
**Quarante-neuvième session du
Comité régional de l'OMS pour l'Afrique,
tenue à Windhoek, Namibie,
du 30 août au 3 septembre 1999**

Rapport final

©
Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique
(1999)

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

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

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

Partie I

**DECISIONS DE PROCEDURE
ET
RESOLUTIONS**

SOMMAIRE

PARTIE I

	<i>Page</i>
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	2
Décision 4 : Vérification des Pouvoirs	2
Décision 5 : Remplacement de membres du Sous-Comité du Programme	2
Décision 6 : Ordre du jour provisoire de la Cinquantième session du Comité régional	3
Décision 7 : Ordres du jour de la Cent-cinquième session du Conseil exécutif et de la Cinquante-troisième Assemblée mondiale de la Santé	3
Décision 8 : Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé	3
Décision 9 : Choix du sujet des Discussions techniques de l'an 2000	4
Décision 10 : Dates et lieux des Cinquantième et Cinquante et unième sessions du Comité régional	4
Décision 11 : Désignation de représentants de la Région africaine au Comité d'orientation et de coordination (PCC) du Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine (HRP)	5
RESOLUTIONS	
AFR/RC49/R1 Désignation du Directeur régional	6
AFR/RC49/R2 Réforme du secteur de la santé dans la Région africaine : Situation de la mise en oeuvre et perspectives	6
AFR/RC49/R3 Stratégie régionale de la santé mentale	8
AFR/RC49/R4 Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) : Plan stratégique pour 2000-2005	10
AFR/RC49/R5 Médicaments essentiels dans la Région africaine : Analyse de la situation et des tendances	12
AFR/RC49/R6 Examen de la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako	14
AFR/RC49/R7 Politique régionale de la Santé-pour-tous au 21 ^{ème} siècle : Horizon 2020	16
AFR/RC49/R8 Motion de remerciements	18

PARTIE II

	<i>Paragraphes</i>
CEREMONIE D'OUVERTURE	1 - 40
ORGANISATION DES TRAVAUX	41 - 50
Constitution du Sous-Comité des Désignations	41
Election du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs	42
Désignation des membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs	43 - 48
Adoption de l'ordre du jour	49
Adoption de l'horaire de travail	50
ACTIVITES DE L'OMS DANS LA REGION AFRICAINE : RAPPORT ANNUEL DU DIRECTEUR REGIONAL POUR 1998	51 - 154
Introduction	51 - 57
Développement et Direction d'ensemble des Programmes	58 - 81
Développement des Systèmes et Services de Santé	82 - 94
Santé reproductive et Santé de la Famille	95 - 101
Lutte contre les Maladies transmissibles	102 - 116
Milieux favorables à la Santé et Développement durable	117 - 121
Lutte contre les Maladies non transmissibles	122 - 138
Coordination extérieure et Promotion du Programme	139 - 147
Administration et Finances	148 - 154
Allocution du représentant de l'UNICEF	155 - 158
Allocution du représentant de l'ONUSIDA	159 - 164
DESIGNATION DU DIRECTEUR REGIONAL	165
CORRELATION ENTRE LES TRAVAUX DU COMITE REGIONAL, DU CONSEIL EXECUTIF ET DE L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE	166 - 174
Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif	167 - 169
Ordres du jour de la cent-cinquième session du Conseil exécutif et de la Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé :	
Implications régionales	170 - 172
Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé	173 - 174
RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME	175 - 247
Réforme du secteur de la santé dans la Région africaine :	
Situation de la mise en oeuvre et perspectives	179 - 191
Politique régionale de la santé pour tous pour le 21 ^{ème} siècle	192 - 200

	<i>Paragraphes</i>
Stratégie régionale de la santé mentale	201 - 206
Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) :	
Plan stratégique pour 2000-2005	207 - 214
Médicaments essentiels dans la Région africaine de l'OMS :	
Analyse de la situation et des tendances	215 - 222
Politique de la Région africaine en matière de technologie sanitaire	223 - 233
Examen de la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako	234 - 247
DISCUSSIONS TECHNIQUES	248 - 254
Présentation du rapport des Discussions techniques	248 - 252
Choix du sujet des Discussions techniques de l'an 2000	253
Désignation du Président et du Président suppléant des Discussions techniques pour l'an 2000	254
DATES ET LIEUX DE LA CINQUANTIEME ET DE LA CINQUANTE ET UNIEME SESSIONS DU COMITE REGIONAL	255
ADOPTION DU RAPPORT DU COMITE REGIONAL	256
CLOTURE DE LA QUARANTE-NEUVIEME SESSION DU COMITE REGIONAL	257 - 267

PARTIE III

Annexes	Page
1. Liste des participants	61
2. Ordre du jour de la quarante-neuvième session du Comité régional	72
3. Rapport de la réunion du Sous-Comité du Programme tenu du 14 au 18 juin 1999	73
4. Rapport de la réunion du Sous-Comité du Programme tenue le 2 septembre 1999	98
5. Rapport des Discussions techniques	99
6. Allocution de bienvenue du Dr Libertina Amathila, Ministre de la Santé et des Services sociaux de la Namibie	107
7. Allocution d'ouverture du Dr T. J. Stamps, Président de la quarante-huitième session du Comité régional	109
8. Allocution d'ouverture du Dr Ebrahim M. Samba, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique	112
9. Allocution du Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé	118
10. Discours prononcé par Son Excellence Sam Nujuma, Président de la République de Namibie	129
11. Ordre du jour provisoire de la cinquantième session du Comité régional	135
12. Liste des documents	137

DECISIONS DE PROCEDURE

Décision 1 : Composition du Sous-Comité des Désignations

Le Sous-Comité des Désignations s'est réuni le lundi 30 août 1999; il était composé des représentants des Etats Membres suivants : Afrique du Sud, Angola, Botswana, Comores, Côte d'Ivoire, Gambie, Libéria, Mozambique, République du Congo, Rwanda, Sénégal et Zambie.

Le Sous-Comité a élu Président, le Dr Léon-Alfred Opimbat, Ministre de la Santé, de la Solidarité et de l'Action humanitaire de la République du Congo.

Deuxième séance, 30 août 1999

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 Libertina Amathila <i>Ministre de la Santé et des Services sociaux, Namibie</i>
Premier Vice-Président :	M. Faustin Boukoubi <i>Ministre de la Santé publique et de la Population, Gabon</i>
Deuxième Vice-Président :	Mme Diakitè Fatoumata N'Diaye <i>Ministre de la Santé, des Personnes âgées et de la Solidarité, Mali</i>
Rapporteurs :	M. Saleh Meky <i>Ministre de la Santé, Erythrée</i> Mme le Professeur Henriette Ratsimbazafimahefa <i>Ministre de la Santé, Madagascar</i> Mme Rosa Maria Silva <i>Directrice générale de la Santé, Cap-Vert</i>

Deuxième séance, 30 août 1999

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

Le Comité régional, conformément à l'article 16 du Règlement intérieur, a nommé un Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs composé des représentants des douze Etats Membres suivants : Algérie, Bénin, Cameroun, Malawi, Maurice, Niger, Ