a fait observer que les ressources humaines peuvent être considérées comme la ressource la plus précieuse pour la réalisation des objectifs nationaux de santé. Malheureusement, les réformes entreprises dans le secteur de la santé n'accordent pas toujours toute l'attention voulue aux questions relatives au développement de ces ressources.

111. Sans efforts concertés pour réformer la pratique et la formation médicales et pour optimiser l'utilisation des professionnels de la santé, il sera difficile d'améliorer la qualité des soins de santé et de satisfaire les usagers.

112. La stratégie proposée vise à renforcer les capacités nationales en matière de planification, de formation et de gestion des ressources humaines et en ce qui concerne l'appui à leur apporter.

113. Elle est le résultat d'une consultation menée avec tous les Etats Membres de la Région à l'occasion de deux réunions tenues au Ghana (1997) et au Togo (1998).

114. Les principaux axes de cette stratégie sont les suivants :

- harmonisation des politiques sanitaires nationales avec le développement des ressources humaines pour la santé;
- renforcement des capacités institutionnelles;
- réorientation de la formation et des pratiques des professionnels de la santé;
- mise en place d'équipes de santé compétentes et motivées à tous les niveaux des soins de santé;

- recherche sur le développement des ressources humaines pour la santé dans le cadre de la recherche sur les systèmes de santé; et
- réglementation des pratiques professionnelles pour les différentes catégories de professionnels de la santé.

115. Le Dr Sambo a présenté les principales sections du document et a invité les membres du Sous-Comité du Programme à examiner la stratégie proposée et à formuler des recommandations pratiques afin d'optimiser l'utilisation des ressources humaines pour la santé dans les pays de la Région.

116. Le Sous-Comité s'est félicité du contenu du document AFR/RC48/10 et a remercié le Secrétariat pour le travail accompli.

117. Il ressort des commentaires généraux et spécifiques faits par les membres du Sous-Comité que :

- i) bien que le développement des ressources humaines soit considéré comme déterminant pour l'élaboration et la mise en oeuvre des politiques et des plans de santé, ce problème a rarement été retenu parmi les priorités politiques;
- ii) cette lacune entraîne un certain nombre de problèmes : la répartition inéquitable du personnel; le conservatisme des écoles de formation en santé; l'absence de coordination entre les différents partenaires; la fuite des cerveaux vers d'autres régions du continent et à l'extérieur de celui-ci; la difficulté à recruter les diplômés des institutions de formation, faute de ressources matérielles et financières;
- iii) le problème dans de nombreux pays n'est plus celui de la formation, mais plutôt de l'utilisation et du maintien effectifs des personnels formés, en particulier dans le secteur public, compte tenu de l'insuffisance des ressources budgétaires.

118. Quelques commentaires et autres suggestions ont été faits pour améliorer la présentation et la qualité du document.

119. Le Secrétariat a donné des éclaircissements sur l'actualisation de l'annuaire des institutions de formation et sur les bourses de l'OMS. En ce qui concerne les bourses de l'OMS, 90 % des bénéficiaires suivent leur formation en Afrique.

120. Le projet de résolution AFR/RC48/WP/R2 a été adopté pour être soumis au Comité régional.

### **PLAN STRATEGIQUE DE PROMOTION DE LA RECHERCHE EN SANTE DANS LA REGION AFRICAINE DE L'OMS, 1999-2003** (document AFR/RC48/11)

121. Le Dr L. G. Sambo, du Secrétariat, a présenté le document AFR/RC48/11.

122. Il a rappelé qu'il était nécessaire que les décisions concernant les programmes et les politiques de santé soient fondées sur des informations fiables. Ces informations doivent provenir de la recherche en santé, entre autres sources. Tous les pays de la Région africaine devraient utiliser la recherche pour promouvoir le savoir, orienter les politiques, renforcer les interventions de santé et optimiser l'utilisation des ressources.

- |       |                                                                                                                      |   |                     |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------|
| vi)   | La santé bucco-dentaire dans la Région africaine :<br>stratégie régionale (document AFR/RC48/9)                      | - | Dr D. Alfari Dagara |
| vii)  | Stratégie régionale de développement des ressources<br>humaines pour la santé (document AFR/RC48/10)                 | - | Dr A. L. Manguela   |
| viii) | Plan stratégique de promotion de la recherche en santé dans<br>la Région africaine, 1999-2003 (document AFR/RC48/11) | - | Dr Y. Pillay        |

### CLÔTURE DE LA SESSION

141. Le Directeur régional a remercié les membres du Sous-Comité de l'excellent travail accompli et d'avoir enrichi les documents examinés et donné des orientations appropriées au Secrétariat.
142. Il a saisi cette occasion pour exprimer, au nom du Bureau régional, sa gratitude aux ministres et aux gouvernements, en particulier au Gouvernement de la République du Zimbabwe, pour leur appui au Bureau régional depuis son transfert de Brazzaville (Congo).
143. Il s'est également félicité du concours apporté par les partenaires de l'OMS intervenant dans la Région, ainsi que de l'appui reçu du Siège à Genève.
144. Il a annoncé que l'Organisation a alloué un montant supplémentaire de US \$19 millions à la Région africaine, en particulier pour appuyer les programmes prioritaires au niveau des pays. Le Secrétariat examinera la répartition de ce montant supplémentaire et modifiera le Projet de Budget Programme 2000-2001 en conséquence.
145. Le Directeur régional a conclu en invitant les membres du Sous-Comité à se faire les avocats du Bureau régional dans ses efforts pour promouvoir le développement sanitaire dans la Région.
146. Le Président a remercié les membres du Sous-Comité de leur concours et de la clarté de leurs interventions, qui ont permis d'épuiser rapidement l'ordre du jour. Il a également exprimé sa reconnaissance au Directeur régional et aux membres du Secrétariat pour leur disponibilité et pour les excellentes dispositions prises, notamment sur le plan logistique, pour garantir le succès de la réunion.
147. Il a invité les membres du Sous-Comité à rendre compte des travaux à leurs ministres respectifs dès leur retour afin de faciliter les travaux de la prochaine session du Comité régional.
148. Le Président a ensuite déclaré la réunion close.

## APPENDICE 1

**LIST OF PARTICIPANTS  
LISTE DES PARTICIPANTS  
LISTA DOS PARTICIPANTES**

**1. Member States of the Programme  
Subcommittee  
Etats Membres du Sous Comité  
du Programme  
Estados-membros do Subcomité  
do Programme**

**ERITREA\*  
ERYTHREE**

Dr Ghimai Tesfasslassie  
Head, International Relations and Cooperation  
Unit, Ministry of Health

**MOZAMBIQUE  
MOÇAMBIQUE**

Dr Alexandre Lourenço Jaime Manguela  
National Director of Health  
Ministry of Health

**NAMIBIA  
NAMIBIE**

Ms Magdaleena Maggie Nghatanga  
Director for PHC and Nursing Services

**NIGER  
NIGER**

Dr Daouda Alfari Dagara  
Inspecteur général de la Santé  
Ministère de la Santé publique

**NIGERIA  
NIGÉRIA**

Dr Casimir Orjioko  
Director, Primary Health Care and Disease  
Control

**RWANDA\***

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

Dr José da Costa Frota  
Director of Planning, Administration and  
Finance

**SENEGAL**

Dr Malick Niang  
Directeur de l'Hygiène de la Santé publique

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

Dr Yogan Pillay  
Department of Health

**SEYCHELLES**

Dr Patrick Herminie  
Director-General, Primary Health Care

**SIERRA LEONE  
SERRA LEOA**

Dr Noah Conteh  
Deputy Director-General of Medical Services

**SWAZILAND  
SUAZILÂANDA**

Dr Steven V. Shongwe  
Deputy Director of Health Services

**2. Members of the Executive Board  
Membres du Conseil Exécutif  
Membros do Conselho Executivo**

**BURUNDI**

Dr J. M. Kariburyo  
Ministre de la Santé (Membre du Conseil  
exécutif)

**CENTRAL AFRICAN REPUBLIC  
REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE  
REPUBLICA CENTRAFRICANA**

Dr Jean Limbassa  
Inspecteur général de la Santé  
s/c WR, Bangui

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

**APPENDICE 2****PROGRAMME DE TRAVAIL****Premier jour : lundi 22 juin 1998**

- Arrivée des membres
- Orientation des membres
- Examen des documents

**Deuxième jour : mardi 23 juin 1998**

- |                        |   |                                                                                                 |
|------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Première séance</b> | - | <b>Points 1,2,3, et 4 de l'ordre du jour</b>                                                    |
| 09h00 - 09h10          | - | <b>Point 1 de l'Ordre du jour : Ouverture de la session</b>                                     |
| 09h10 - 09h20          | - | <b>Point 2 de l'ordre du jour : Election du Président, du Vice-Président et des Rapporteurs</b> |
| 09h20 - 09h30          | - | <b>Point 3 de l'ordre du jour : Adoption de l'ordre du jour</b>                                 |
| 09h30 - 11h00          | - | <b>Point 4 de l'ordre du jour</b> Projet de Budget Programme 2000-2001 (document AFR/RC48/2)    |
| 11h00 - 11h30          | - | Pause-café                                                                                      |
| 11h30 - 12h30          | - | <b>Point 4 de l'ordre du jour (suite)</b>                                                       |
| 12h30 - 14h00          | - | Pause-déjeuner                                                                                  |
| 14h00 - 16h00          | - | <b>Point 4 de l'ordre du jour (suite)</b>                                                       |
| 16h00 - 16h30          | - | Pause-café                                                                                      |
| 16h30 - 17h30          | - | <b>Point 4 de l'ordre du jour (suite)</b>                                                       |

**Troisième jour : mercredi 24 juin 1998**

- |                        |   |                                                                                                                      |
|------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Deuxième Séance</b> | - | <b>Points 5, 6 et 7 de l'ordre du jour</b>                                                                           |
| 09h00 - 11h00          | - | <b>Point 5 de l'ordre du jour : Fonctions de l'OMS, Article 2 de la Constitution</b> (document AFR/RC48/16)          |
| 11h00 - 11h30          | - | Pause-café                                                                                                           |
| 11h30 - 12h30          | - | <b>Point 6 de l'ordre du jour : Mandat, qualifications et sélection du Directeur régional</b> (document AFR/RC48/17) |
| 12h30 - 14h00          | - | Pause-déjeuner                                                                                                       |

**Appendice 2**

- 14h30 - 16h00 - **Point 7 de l'ordre du jour** : Surveillance intégrée de la maladie dans la Région africaine : Stratégie régionale (document AFR/RC48/8)
- 16h00 - 16h30 - Pause-café
- 16h30 - 17h30 - **Point 7 de l'ordre du jour** (suite)

**Quatrième jour : jeudi 25 juin 1998**

- Troisième séance** - **Points 8, 9 et 10 de l'ordre du jour**
- 09h00 - 11h00 - **Point 8 de l'ordre du jour** : La Santé bucco-dentaire dans la Région africaine : Stratégie régionale
- 10h00 - 11h30 - Pause-café
- 11h30 - 12h30 - **Point 9 de l'ordre du jour** : Ressources humaines pour la santé dans la Région africaine : Stratégie régionale (document AFR/RC48/10)
- 12h30 - 14h00 - Pause-déjeuner
- 14h00 - 15h00 - **Point 9 de l'ordre du jour** (suite)
- 15h00 - 16h00 - **Point 10 de l'ordre du jour** : Plan stratégique de promotion de la recherche en santé dans la Région africaine 1999-2003 (document AFR/RC48/11)
- 16h 00 - 16h30 - Pause-café
- 16h30 - 17h30 - **Point 10 de l'ordre du jour** (suite)

**Cinquième jour : vendredi 26 juin 1998****Quatrième séance**

- 15h00 - 16h00 - Adoption du Rapport
- 16h00 - 16h30 - Attribution des responsabilités
- 16h00 - 17h00 - Séance de clôture

**APPENDICE 3****ORDRE DU JOUR**

1. Ouverture de session
2. Election du Président, du Vice-Président et des Rapporteurs
3. Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC48/18)
4. Projet de Budget Programme, 2000-2001 (document AFR/RC48/2)
5. Fonctions de l'OMS, Article 2 de la Constitution (document AFR/RC48/16)
6. Mandat, qualifications et sélection du Directeur régional (document AFR/RC48/17)
7. Surveillance intégrée de la maladie dans la Région africaine : stratégie régionale (document AFR/RC48/8)
8. Santé bucco-dentaire dans la Région africaine : stratégie régionale (document AFR/RC48/9)
9. Ressources humaines pour la santé dans la Région africaine : stratégie régionale (document AFR/RC48/10)
10. Stratégie de la recherche dans la Région africaine, 1999-2003 (document AFR/RC48/11)
11. Adoption du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC48/7)
12. Attribution des responsabilités pour la présentation du rapport du Sous-Comité du Programme au Comité régional
13. Clôture de la réunion.

## **RAPPORT DE LA REUNION DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME TENUE A HARARE LE 4 SEPTEMBRE 1998**

### **INTRODUCTION**

1. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni le vendredi 4 septembre 1998 à Harare (Zimbabwe) immédiatement après la quarante-huitième session du Comité régional de l'Afrique. Il était composé des représentants des Etats Membres suivants : Algérie, Rwanda, Sao-Tome et Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Togo, Ouganda, Zambie et Zimbabwe. 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 Malick Niang (Sénégal), Vice-Président sortant, comme Président, le Dr Peter Kilima (Tanzanie) comme Vice-Président et les Dr Gilberto Frota (Sao-Tome et Principe) et S. Musingarabwi (Zimbabwe) comme Rapporteurs.

3. Le Président a remercié les membres du Sous-Comité de la confiance qu'ils ont placée en son pays et en sa personne en l'élisant comme Président.

### **ADOPTION DU PROGRAMME DE TRAVAIL**

4. Le programme de travail provisoire du Sous-Comité du Programme a été adopté sans amendement (Appendice 2).

### **ORIENTATION DES NOUVEAUX MEMBRES**

5. La représentante du Secrétariat de l'OMS, le Dr N. Nhwatiwa, a expliqué que le mandat du Sous-Comité du Programme avait été amendé pour lui donner davantage de responsabilités.

6. Il a été précisé que ce sont les Etats Membres de la Région africaine qui sont désignés au sein du Sous-Comité du Programme et qu'il appartient donc à chaque Etat Membre de déléguer un représentant aux réunions du Sous-Comité. Un Etat Membre peut remplacer à tout moment son représentant au Sous-Comité. Chaque pays ne peut envoyer qu'un seul représentant au Sous-Comité du Programme.

7. Il a été expliqué en outre que l'arrangement consistant à tenir le Sous-Comité longtemps avant le Comité régional, comme cela a été le cas cette année, entraînait des dépenses supplémentaires pour l'Organisation. Par conséquent, le calendrier des réunions est en train d'être revu.

8. Le Président a fait remarquer que le Sous-Comité avait eu beaucoup de temps cette année pour étudier les documents, en faire une analyse critique et formuler ses recommandations au Comité régional. Il a prié le Directeur régional de maintenir le système actuel et d'augmenter le budget destiné au Comité régional pour couvrir les dépenses supplémentaires.

**DATE ET LIEU DE LA PROCHAINE REUNION**

9. Le Président a informé les membres du Sous-Comité que la date et le lieu de la prochaine réunion leur seront communiqués en temps opportun par le Secrétariat.

**CLOTURE DE LA REUNION**

10. Le Président a remercié les membres de leur appui, leur a souhaité un bon voyage retour et a déclaré la réunion close.

## APPENDICE 1

## LISTE DES PARTICIPANTS

## ALGERIE

Dr Mesbah Smail  
Directeur général de l'Institut  
national de Santé publique

## RWANDA\*

## SAO TOME &amp; PRINCIPE

Dr Gilberto da Costa Frota  
Directeur du Plan et des Finances

## SENEGAL

Dr Malick Niang  
Directeur de l'Hygiène et  
de la Santé publique

## SEYCHELLES

Dr Stella Anyangwe\*\*  
Représentante de l'OMS/Seychelles

## SIERRA LEONE

Dr Sheku T. Kamara  
Director General of Medical Services

## SWAZILAND

Dr Steven V. Shongwe  
Deputy Director of Health Services

## TANZANIE

Dr Peter Kilima  
Director of Preventive Services

## TOGO

Mr Marfa Skouloum Aye  
Chef de la Division de la Salubrité  
publique et du Génie sanitaire

## UGANDA\*

## ZAMBIE

Dr M. R. Sunkutu  
Director, South-East Region  
Central Board of Health

## ZIMBABWE

Mr S. Musingarabwi  
Director of Environmental Health Services

## APPENDICE 2

## PROGRAMME DE TRAVAIL

1. Ouverture de la réunion
2. Election du Président, du Vice-Président et des Rapporteurs
3. Adoption du programme de travail
4. Orientation des nouveaux membres
5. Date et lieu de la prochaine réunion
6. Clôture de la réunion

\* N'a pas pu assister à la réunion.

\*\*La Représentante de l'OMS aux Seychelles a assisté à la réunion car le délégué des Seychelles était déjà reparti.

## RAPPORT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES

### 1. HISTORIQUE

La façon dont l'environnement contribue à la qualité de la vie et à la santé, et la mesure dans laquelle cet environnement est dénué de risques pour la santé, sont les préoccupations essentielles de la salubrité de l'environnement.

La dégradation de l'environnement en Afrique et l'insuffisance de l'approvisionnement en eau de boisson (400 millions de personnes n'ont pas accès à une eau de boisson saine et à des systèmes appropriés d'évacuation des excréta et des déchets) expliquent le niveau élevé de morbidité et de mortalité.

Les Ministères de la Santé ont un rôle déterminant à jouer dans la promotion d'un environnement sain, préalable à la santé et au bien-être général de la population.

La Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, les principes fondamentaux des soins de santé primaires et les résolutions adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Comité régional de l'Afrique soulignent l'importance de la salubrité de l'environnement et le rôle des Ministères de la Santé en tant qu'autorités directrices dans le processus visant à promouvoir et à garantir un développement sanitaire durable.

### 2. JUSTIFICATION

C'est dans cet esprit que le Comité régional, lors de sa quarante-septième session, avait choisi la salubrité de l'environnement comme sujet des Discussions techniques de sa quarante-huitième session. L'objectif était d'examiner les défis que doivent relever les Ministres de la Santé pour promouvoir et préserver la salubrité de l'environnement, et de formuler des recommandations pour redéfinir leurs fonctions dans le cadre d'un partenariat avec d'autres secteurs et avec les communautés.

Les Discussions techniques ont eu lieu le 2 septembre 1998. Les représentants des Etats Membres qui y ont participé se sont répartis en trois groupes de travail. Leurs recommandations ont été regroupées puis présentées par le Président au Comité régional le 3 septembre au cours d'une séance plénière.

### 3. DOCUMENTS DE TRAVAIL

Deux documents de travail avaient été élaborés, à savoir le document AFR/RC48/TD/1 intitulé : "Assurer la salubrité de l'environnement dans les pays de la Région africaine de l'OMS : le rôle des Ministères de la Santé" et le document AFR/RC48/TD/2 intitulé "Directives pour les Discussions techniques".

### 4. ORGANISATION DES TRAVAUX

M. T. R. Ramaema (Afrique du Sud) a assuré la Présidence des Discussions techniques. Les trois rapporteurs élus par le Comité régional étaient les suivants : Dr Gilberto da Costa Frota (Sao Tomé et Principe), Prof. J. F. Meme (Kenya) et Dr A. Ndiaye (Sénégal).

## 5. METHODE DE TRAVAIL

Afin de permettre à toutes les personnes concernées de participer activement aux travaux, les délégués se sont divisés en trois groupes : un anglophone, un francophone et un trilingue où l'interprétation simultanée était assurée dans les trois langues officielles de la Région. L'interprétation était également assurée au cours des séances plénières.

## 6. RESULTATS DES DISCUSSIONS AU SEIN DES GROUPES

Sur la base de la situation existant dans les pays, telle qu'elle avait été décrite par les participants, il était évident que de grandes différences existaient entre les divers pays et les différentes sous-régions en ce qui concerne les réalisations accomplies dans le domaine de la salubrité de l'environnement.

Les succès enregistrés à cet égard par certains pays sont les suivants :

- réelle volonté politique;
- élaboration de politiques et actualisation de la législation en matière de salubrité de l'environnement;
- dévolution ou décentralisation des structures chargées de la salubrité de l'environnement;
- inclusion de la composante relative à la salubrité de l'environnement dans les programmes d'irrigation et de construction de barrages;
- responsabilisation des communautés en matière d'approvisionnement en eau et d'assainissement par la formation et le renforcement des capacités;
- mise en place d'équipes de santé dans les districts et de comités de développement dans les villages;
- mise en place de comités nationaux de coordination opérationnels;
- recours à des technologies et approches novatrices et appropriées, notamment en matière d'approvisionnement en eau et d'assainissement;
- adoption de programmes de formation du personnel en matière de salubrité de l'environnement.

Les échecs enregistrés par les pays ont été les suivants :

- absence de politiques relatives à la salubrité de l'environnement dans la plupart des pays;
- absence de définition claire du rôle et des attributions des Ministères de la Santé; et absence de coordination avec les autres secteurs, les ONG et les institutions de formation;
- plaidoyer inefficace pour l'allocation de crédits budgétaires dans de nombreux pays;
- faible niveau de priorité accordé à la salubrité de l'environnement;

- législations désuètes en matière de salubrité de l'environnement;
- absence de perspectives de carrière pour le personnel travaillant dans le domaine de la salubrité de l'environnement;
- systèmes de gestion inappropriés des données relatives à la salubrité de l'environnement à tous les niveaux;
- inefficacité et/ou insignifiance des services de la salubrité de l'environnement au sein des Ministères de la Santé;
- absence d'information et d'éducation en matière de salubrité de l'environnement au sein des communautés, ce qui limite leur participation aux activités menées dans ce domaine;
- croissance anarchique des zones péri-urbaines des villes et des grandes agglomérations, sans services adéquats en matière de salubrité de l'environnement;
- absence d'évaluation de l'impact de la salubrité de l'environnement dans les plans de développement économique;
- développement insuffisant des ressources humaines dans le domaine de la salubrité de l'environnement, la plupart du personnel n'ayant suivi aucun cours de recyclage dans ce domaine;
- caractère non prioritaire accordé à la salubrité de l'environnement dans beaucoup de pays, ce qui entraîne de fréquentes flambées de maladies diarrhéiques et de choléra;
- définition peu claire des profils nationaux en matière de salubrité de l'environnement;
- absence d'engagement des responsables politiques et des autorités publiques;

Parmi les obstacles qui entravent l'amélioration de la salubrité de l'environnement, on peut citer :

- la résistance de la communauté aux changements et les approches inappropriées en matière de salubrité de l'environnement;
- l'absence de politiques en matière de salubrité de l'environnement;
- le faible rang accordé aux services de la salubrité de l'environnement dans la hiérarchie des Ministères de la Santé;
- la pénurie des ressources;
- la faiblesse des systèmes judiciaires et des services chargés de l'application de la loi;
- la grande diversité des tâches assignées au personnel chargé de la salubrité de l'environnement;
- la pauvreté et le faible niveau d'alphabétisation;

- le contexte peu favorable qui existe dans la plupart des pays;
- la destruction de l'environnement et/ou des infrastructures par les guerres, etc;
- la compétition entre différents ministères, peu disposés à collaborer pour les questions relatives à la salubrité de l'environnement;
- les politiques commerciales nationales non conformes aux politiques relatives à la salubrité de l'environnement;
- le grand nombre de personnes déplacées et bénéficiant d'un minimum d'installations et services en matière de salubrité de l'environnement;
- la technologie inappropriée en ce qui concerne l'utilisation de l'énergie à usage domestique, notamment dans les communautés démunies.

Les facteurs ci-après peuvent faciliter l'amélioration de la salubrité de l'environnement :

- mise en place d'un conseil de l'environnement ou d'un office national chargé de coordonner la gestion de l'environnement et rattaché au cabinet du Vice-Président ou du Premier Ministre, comme cela a été fait dans certains pays;
- existence de politiques et de directives nationales en matière de salubrité de l'environnement, comme cela est le cas dans certains pays;
- participation des services nationaux chargés de la salubrité de l'environnement à des comités interministériels;
- décentralisation des activités relatives à la salubrité de l'environnement et participation agissante des communautés à ces activités;
- existence de comités de développement opérationnels dans les villages;
- formulation et application de législations actualisées ou nouvelles;
- délégation claire des pouvoirs et des responsabilités en matière de salubrité de l'environnement au sein des ministères concernés;
- collaboration entre les ministères et existence de comités interministériels;
- adoption d'approches sexospécifiques et renforcement des capacités en matière de salubrité de l'environnement;

A la suite de la séance plénière qui a regroupé tous les participants aux Discussions techniques, les recommandations ci-après ont été recueillies, synthétisées et classées par ordre de priorité avant d'être présentées au Comité régional.

## 7. RECOMMANDATIONS

### Recommandations adressées aux gouvernements

1. Les gouvernements doivent élaborer des politiques de salubrité de l'environnement qui soient appuyées par une législation appropriée. Il convient, à cet effet, de revoir et de modifier, si nécessaire, l'actuelle législation relative à la salubrité de l'environnement, de manière à la rendre plus pertinente. Les pays sont en outre incités à se doter de normes et de critères actualisés de salubrité de l'environnement ou à élaborer de tels instruments là où ils n'existent pas encore.
2. Les Ministères de la Santé doivent prendre des initiatives visant à harmoniser les activités, de manière à favoriser une planification commune, à partager les informations et à maximiser les avantages.
3. La salubrité de l'environnement doit se situer à un niveau convenable dans l'organigramme des Ministères de la Santé. Les divisions ou départements chargés de la salubrité de l'environnement doivent avoir des structures correspondantes au niveau des provinces, des districts et au niveau local afin de garantir la mise en oeuvre efficace des programmes et la participation des communautés.
4. Les gouvernements doivent faire en sorte que des crédits budgétaires suffisants soient affectés aux activités portant sur la salubrité de l'environnement.
5. Les gouvernements doivent se doter des moyens humains nécessaires pour garantir la salubrité de l'environnement. Le personnel employé à cet effet doit posséder des compétences en épidémiologie, en économie des ressources, en génie et en gestion des catastrophes. Ces spécialistes doivent être répartis équitablement dans tout le pays. Les gouvernements doivent également offrir des primes pour retenir les agents travaillant dans les programmes de salubrité de l'environnement, tant il est évident que leurs effectifs diminuent.
6. Il est recommandé de procéder obligatoirement à une évaluation de l'impact des projets de développement sur l'environnement avant que de tels projets ne soient approuvés, afin de réduire leur incidence négative.
7. La salubrité de l'environnement doit faire partie des programmes scolaires et des programmes de développement communautaire.
8. Les gouvernements doivent favoriser la mise au point de technologies novatrices, appropriées et écologiques grâce à des recherches appliquées dans les domaines de l'assainissement, de l'eau, de l'énergie et du logement, et promouvoir la diffusion des résultats de la recherche.
9. Les gouvernements doivent élaborer des indicateurs de salubrité de l'environnement afin de faciliter la surveillance continue et l'évaluation des services et des activités aux niveaux des pays et de la Région.
10. Les gouvernements doivent assurer un accès continu à l'eau : a) en faisant légalement de toutes les sources d'eau et de tous les bassins versants des ressources nationales, quels qu'en soient l'emplacement et le propriétaire; b) en déterminant la valeur de l'eau, y compris l'eau "virtuelle" (eau utilisée pour toutes sortes d'activités de production), et en veillant à ce que

les retombées positives de la contribution de cette eau aux échanges commerciaux renforcent les activités de gestion des approvisionnements en eau. Ce principe s'applique également aux autres mécanismes de financement des services de salubrité de l'environnement, notamment les services de santé portuaires.

11. Les Ministères de la Santé sont instamment invités à favoriser l'alphabétisation et à atténuer la pauvreté en partenariat avec d'autres secteurs. Des améliorations dans ces deux domaines fourniront une base propice à la promotion de la salubrité de l'environnement.
12. Les gouvernements doivent appliquer des politiques commerciales qui favorisent le développement de la salubrité de l'environnement. Les pays d'Afrique ne doivent pas devenir des "poubelles" pour les substances dangereuses qui sont interdites dans les pays développés.
13. L'égalité entre les hommes et les femmes doit occuper une place majeure dans les politiques et les programmes de salubrité de l'environnement car les femmes sont les premières victimes de la mauvaise qualité des services de salubrité de l'environnement.
14. Les gouvernements sont encouragés à se doter des moyens nécessaires à l'application des techniques de cartographie des Systèmes d'Information géographique (GIS)/Systèmes de Positionnement géographiques (GPS) pour la mise en oeuvre de programmes actifs de gestion des catastrophes.
15. Les gouvernements doivent renforcer les mesures de contrôle en médecine du travail, afin que les polluants industriels et autres ne menacent pas la santé des populations qui ne participent pas directement à ces activités.

### **Recommandations adressées à l'OMS et aux autres partenaires**

16. L'OMS et les autres partenaires devraient aider les Ministères de la Santé à jouer un rôle directeur dans l'élaboration de politiques de salubrité de l'environnement.
17. L'OMS devrait recenser les centres d'excellence qui existent déjà dans le domaine de la salubrité de l'environnement, en tenant dûment compte des barrières linguistiques au niveau sous-régional. Elle devrait renforcer ces centres afin de leur permettre de venir en aide aux Etats Membres en cas de nécessité.
18. L'OMS devrait continuer à établir des lignes directrices pour l'élaboration de normes et critères de salubrité de l'environnement dans les Etats Membres.
19. L'OMS devrait apporter un appui technique et matériel pour faciliter l'organisation de réunions et d'activités sur la salubrité de l'environnement dans les pays des différentes sous-régions du continent.
20. L'OMS devrait renforcer l'unité chargée de la salubrité de l'environnement au Bureau régional de l'Afrique et en élever le niveau afin d'accroître ses capacités techniques d'appui aux Etats Membres.
21. En partenariat avec d'autres institutions, l'OMS devrait appuyer la collaboration interpays pour empêcher la pollution des ressources en eau communes.

22. Compte tenu de toutes les initiatives sous-régionales qui ont été lancées, l'OMS devrait faciliter la création d'un fonds pour la gestion des catastrophes et aider les Etats Membres à réviser ou élaborer des plans nationaux de gestion des catastrophes qui prennent en compte les approches de la salubrité de l'environnement dans la gestion des situations d'urgence.

## **CONCLUSION**

Le Comité régional s'est félicité du rapport des Discussions techniques et a suggéré que les invalidités soient prises en compte dans l'élaboration des stratégies relatives à la salubrité de l'environnement. Il a adopté le rapport à l'unanimité et a exhorté les Etats Membres et l'OMS à appliquer ses recommandations.

**APPENDICE 1****NOTES EXPLICATIVES POUR LES TRAVAUX DES GROUPES****INTRODUCTION**

Les groupes de travail privilégieront les domaines prioritaires ci-après, identifiés dans le document de base AFR/RC48/TD1.

- GT-1** Développement d'institutions durables pour faciliter et soutenir les activités des services de salubrité de l'environnement.
- GT-2** Stratégies rentables propres à accélérer la responsabilisation des communautés dans la gestion locale des services de salubrité de l'environnement.
- GT-3** Stratégie de gestion intégrée des catastrophes/situations d'urgence.

Les grandes questions à prendre en considération sont les suivantes :

- Cadre politique et législatif susceptible d'appuyer la transformation des institutions
- Restructuration de l'organisation des Ministères de la Santé
- Collaboration et coordination aux niveaux local et national
- Développement et mobilisation des ressources (humaines, financières, matérielles)
- Equité entre hommes et femmes
- Technologie appropriée
- Promotion des villes/villages-santé
- Systèmes nationaux d'innovation
- Recommandations appropriées aux gouvernements, à l'OMS et à leurs partenaires

**METHODE DE TRAVAIL**

**Etape 1 :** Nommer un Président

**Etape 2 :** Inscrire vos idées sous les rubriques suivantes : succès, échecs, obstacles et facteurs pouvant faciliter les activités

**Etape 3 :** Formuler des recommandations appropriées aux gouvernements, à l'OMS et aux autres partenaires aussi bien que des recommandations pour le suivi et l'évaluation aux niveaux régional et national

**ALLOCUTION LIMINAIRE DU DR NKOSAZANA CLARICE DLAMINI-ZUMA,  
PRESIDENT DE LA QUARANTE-SEPTIEME SESSION DU COMITE REGIONAL**

Monsieur le Président de la République du Zimbabwe,  
Madame le Directeur général de l'OMS,  
Monsieur le Directeur régional,  
Mesdames et Messieurs les Ministres,  
Monsieur le Maire de Harare,  
Mesdames et Messieurs les Membres du Corps diplomatique,  
Mesdames et Messieurs les Représentants des Institutions du système des Nations Unies,  
Mesdames et Messieurs,

Je vous souhaite à tous la bienvenue à la quarante-huitième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

C'est pour moi un très grand privilège d'accueillir en votre nom Monsieur Robert Gabriel Mugabe, Président de la République du Zimbabwe, qui a aimablement accepté d'ouvrir la session.

Je suis très heureuse d'accueillir le nouveau Directeur général de l'OMS, le Dr Gro Harlem Brundtland, qui assiste à notre réunion pour la première fois. En notre nom à tous, je voudrais féliciter une nouvelle fois le Dr Brundtland de son élection à ce poste d'une extrême importance. Nous pouvons l'assurer de notre soutien sans faille et de notre collaboration tout au long de son mandat.

J'aimerais également adresser nos plus sincères remerciements au Président Mugabe ainsi qu'au gouvernement et au peuple du Zimbabwe pour l'hospitalité dont ils ont fait preuve depuis notre arrivée et pour la qualité des installations mises à la disposition de la réunion.

Nous leur sommes d'autre part extrêmement reconnaissants d'avoir accordé au Bureau régional un refuge temporaire après son évacuation de Brazzaville. Nous les remercions des installations qu'ils ont offertes pour que le Bureau puisse fonctionner sans trop de retard à partir de Harare.

Mesdames et Messieurs les Ministres,

Vous vous souviendrez que, lors de notre dernière réunion à Sun City, nous avons décidé que la quarante-huitième session se tiendrait à Dakar, au Sénégal. Comme vous en avez été informés, le gouvernement du Sénégal a par la suite fait savoir au Comité régional qu'il n'était pas en mesure d'accueillir la réunion cette année. Le Bureau régional a donc dû prendre d'autres dispositions et c'est la raison pour laquelle nous sommes réunis ici à Harare. Nous remercions le gouvernement du Zimbabwe de la coopération et de l'aide qu'il a apportées à cet égard.

Les mois écoulés depuis la réunion de Sun City ont été riches d'événements. Nous avons par exemple décidé de relocaliser temporairement le Bureau régional à Harare, démarche qui s'est poursuivie sans heurt. L'année a également été marquée par la célébration du cinquantième anniversaire de l'Organisation mondiale de la Santé et par l'élection d'une femme très dynamique, le Dr Brundtland, au poste de Directeur général.

Durant l'année, nous avons participé à la Cinquante et Unième Assemblée mondiale de la Santé où, comme vous le savez, la Région africaine s'en est très bien tirée. Après un très long débat, l'Assemblée a dûment reconnu les besoins extraordinaires de la Région en matière de santé et a sensiblement augmenté les crédits du budget ordinaire alloués à ses programmes.

L'Assemblée a également donné aux Ministres africains de la santé l'occasion de mener des consultations sur plusieurs thèmes et de faire un bilan des progrès réalisés dans le cadre de l'initiative africaine pour la lutte contre le paludisme au 21<sup>ème</sup> siècle.

La Région africaine a été pendant l'année le théâtre de nombreux bouleversements qui ont contribué à grever davantage les ressources disponibles pour les soins de santé. La situation en Sierra Leone, en Angola, en République démocratique du Congo ainsi qu'aux confins de l'Ethiopie et de l'Erythrée, entre autres, a imposé des exigences nouvelles sur le plan des ressources humaines, des médicaments et d'autres fournitures médicales mais l'OMS et d'autres partenaires ont été à la hauteur de la tâche.

Malgré ces difficultés tout comme d'autres, les activités de l'OMS dans la Région ont beaucoup progressé pendant l'année, notamment pour ce qui est de la mise en oeuvre des résolutions adoptées lors des sessions précédentes.

Il ne fait cependant aucun doute que d'immenses défis sanitaires nous attendent en Afrique. La menace du VIH/SIDA s'aggrave chaque jour et il devient de plus urgent que nos gouvernements s'attaquent à ce problème avec le sérieux qu'il mérite. Le paludisme et la tuberculose progressent dans la Région, menaçant la santé et la vie d'un nombre croissant de ses habitants. Alors même que les problèmes s'accroissent, les ressources disponibles pour y faire face diminuent.

Il nous appartient, à titre individuel en tant que ministres et à titre collectif en tant que Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, de trouver des solutions à ces problèmes. Nous avons fait de notre mieux et je suis convaincue que nous continuerons dans ce sens jusqu'à ce que l'amélioration de la situation sanitaire de nos peuples devienne une réalité.

J'aimerais terminer en vous remerciant tous de l'aide que vous m'avez apportée au cours de mon mandat en tant que Président du Comité régional. Cela a été un honneur et une merveilleuse expérience pour moi d'avoir cette occasion de servir notre continent. Je suis particulièrement reconnaissante au Directeur régional, le Dr Ebrahim M. Samba, et à ses collaborateurs pour le concours qu'ils m'ont apporté tout au long de l'année et le dévouement qu'ils ont manifesté dans une situation difficile.

Je vous demande instamment d'apporter le même soutien à mon successeur.

Je vous remercie de votre attention.

**ALLOCUTION DU DR EBRAHIM M. SAMBA,  
DIRECTEUR REGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE**

Monsieur le Président de la République du Zimbabwe,  
Madame la Présidente de la quarante-septième session du Comité régional,  
Madame le Directeur général de l'OMS,  
Mesdames et Messieurs les Ministres,  
Mesdames et Messieurs les membres du Corps diplomatique,  
Mesdames et Messieurs les représentants du système des Nations Unies et des ONG,  
Mesdames et Messieurs,

Je vous souhaite à tous la bienvenue à cette quarante-huitième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, qui se tient à notre Bureau temporaire de Harare. J'espère que les dispositions que nous avons prises nous permettront de tenir une réunion fructueuse.

Je suis particulièrement heureux de souhaiter la bienvenue à notre nouveau Directeur général, le Dr Gro Harlem Brundtland. Ce Comité régional est le premier auquel elle assiste en tant que Directeur général de l'Organisation.

Le Dr Brundtland a imprimé à ses fonctions une nouvelle vision, une dynamique et un sens de l'engagement. Elle privilégie la collaboration et la transparence, et nous en sommes très heureux. Les premières priorités du Dr Brundtland portent notamment sur le paludisme, l'appui spécial à apporter aux pays les plus nécessiteux et la gestion de l'Organisation - autant de questions qui présentent un grand intérêt pour l'Afrique. Nous souhaitons donc très chaleureusement la bienvenue à notre Directeur général, en tant que citoyen d'honneur de notre continent.

Mesdames et Messieurs les Ministres,

Nous nous sommes conformés, depuis notre réunion de l'an dernier, à l'instruction qui nous avait été donnée de transférer temporairement le Bureau régional à Harare. Vous vous rappelez certainement qu'il avait fallu évacuer de Brazzaville 450 membres du personnel et leurs familles dans un délai de 48 heures. A ce jour, 220 d'entre eux sont en poste à Harare, les autres étant répartis dans divers bureaux pays de l'OMS dans la Région. Cette relocalisation n'a pas été facile, mais nous avons pu poursuivre normalement nos activités grâce à votre appui et au dévouement du personnel.

Nous sommes particulièrement reconnaissants à Son Excellence le Président Mugabe, au Gouvernement et au peuple du Zimbabwe d'avoir facilité notre séjour à Harare.

Cette relocalisation a naturellement entraîné d'énormes dépenses imprévues. Elle a également perturbé notre programme normal de travail, ainsi que la vie sociale et familiale de la plupart de notre personnel. Elle a été très éprouvante. Nous espérons de tout coeur qu'une telle situation ne se reproduira jamais.

Sur les 46 pays qui constituent la Région africaine de l'OMS, 20 sont actuellement confrontés à des troubles civils d'une nature ou d'une autre, qui ont fait environ sept millions de réfugiés, 40 millions de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays et des milliers de blessés, de morts et d'orphelins. Malheureusement, la plupart des victimes sont des femmes et des enfants qui n'ont absolument rien à voir avec ces conflits. Ce sont eux qui sont le plus exposés aux maladies graves, aux épidémies, aux abus sexuels et aux traumatismes psychologiques.

Ces millions de gens ont besoin de soins intensifs et d'un soutien médical; ils ont besoin de se réadapter et de se réinstaller. Aucune institution ne peut couvrir à elle toute seule l'ensemble de ces besoins. Or, le rôle de l'OMS est déterminant à cet égard.

Excellence,  
Madame la Présidente,  
Mesdames et Messieurs les Ministres,  
Honorables participants,

Malgré tous ces problèmes, nous avons fait de grands progrès dans tous nos programmes au cours de l'année écoulée. Le programme d'éradication de la poliomyélite avance de façon satisfaisante. La stratégie relative à la santé reproductive est en cours d'exécution. L'Initiative de Lutte contre le Paludisme et la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant avancent normalement.

Nous avons lancé une nouvelle initiative sur le VIH/SIDA. Et nous élaborons actuellement des mécanismes en vue d'un système de surveillance intégrée plus efficace portant sur plusieurs maladies. Autre initiative importante, nous prévoyons de renforcer les bureaux de l'OMS dans les pays.

Notre collaboration avec les organisations non gouvernementales s'améliore également sensiblement depuis la réunion que nous avons tenue à Dakar (Sénégal), au mois de février de cette année, avec les représentants des 46 Etats Membres et de 150 organisations non gouvernementales (ONG) travaillant dans 60 pays.

L'élaboration d'un plan d'action pratique dans le cadre de l'Initiative spéciale du système des Nations Unies pour l'Afrique est en bonne voie et cette activité bénéficie d'un financement de la Banque mondiale.

Monsieur le Président de la République,  
Mesdames et Messieurs les Ministres,

A la dernière Assemblée mondiale de la Santé, la part du budget ordinaire de l'OMS destinée à la Région africaine est passée de US \$157 millions à US \$247 millions. Cet accroissement sera étalé sur une période de quatre ans et devrait nous permettre d'améliorer la mise en oeuvre de nos programmes. Il devrait également nous encourager à gérer nos ressources avec plus de prudence et inciter les Etats Membres à verser à temps toutes leurs contributions à l'OMS.

Le financement extrabudgétaire des activités de l'OMS a régulièrement augmenté depuis 1995. Il est aujourd'hui deux cents fois plus élevé que lorsque j'ai pris mes fonctions. J'ai demandé aux Représentants de l'OMS de prendre contact avec vous, Mesdames et Messieurs les Ministres, afin que vous les aidiez à mieux gérer les ressources.

Cette année est celle du cinquantième anniversaire de notre Organisation. Grâce à une étroite collaboration entre l'OMS et les Etats Membres, la Région africaine a enregistré de notables progrès dans la lutte contre les maladies ainsi qu'en matière de promotion et de protection de la santé de la population. Le soutien technique assuré par l'Organisation a permis de cibler et de systématiser ce combat, débouchant ainsi sur des résultats concrets. Il ne fait aucun doute que la santé et la qualité de vie de nos populations sont bien meilleures qu'il y a 50 ans.

Toutefois, la situation sanitaire actuelle de notre continent nous interdit de pavoiser.

Alors que le XXe siècle s'achève et que nous sommes au seuil d'un nouveau millénaire, l'Afrique se trouve toujours aux prises avec d'énormes problèmes de santé et il lui reste de grands défis à relever. Il nous faut empoigner résolument les problèmes et faire en sorte qu'au siècle prochain les populations de la Région n'aient plus à porter le lourd fardeau de la maladie et des problèmes qui s'y rattachent.

Grâce à une poursuite de la coopération entre les Etats Membres, l'OMS et nos nombreux partenaires, et l'intensification de ces efforts, je suis sûr que nous pourrons amener une majorité des populations de la Région à un niveau de santé acceptable.

Je vous remercie de votre attention.

**ALLOCUTION DU DR GRO HARLEM BRUNDTLAND,  
DIRECTEUR GENERAL DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE**

Monsieur le Président,  
Mesdames et Messieurs les Ministres,  
Docteur Samba,  
Chers collègues,  
Mesdames et Messieurs,

Assister à la réunion du Comité régional de l'Afrique est pour moi un événement particulier. C'est la première réunion d'un Comité régional à laquelle j'assiste en tant que Directeur général.

Et c'est un événement particulier parce que l'Afrique constitue une priorité essentielle pour l'OMS. Personne, je crois, ne me contredira vraiment : à l'aube d'un siècle nouveau, nous devons faire revivre la solidarité internationale avec l'Afrique. Le siècle qui a donné l'indépendance aux pays africains n'a pas, malgré les progrès accomplis dans de nombreux domaines, permis d'engager l'Afrique résolument sur la voie de l'espoir et de la prospérité.

C'est pour moi un privilège de vous parler aujourd'hui et aussi d'avoir la possibilité de vous écouter. Je saisirai cette occasion pour soulever quelques points que j'estime importants pour l'Afrique. Vers la fin de mon allocution, je parlerai du processus de changement que j'ai engagé avec mes collègues au Siège de l'OMS - un processus qui vise à faire un meilleur travail, notamment pour l'Afrique et les pays africains.

L'Afrique offre un tableau tragique, mais aussi un tableau d'espoir. Je me suis engagée à créer la différence. Telle est mon ambition. Et c'est en Afrique que les besoins et le potentiel sont les plus importants.

Regardez autour de vous : jamais tant d'êtres humains sur cette planète n'ont eu de telles possibilités. Jamais nos connaissances n'ont été aussi avancées. Jamais nous n'avons pu bénéficier d'une succession aussi régulière de découvertes et de percées nouvelles dans le domaine de la santé - au point qu'aujourd'hui, pour l'équivalent du prix de quelques avions de combat, nous sommes en mesure de réduire sensiblement le poids des maladies.

Pourtant, les pays en développement supportent plus de 90 % de ce poids, alors qu'ils n'ont accès qu'à 10 % des ressources consacrées à la santé. C'est inacceptable. Cela doit changer. La fin de la guerre froide a fait miroiter les dividendes de la paix qui devaient profiter au développement humain. Or de nombreux pays ont semblé abandonner l'Afrique.

Laissez-moi évoquer maintenant certains des principaux défis qui se posent à l'Afrique.

Tout d'abord, il y a la menace principale pour la santé - la **menace de la pauvreté**.

La maladie conduit à la pauvreté et la pauvreté engendre la maladie.

Nous autres, dans le domaine de la santé, nous nous devons d'avoir une perspective large. La santé est un bien déterminant pour l'individu. Mais elle représente plus que cela : elle est au cœur même du développement humain. Les racines profondes des problèmes sanitaires mondiaux sont encore liées à la pauvreté et au sous-développement.

Un effort nouveau et énergique s'impose pour faire comprendre ce message crucial : fournir l'accès le plus simple aux services de santé constitue un investissement pour le développement social et économique. L'investissement en faveur de la santé peut jouer un rôle décisif en brisant le cercle vicieux de la pauvreté et de la maladie.

Je crois que nous pouvons réussir. Nous disposons des éléments qui illustrent la réalité des liens fondamentaux entre la santé et le développement.

Nous n'avons pas à le rappeler aux ministres de la santé - vous, vous le savez déjà. Mais nous devons aller au-delà et dire aux Présidents, aux Premiers Ministres et aux Ministres des Finances qu'ils sont eux aussi des Ministres de la Santé. L'investissement en faveur de la santé donne des résultats tangibles, permet de briser le cercle de la pauvreté, fournit une meilleure main-d'oeuvre, rend les écoliers et les étudiants plus réceptifs, permet en un mot d'exploiter la véritable ressource du XXI<sup>e</sup> siècle en Afrique autant qu'ailleurs : la ressource humaine est la base des connaissances. Moins de coûts sociaux, moins de tension psychologique. Plus de progrès humain.

Deuxièmement - nous ne pouvons pas ne pas en parler - **les conflits meurtriers** qui continuent de déchirer le continent.

Jamais nous ne pourrions nous rapprocher aussi peu que ce soit de l'objectif de la santé pour tous tant qu'il y aura des guerres et des conflits armés. L'Afrique continue d'en avoir plus que sa part. Votre Bureau régional a dû être déplacé à cause d'un conflit armé. Nous espérons qu'il pourra bientôt retrouver son siège.

Mais de nouveaux conflits éclatent, et souvent réduisent à néant des décennies de développement et de progrès durement acquis. Depuis 1980, à cause de conflits, 4 millions de morts ont été recensés en Afrique. On estime que ce tragique bilan a coûté à lui seul une moyenne de 13 milliards de dollars par an à la Région africaine. C'est une somme considérable, surtout si l'on pense à ce qu'elle aurait représenté en vaccins et soins de santé primaires.

Les conflits entraînent la destruction des infrastructures matérielles. Ils anéantissent aussi le tissu social, laissant les femmes et les enfants particulièrement vulnérables. Ils conduisent au déracinement de communautés entières, à des déplacements massifs de population, à l'interruption de l'action sociale au profit de dépenses militaires. En bref, à la misère et à la maladie.

Que peut faire l'OMS ? Vous avez fait entendre votre voix il y a deux ans quand le Comité régional a souligné que la paix était la condition absolue d'un développement sanitaire et humain durable. L'OMS doit apporter ce message à la communauté internationale.

L'OMS doit aussi venir en aide aux victimes des conflits - favoriser la mise en place de services de santé dignes de ce nom pour les réfugiés, de services de soins d'urgence et de réadaptation pour les blessés et les handicapés.

Nous pouvons créer la différence. Pensez-y; il y a quelques années, beaucoup croyaient qu'il serait impossible d'arrêter la prolifération des mines antipersonnel. Et pourtant, nous avons fait l'an dernier un pas de géant dans cette voie en signant la Convention sur les mines antipersonnels. Il se peut qu'elle entre bientôt en vigueur et nous devons nous réjouir quand le quarantième Etat qui la ratifiera en fera un instrument du droit international.

Nous devons centrer aussi nos efforts sur la prévention des conflits qui, aujourd'hui, sont plus souvent des conflits internes que des conflits entre Etats. Nous devons ne jamais perdre de vue les racines profondes des conflits : la pauvreté, la croissance démographique, la dégradation de l'environnement et l'absence de perspectives économiques.

Telles sont les sources des conflits auxquelles il faudrait nous attaquer avant que ne s'installe l'escalade et que les coûts n'exploient. La lecture du Rapport mondial sur le développement humain ou du Rapport sur la santé dans le monde peut nous en dire beaucoup plus sur la nécessité d'une action préventive que le recensement des armes déployées sur chaque champ de bataille potentiel. Tout ce qui concerne la vie doit rester au centre des préoccupations internationales.

Troisièmement, j'aimerais parler du problème des femmes – **la moitié de la population mondiale** – qui devrait également retenir votre attention à vous, Ministres de la Santé. Le moment est venu de le dire, les femmes africaines sont la plus grande ressource non reconnue du continent.

Eduquer une femme, c'est éduquer une famille. Investir dans les femmes ne peut être qu'éminemment profitable, économiquement et socialement. Les femmes non seulement élèvent les générations qui suivent, mais aussi dispensent l'essentiel des soins donnés aux malades, aux infirmes et aux nécessiteux.

Les problèmes de santé des femmes sont en partie liés à leur condition et à leur rôle dans la société. Les femmes vivent généralement plus longtemps que les hommes, mais pas nécessairement en meilleure santé. La santé génésique des femmes est l'affaire des femmes, mais aussi des hommes. Nous devons garantir la maternité sans risque – mais aussi la paternité responsable.

Dans beaucoup de sociétés, les filles sont victimes de discriminations même dès le moment de la conception. Là où les femmes ont un statut d'infériorité, leurs besoins sanitaires, éducatifs et affectifs passent après ceux des hommes. Les filles mangent en dernier et mangent moins, elles sont surchargées de travail mais sous-éduquées et, parfois, la seule possibilité qu'elles ont de prouver leur valeur est de donner naissance, dès l'adolescence, à de nombreux enfants.

Les femmes souffrent de traitements discriminatoires et sont souvent victimes de violences. L'infanticide, les mutilations sexuelles, la malnutrition et l'anémie frappent davantage les fillettes et les femmes. A cela s'ajoutent les grossesses précoces, les avortements, les maladies sexuellement transmissibles, le VIH/SIDA.

La maternité sans risque égale des familles protégées – la santé des femmes est garante de la santé des populations.

Quatrièmement, tournons-nous vers les **enfants d'Afrique**.

Dans certains pays d'Afrique, 20 % des enfants meurent encore avant l'âge de cinq ans. Sur dix décès d'enfants en Afrique, sept sont dus au paludisme, aux infections respiratoires aiguës, à la diarrhée, à la rougeole et à la malnutrition.

Nous devons renverser la tendance. L'OMS accorde à ce problème un rang élevé de priorité, travaillant avec les pays d'Afrique, avec le Bureau régional et avec toutes les bonnes volontés. Par exemple, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. Dix-neuf pays appliquent cette stratégie, qui les aide à lutter plus efficacement contre la mortalité infantile.

La vaccination demeure l'une des interventions les plus rentables qui soient. Les progrès techniques nous offrent des possibilités nouvelles dont nous n'aurions pas rêvé il y a seulement quelques années. Nous sommes peut-être en voie de trouver des vaccins efficaces contre le VIH. Nous serons peut-être capables de prévenir le paludisme. Peut-être pas demain, mais dans un avenir à notre portée - un avenir qui doit aussi être à la portée de l'Afrique.

Mais le défi reste de taille. Nous sommes parvenus à éradiquer des maladies comme la variole. Nous parviendrons peut-être à éliminer la poliomyélite. Mais nous pouvons aussi échouer près du but faute de crédits et si les pays - y compris les pays africains - ne prennent pas la situation au sérieux. J'ai plaidé ardemment pour un nouvel effort en faveur du financement de cette dernière ligne droite du marathon contre la poliomyélite. Des partenaires aussi importants que le Rotary sont prêts à faire un effort supplémentaire. Et je vous demande instamment de maintenir le cap jusqu'à ce que la poliomyélite soit entrée dans les annales de l'histoire.

Dans de nombreux pays africains, l'accès aux médicaments essentiels et aux innovations scientifiques est encore extrêmement inéquitable. Le secteur public manque parfois de médicaments vitaux, alors que les pharmacies privées en regorgent mais qu'ils ne sont abordables que pour quelques-uns. Certains pays consacrent jusqu'à 20 à 40 % de leur budget de la santé à l'importation de médicaments.

L'industrie doit s'employer à élaborer de nouveaux médicaments et de nouveaux vaccins. Nous devons nous employer à en promouvoir le financement et à promouvoir des systèmes de distribution qui permettent de mettre ces nouveaux médicaments à la portée de tous - et surtout des plus démunis.

Beaucoup d'entre vous ont encore en mémoire le débat houleux qu'a suscité la stratégie pharmaceutique révisée à l'Assemblée mondiale de la Santé. Le Conseil exécutif reprendra l'examen de ce point et j'y ai apporté une attention immédiate.

Nous recherchons le juste équilibre. Les stratégies nationales doivent assurer l'équité d'accès, l'usage rationnel et la qualité des médicaments **existants**. Mais, pour répondre aux besoins de santé publique les plus urgents, nous avons besoin de médicaments et de vaccins **nouveaux**. C'est vrai pour les maladies émergentes, mais c'est également vrai pour d'autres maladies du fait de la menace grave que pose la résistance croissante aux médicaments de maladies mortelles comme le paludisme, la tuberculose, la méningite bactérienne et la pneumonie.

Pour mettre au point de nouveaux médicaments, nous avons besoin d'une recherche et d'une industrie novatrices, et de mesures d'incitation à l'innovation. Je considère que tout cela fait partie intégrante de la santé publique au sens large.

L'OMS a la responsabilité primordiale de veiller à ce que des médicaments essentiels soient mis au point et qu'ils parviennent à ceux qui en ont besoin. Les nouveaux accords commerciaux internationaux offrent de nouvelles possibilités, de nouveaux défis, mais comportent également des incertitudes. Nous devons analyser et suivre la façon dont ces accords peuvent permettre de soutenir la santé publique.

Nous devons y veiller, mais vous – les gouvernements – devez aussi y veiller. Avant que les problèmes commerciaux ne soient débattus au niveau international, les besoins de santé publique devront avoir été pleinement évalués au niveau national. Les gouvernements doivent être cohérents et exprimer le même message politique dans les différentes instances internationales. Nous ne pouvons pas découper le monde en morceaux – d'un côté la santé, d'un autre le commerce et d'un autre l'environnement.

L'OMS parlera haut et fort. L'OMS sera plus active et plus présente dans son dialogue avec l'OMC. Notre Programme d'Action pour les Médicaments essentiels continuera à travailler avec les pays pour trouver les meilleurs moyens d'améliorer la mise à disposition des médicaments à un coût abordable. Cela implique une collaboration plus étroite avec les ministères de la santé. Mais cela implique également une collaboration avec le secteur privé et avec la société civile – associations professionnelles, ONG et industrie.

J'ai invité l'industrie au sens large – y compris l'industrie pharmaceutique – à nous rejoindre pour étudier les problèmes qui se posent et nous faire une idée plus claire de ce que nous pouvons réaliser ensemble et de nos divergences. Je suis convaincue que nous avons beaucoup à y gagner. Les sociétés pharmaceutiques locales et internationales qui produisent des médicaments génériques ou des médicaments nouveaux doivent savoir qu'en travaillant avec l'OMS, elles sont susceptibles de gagner de nouveaux marchés – des marchés durables – et de contribuer à améliorer la santé publique.

Enfin, permettez-moi d'aborder trois points importants qui, d'une façon ou d'une autre, sont étroitement liés : **la pandémie de VIH/SIDA, le projet "Faire reculer le paludisme" et la réforme du secteur de la santé.**

Vous connaissez le défi qui est celui du **VIH/SIDA** et l'ampleur terrifiante de l'épidémie.

La mortalité imputable à l'infection par le VIH et au SIDA va augmenter dans les années à venir, et annuler en partie les progrès réalisés à grand-peine en matière de survie de l'enfant, mais aussi d'autres progrès sociaux et économiques acquis de haute lutte. Le VIH est désormais un problème de l'adolescence, la moitié des nouvelles infections survenant chez les jeunes. Nous assistons en fait à une menace progressive pour les structures économiques, sociales et, par conséquent, politiques de l'Afrique subsaharienne.

Nous devons relever ce défi. Vous – les gouvernements – devez renforcer considérablement l'action face au VIH/SIDA. L'épidémie n'est maîtrisée dans aucun pays d'Afrique. Et pourtant, les connaissances, les techniques et les stratégies nécessaires pour mettre un terme à la propagation du virus et en atténuer les effets existent.

L'OMS vient de prendre la présidence des organismes coparrainants de l'ONUSIDA. Nous apporterons notre soutien total aux efforts de l'ONUSIDA et accorderons une attention accrue à la façon dont l'OMS traite l'épidémie de VIH dans toute son action, dans le cadre de ses programmes et comme partie intégrante de ses activités et des conseils qu'elle dispense en matière de politiques.

Je dois évoquer ici un sujet délicat – celui de la transmission du VIH de la mère à l'enfant par l'allaitement au sein. Il semble que cela puisse arriver et c'est un problème que nous devons nous poser. Mais réfléchissons avant de tirer des conclusions générales. Il faut donner aux mères des conseils corrects et prudents.

Il est extrêmement important d'éviter d'effrayer les femmes. Nous devons toujours demeurer vigilants face à la commercialisation agressive de substituts du lait maternel qui compromettent généralement l'allaitement au sein. Des décennies de travail risquent d'être anéanties et les perdants seraient les enfants. Il n'en demeure par moins que l'allaitement maternel demeure le moyen de prévention le plus efficace contre la malnutrition et les maladies infectieuses.

Mais il y a une autre situation intolérable sur le continent. Selon l'ONUSIDA, en 1995, en Afrique subsaharienne, pour une transfusion sanguine sur quatre, la recherche du VIH n'avait pas été effectuée.

Or, il existe dans le commerce des techniques permettant d'assurer la sécurité des stocks de sang eu égard non seulement au VIH, mais également à d'autres agents infectieux. Je demande aux gouvernements africains de poursuivre leurs efforts en faveur de la sécurité transfusionnelle. L'OMS fera elle-même un effort particulier pour aider les initiatives nationales qui iront dans ce sens et réduire les disparités mondiales en matière d'accès à des approvisionnements sanguins sûrs.

Il existe de grandes inégalités dans l'accès au traitement – par exemple les traitements antirétroviraux hautement actifs. L'OMS est très attachée à développer des moyens d'améliorer la qualité des soins dans les pays en développement. Ces traitements **sont** déjà disponibles dans ces pays, mais ne sont à la portée que d'un petit nombre de privilégiés. La question n'est plus de savoir **si** ces médicaments sophistiqués et coûteux doivent être distribués, mais plutôt **comment**. Nous ne pouvons affirmer, d'après les informations peu fiables dont nous disposons, que ces médicaments **ne peuvent pas** trouver leur place dans des économies défavorisées.

Il incombe aux gouvernements et aux organisations internationales qui les soutiennent de montrer si, comment et dans quelle mesure l'Afrique peut bénéficier des progrès de la recherche de nouveaux médicaments contre le VIH/SIDA.

Enfin, il y a l'autre grande maladie meurtrière – le **paludisme**.

Je me suis engagée devant l'Assemblée mondiale de la Santé à faire en sorte que l'OMS soit à la tête du projet "Faire reculer le paludisme".

Chaque jour, 3000 enfants meurent du paludisme. Chaque année, on dénombre 500 millions de cas parmi des enfants et des adultes. Un grand nombre de personnes qui sont touchées mais ne meurent pas souffrent de séquelles permanentes. Les conséquences économiques sont frappantes : le paludisme n'est pas seulement une maladie meurtrière, mais également un ennemi de la croissance économique.

Je n'ai pas été convaincue seulement par l'ampleur du problème à la suite de ma visite dans plusieurs pays africains l'automne dernier, je l'ai également été par la riposte africaine face à la menace. Pour moi c'était clair : l'OMS devait entendre l'appel de l'Afrique.

Certains disent : Pourquoi le paludisme ? – La tâche est trop immense. Elle a déjà été tentée, mais la réussite nous a échappé. La réponse est la suivante : l’OMS ne serait pas au plus près des réalités si elle ne ripostait pas.

Nous sommes conscients de la complexité de la tâche. Le projet “Faire reculer le paludisme” n’apportera pas de solution rapide. C’est là l’effort d’une génération. Nous ne pouvons nous engager à éradiquer cette maladie, mais nous pouvons considérablement réduire la morbidité et la mortalité. Nous pouvons renforcer les systèmes de santé de manière à ce qu’ils puissent faire face au paludisme et ainsi aux autres maladies transmissibles. L’enseignement que nous tirerons du renforcement des systèmes de santé et du soulagement apporté aux personnes vulnérables profitera à la lutte que nous menons contre l’épidémie de VIH et à un futur projet Faire reculer la tuberculose.

L’Afrique prendra la tête des tentatives visant à faire reculer le paludisme. Ce projet – Faire reculer le paludisme – s’appuiera sur un vaste partenariat mondial fondé sur une coalition de partenaires tels que les Etats Membres, la Banque mondiale, le PNUD et d’autres organismes des Nations Unies, le secteur privé, la communauté des chercheurs et la société civile.

Nous invitons ces partenaires à saisir cette occasion pour soutenir nos efforts contre la maladie qui tue le plus d’enfants dans tant de pays africains. Juste après l’Assemblée mondiale de la Santé, les participants au Sommet du G7 à Birmingham se sont déclarés prêts à offrir leur appui. Il est temps maintenant d’agir.

Nous travaillerons systématiquement avec le Bureau régional et les Représentants de l’OMS. Plus de 70 personnes qualifiées ont posé leur candidature au poste d’Administrateur de projet et j’espère procéder à la nomination à ce poste dans quelques jours. Pas à pas, au cours des prochaines semaines et des prochains mois, les projets débiteront – avec vous.

Enfin, la question qui est le dénominateur commun de tous les problèmes que j’ai soulevés – et nous savons tous qu’il y en a beaucoup d’autres : Comment **construire des systèmes de santé viables** qui résistent à l’épreuve du temps et aux contraintes économiques ? Comment assurer l’accès aux services de santé essentiels lorsque s’effondre la base des finances publiques ?

La tragédie de l’Afrique est due au fait que nous demeurons confrontés aux grandes menaces que font peser les maladies infectieuses alors que nous subissons l’épidémie silencieuse des maladies non transmissibles, de la santé mentale et du vieillissement. Faire face aux deux problèmes à la fois est extrêmement difficile : il nous faut pour cela réfléchir de nouveau aux moyens de faire réussir les politiques de prévention, de former les agents de santé et de financer les services.

Prenons le tabac. Si l’on n’y prend garde, les maladies dues à la consommation de tabac seront à elles seules le facteur le plus important de morbidité dans une vingtaine d’années - même en Afrique.

Chaque pays doit choisir sa propre voie – en fonction du tableau de la morbidité, de ses institutions, de ses ressources et des besoins de sa population. J’estime qu’il faut poursuivre deux voies parallèles:

Premièrement, nous devons travailler sur plusieurs secteurs. De nombreux déterminants d’un meilleur état de santé ne dépendent absolument pas du système de santé, mais d’une meilleure éducation, d’un environnement plus propre, d’une réduction durable de la pauvreté. Dans chaque pays, le secteur

Nous avons besoin d'un dispositif unificateur qui nous permette de mettre en perspective les résultats obtenus dans les pays. Aujourd'hui, il arrive que nous soyons engagés à fond dans un pays et seulement superficiellement dans le pays voisin, alors même que les deux doivent faire face à des problèmes analogues.

Notre relation avec les pays constitue un défi pour vous comme pour nous. Vous – les Etats Membres – devez nous faire connaître l'état de santé de votre population. En dernière analyse, le succès de l'OMS dépendra de la mesure dans laquelle les Etats Membres respectent l'impératif de l'équité et de la justice sociale consacré par la santé pour tous.

Bref, nous devons renforcer notre unité d'action. L'OMS telle que je l'envisage est le lieu où vous pourrez obtenir les meilleures connaissances et les compétences techniques les plus modernes et où nous connaissons vos besoins suffisamment bien pour adapter nos efforts en conséquence. Nous devons avoir une structure unifiée et qui, en même temps, nous permette de nous prévaloir de notre diversité unique en son genre, les Bureaux régionaux étant prêts à apporter leur contribution et en mesure de le faire, comme c'est le cas ici à AFRO.

Deuxièmement, j'ai souligné la nécessité de l'**ouverture**.

La notion même d'institution spécialisée dans ce monde interdépendant n'a guère de sens si nous n'intégrons pas nos efforts à ceux des autres parties concernées. Nous devons encourager de nombreux acteurs à s'intéresser à la santé.

J'invite tous ceux qui ont des contributions réelles à apporter à nous rejoindre. Nos partenaires des Nations Unies. Les institutions financières internationales. La communauté des ONG. Le secteur privé. Les populations et les communautés.

Troisièmement, j'ai souligné que nous devons **appuyer notre action sur des faits concrets**.

Nous devons avoir les chiffres exacts – les bons contacts – et les bases factuelles les plus irréfutables – et non seulement la conviction morale que la santé est essentielle. Nous avons créé un groupe spécial appelé Bases factuelles et Information à l'Appui des Politiques de Santé. A vous d'utiliser – et d'enrichir – cette base de connaissances. Nous communiquerons des faits importants. Et le fait est que des individus en bonne santé contribuent à créer des économies saines.

Quatrièmement – outre que nous organisons notre travail autour de groupes cohérents, nous inaugurons **une nouvelle façon de travailler**.

Une part plus importante de notre action sera organisée en **projets** qui recouperont les groupes organiques et les Régions et feront souvent appel à la participation d'autres partenaires. Transparence, efforts intensifs, cibles concrètes. Nous avons lancé deux projets de ce type depuis le 21 juillet – Faire reculer le paludisme – j'y reviendrai – et l'initiative pour la lutte antitabac. D'autres viendront.

En un mot – nous devons faire en sorte que l'OMS soit plus conviviale – qu'elle appuie son action sur des bases plus concrètes – pour vous qui en avez le plus besoin, afin que vous obteniez davantage de vos politiques de santé.

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

J'ai soulevé plusieurs problèmes, des problèmes que vous connaissez très bien. Il serait facile de se laisser décourager - car il s'agit de problèmes majeurs. Pourtant, il y a lieu d'espérer:

- Le secteur de la santé a enregistré de nombreux succès au cours des 40 dernières années : notre mandat, le vôtre et le mien, est de poursuivre dans cette voie.
- La science nous a donné de nombreux outils puissants. Des outils, nous en avons déjà, mais il nous en faut davantage. Il faut un engagement: politique, financier, éthique. Cet engagement nous permettra de faire reculer non seulement le paludisme, mais également de nombreux autres fléaux. Cela n'était pas vrai il y a 75 ans; la science rend cela possible aujourd'hui.
- Nous sommes de plus en plus conscients qu'un meilleur état de santé est essentiel au développement économique. Les chercheurs en économie communiqueront ce message aux Ministères des Finances, aux Premiers Ministres et aux institutions financières internationales; mais vous et moi devons l'étayer par des faits. Alors nous pourrons espérer à juste titre voir la santé placée au sommet des activités de développement, c'est-à-dire à sa vraie place.

Aussi ai-je de l'espoir. Et l'Afrique doit avoir de l'espoir. A l'Assemblée mondiale de la Santé en mai, les Etats Membres ont décidé - après de longues discussions - de modifier les crédits alloués aux Régions au titre de notre budget ordinaire - en augmentant les ressources destinées à l'Afrique et à l'Europe. Un consensus sur ces questions est toujours difficile à atteindre. Allouer davantage de ressources à ces deux Régions signifie en allouer moins aux quatre autres. La décision a été prise néanmoins - ce qui est pour notre Organisation un témoignage de solidarité et d'authentique multilatéralisme.

Monsieur le Président, Messieurs les Ministres, je vous donne l'assurance que je mettrai tout en oeuvre pour faire de l'OMS un meilleur instrument à votre service, un instrument qui permettra de concrétiser nos espérances.

Ensemble, nous pouvons créer la différence en ce qui concerne la santé des générations futures - en faisant briller une lueur d'espoir dans un siècle tout neuf.

**ALLOCUTION DU PROF. C. A. JOHNSON,  
REPRESENTANT DE L'ORGANISATION DE L'UNITE AFRICAINE**

Excellence Monsieur le Président de la République du Zimbabwe,  
Madame Le Président de la quarante-septième session du Comité régional,  
Madame le Directeur général de l'OMS,  
Monsieur le Ministre de la Santé du Zimbabwe,  
Messieurs et Mesdames les Ministres et Chefs de Délégations,  
Monsieur le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique,  
Mesdames et Messieurs les participants,

C'est pour moi un insigne honneur et un agréable devoir que de prendre la parole devant cette auguste assemblée pour vous transmettre les salutations les plus chaleureuses de Son Excellence le Dr Salim Ahmed Salim, Secrétaire Général de notre Organisation continentale, que d'autres événements urgents n'ont pas permis d'être des nôtres aujourd'hui. Il demeure cependant convaincu que les discussions et délibérations que vous aurez ici pendant ces quelques jours contribueront à élaborer des stratégies efficaces afin de promouvoir de meilleures politiques de santé pour nos populations, tant des villes que des campagnes, à l'orée du 21<sup>e</sup> siècle.

Excellences, Mesdames et Messieurs, les conflits qui continuent d'affecter la majeure partie de notre continent conduisent à une détérioration rapide du niveau de santé de nos populations. Nombreuses sont les personnes réfugiées, déplacées, en majorité des femmes et des enfants, qui vivent dans des conditions sanitaires précaires. C'est pourquoi, tout en déployant les efforts nécessaires à une issue heureuse à ces conflits, les Chefs d'Etat et de Gouvernement des pays africains réunis au sein de l'OUA ne ménagent pas non plus leurs efforts pour promouvoir des politiques de santé propres à améliorer la santé des populations africaines quelles que soient leurs conditions.

C'est la raison pour laquelle, ici même à Harare, en juin 1997, à l'initiative du Gouvernement du Zimbabwe, la 33<sup>e</sup> session ordinaire de la Conférence au Sommet des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'OUA a adopté la **Déclaration de Harare sur la Lutte contre le Paludisme dans le contexte du redressement et du développement de l'Afrique**. Cette déclaration a été revue et adaptée au Sommet de Ouagadougou en vue de sa concrétisation dans les Etats Membres.

Notre espoir est de voir l'OUA et l'OMS joindre leurs efforts pour la mise en oeuvre d'une stratégie efficace de lutte contre ce fléau qui tue en Afrique plus que toute autre maladie.

C'est dans la même optique que, à la suite des Déclarations de Dakar (1992) et de Tunis (1994) sur le VIH/SIDA, et pour une meilleure prise en charge des malades souffrant de cette pandémie, la 34<sup>e</sup> session de l'Assemblée des Chefs d'Etat et de Gouvernement tout récemment réunie, en juin 1998, à Ouagadougou, a décidé sur la proposition du Gouvernement de la République de Côte d'Ivoire, de créer un **Fonds africain de Lutte contre le SIDA** dans le but de faciliter la prévention du VIH/SIDA mais aussi le traitement des malades.

Il me plaît de rappeler que déjà, dans un effort de collaboration fructueuse et soutenue, l'OUA, l'ONUSIDA et l'OMS entreprennent des activités conjointes pour la mise en oeuvre des Déclarations de Dakar et de Tunis sous la forme de visites dans les Etats Membres pour la collecte d'informations et la constitution de bases de données. Nul doute que la création d'un tel fonds de solidarité contribuera à intensifier les efforts déployés sur notre continent pour juguler ce fléau.

Il convient aussi de saluer ici l'effort entrepris par l'OMS en vue de l'éradication totale de la poliomyélite du continent. C'est une entreprise difficile qui porte déjà ses fruits et qui, j'en suis

convaincu, aboutira à l'une des victoires marquantes de cette fin de siècle dans le domaine de la santé en Afrique.

Mesdames et Messieurs, d'aucuns diront qu'il ne suffit pas de belles déclarations, résolutions ou décisions pour que les problèmes de santé en Afrique soient résolus ou que les fléaux qui minent la santé de nos populations soient vaincus, certes oui. Mais ces déclarations, résolutions et décisions marquent un commencement, une prise de conscience et traduisent un engagement politique sans lesquels aucune action déterminante n'est possible.

Bientôt, en avril ou mai 1999, vous vous réunirez à nouveau dans un cadre beaucoup plus élargi avec vos collègues de la Région EMRO, pour la 6<sup>e</sup> Conférence des Ministres africains de la Santé convoquée sous l'égide de l'OUA afin d'examiner les stratégies communes à mettre en oeuvre avec nos partenaires du système des Nations Unies comme vous le recommandent vos Chefs d'Etat et de Gouvernement.

Je voudrais à cet égard remercier l'OMS d'avoir mis en place à Addis Abéba un Bureau de liaison, dont je ne soulignerai pas assez la nécessité, qui a été chargé d'harmoniser les points de vue de l'OUA et de l'OMS en général, mais aussi de faire la liaison entre AFRO et EMRO. C'est pourquoi je voudrais insister, en cette phase cruciale de collaboration intensifiée entre l'OUA et l'OMS, pour que ce bureau soit renforcé et que des ressources humaines et financières accrues lui soient allouées afin qu'il puisse s'acquitter encore plus efficacement de sa mission combien et plus que jamais nécessaire.

Mesdames et Messieurs, si ce mécanisme de collaboration entre l'OUA et l'OMS est élargi à d'autres institutions dans le Système des Nations Unies ou à l'extérieur, là je pense aux ONG, pour coordonner les activités de promotion de la santé sur notre continent, nous ne pensons pas qu'il soit encore nécessaire de créer de nouvelles structures qui, à notre avis, ne contribueraient qu'à une dispersion des efforts et des ressources. Nous devons être guidés par une action concertée, unifiée, harmonisée et coordonnée pour la recherche d'une efficacité collective.

Mesdames et Messieurs, si l'OUA reconnaît aux Etats Membres le droit souverain de créer ou d'intégrer n'importe quelle entité ou structure de leur choix, il est du devoir du Secrétariat de votre Organisation continentale d'attirer votre attention sur la nécessité de renforcer plutôt et de faire un usage plus efficace et efficient des mécanismes existants, tel celui que je viens de mentionner, afin d'éviter les doubles emplois.

D'autre part, le protocole sur la santé qui sera annexé au Traité d'Abuja instituant la Communauté Economique Africaine, que vous avez vous-même revu, corrigé et adopté lors de la 5<sup>e</sup> Conférence des Ministres Africains de la Santé, crée un cadre de coopération régionale et appelle au renforcement des communautés économiques régionales en matière de politiques de santé. Nous ferons donc oeuvre utile en renforçant et en utilisant les structures existantes.

Mesdames et Messieurs les Ministres, Mesdames et Messieurs, aujourd'hui en Afrique, ce n'est plus la volonté politique en matière de santé qui fait défaut, elle se manifeste tous les jours, à tous les niveaux et à toutes nos assises, ce n'est pas non plus le manque de détermination à conduire des actions effectives sur le terrain; ce qui manque aujourd'hui en Afrique dans le domaine de la santé, ce sont les **ressources humaines et financières**. Il est grand temps, alors que nous allons entrer dans le 21<sup>e</sup> siècle, que nos gouvernements respectifs prennent ce problème très sérieux en adoptant des politiques économiques et financières courageuses propices à relever le défi. L'une de ces décisions consisterait à une réallocation **des ressources budgétaires nationales** de secteurs non ou peu productifs vers des activités de développement social et économique.

La réussite et le succès sont à ce prix et à ce prix seulement.

Je vous remercie.

**ALLOCUTION D'OUVERTURE PRONONCEE PAR  
SON EXCELLENCE ROBERT G. MUGABE,  
PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE DE ZIMBABWE**

Madame le Président, Dr Dhlamini-Zuma, Ministre de la Santé de l'Afrique du Sud,  
Mesdames et Messieurs les Ministres de la Santé des pays d'Afrique,  
Monsieur le Dr Timothy Stamps, Ministre de la Santé et de la Protection de l'Enfance du Zimbabwe,  
Madame le Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé,  
Monsieur le Dr Ebrahim Malick Samba, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique,  
Mesdames et Messieurs les Représentants des autres Institutions des Nations Unies,  
Excellences Membres du Corps diplomatique,  
Distingués délégués,  
Mesdames et Messieurs,

C'est pour moi un grand plaisir de vous accueillir tous au Zimbabwe pour la quarante-huitième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique.

J'aimerais souhaiter en particulier la bienvenue au Dr Gro Harlem Brundtland, nouveau Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé. Nous la félicitons chaleureusement pour son élection à ce poste important et lui souhaitons un plein succès dans l'exercice de son mandat.

Mesdames et Messieurs, beaucoup d'entre nous connaissent les circonstances malheureuses qui ont obligé le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé à s'installer temporairement au Zimbabwe. Le Zimbabwe accepte de bon gré le rôle qui lui est ainsi confié et fera tout son possible pour faciliter le bon fonctionnement du Bureau régional. Le Gouvernement du Zimbabwe est heureux d'être utile à l'Organisation mondiale de la Santé et il veillera à ce que, tant qu'ils seront situés au Zimbabwe, les organes du Bureau régional travaillent avec la plus grande efficacité.

Cette quarante-huitième session du Comité régional de l'OMS se tient au moment où l'Organisation mondiale de la Santé célèbre son cinquantième anniversaire. Pendant ces cinquante années, l'OMS a beaucoup apporté à l'Afrique dans le domaine des prestations de santé. Ainsi, des maladies comme la variole, la lèpre, la maladie dûe au ver de Guinée et la cécité des rivières ont été éradiquées ou ramenées à des niveaux insignifiants. La poliomyélite a été éliminée dans la partie sud de notre continent et d'ici à l'an 2000, l'Afrique devrait en être complètement exempte. Les taux de vaccination ont atteint des niveaux que l'on croyait irréalisables et, grâce à l'initiative en faveur des soins de santé primaires (Alma-Ata), l'accès aux services de santé continue de s'améliorer dans notre Région. En fait, ces progrès et d'autres dans le secteur de la santé ont abouti à une amélioration visible de la qualité de la vie en Afrique. Aussi, l'Afrique reste reconnaissante à l'Organisation mondiale de la Santé et à tous ses autres partenaires de leur remarquable travail pour l'amélioration des services nationaux de santé.

Toutefois, beaucoup reste encore à faire en Afrique où les écarts inacceptables entre riches et pauvres des points de vue de l'état de santé et de l'accès aux services de santé continuent de se creuser inexorablement. L'OMS doit veiller à ce que la communauté internationale se décide à s'occuper sérieusement de la situation des millions d'hommes, de femmes et d'enfants qui sont victimes de la maladie et de la pauvreté. Assurément, la mondialisation ne doit pas être limitée au développement du commerce et à la concurrence des marchés. Il doit y avoir aussi une mondialisation de la volonté d'aider les plus démunis.

Mesdames et Messieurs, la maladie et les problèmes de santé continuent d'avoir un effet dévastateur sur la vie sociale et économique dans la Région africaine. Les populations ne peuvent être pleinement productives parce qu'elles sont accablées par les maladies et des morts prématurées. En même temps, les familles et les gouvernements éprouvent de plus en plus des difficultés à obtenir les ressources nécessaires pour les soins médicaux. Par ailleurs, le fardeau de la dette de l'Afrique est maintenant l'obstacle majeur qui empêche les populations africaines de bénéficier de services de santé adéquats. En conséquence, le développement économique de l'Afrique a été retardé alors que le reste du monde progresse sensiblement. C'est pourquoi, les pays d'Afrique devraient réexaminer leurs priorités pour garantir que toute l'attention voulue est donnée à la promotion de la santé.

Alors que d'anciennes maladies sont maîtrisées ou éradiquées, des maladies nouvelles et plus meurtrières, comme le VIH/SIDA et la fièvre hémorragique à virus Ebola, apparaissent. Pendant que l'on s'efforce de s'attaquer à ces maladies nouvelles, certaines des anciennes maladies, comme le paludisme et la tuberculose, font leur réapparition.

On ne saurait trop insister sur la gravité des problèmes posés par le VIH/SIDA et les MST dans la Région. Le SIDA décime la tranche la plus productive de la population et se propage à un rythme alarmant. Ce défi avec lequel nous sommes aujourd'hui confrontés exige une approche coordonnée et multisectorielle. Si les populations sont conscientes de la gravité du problème, les changements de comportement qui s'imposent ne sont pas encore suffisants pour réduire le nombre des cas nouveaux d'infection par le VIH. Nous devons mettre en place des stratégies plus énergiques pour modifier les comportements, en particulier chez les jeunes. C'est pourquoi, je demande instamment à l'Organisation mondiale de la Santé et aux autres organes concernés d'intensifier leurs efforts en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique.

Alors que le paludisme a été éliminé dans certaines parties du monde, les pays d'Afrique australe sont confrontés à une recrudescence de cette maladie meurtrière. Le nouveau Directeur général de L'OMS a lancé le programme "Faire reculer le paludisme" que vient compléter l'"Initiative africaine de Lutte contre le Paludisme au XXIème siècle" mise sur pied par le Bureau régional. Les dirigeants africains apportent leur plein appui à ces initiatives comme en témoigne la Déclaration d'Harare sur le Paludisme en Afrique adoptée lors du Sommet de l'Organisation de l'Unité africaine (OUA) tenu en 1997. Aussi, est-il réconfortant que l'Organisation mondiale de la Santé relance la lutte contre cette maladie. Au Zimbabwe, un montant de US \$13 millions a été affecté à des programmes de lutte antipaludique entre juillet 1996 et juin 1997. Pendant la même période, le nombre de cas cliniques déclarés est passé de 656 520 à 665 581, alors que le nombre de décès liés au paludisme passait de 1700 à 1628. En 1998, un total de 703 349 cas cliniques et de 1094 décès a été notifié jusqu'au 11 août. Je vous demande instamment à tous de jouer votre rôle dans le combat contre le paludisme.

L'Organisation mondiale de la Santé doit de même apporter une attention particulière au grave problème de la mortalité maternelle. Chaque année, environ 235 000 mères meurent dans la Région africaine à la suite de complications de la grossesse et de l'accouchement.

La promotion de la santé des populations incombe non seulement à l'OMS, mais aussi aux Etats Membres qui doivent à tout prix assurer et préserver la santé de leurs citoyens.

Mesdames et Messieurs, j'ai maintenant le grand plaisir de déclarer ouverte la quarante-huitième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique et de vous souhaiter un plein succès dans vos travaux.

Je vous remercie.

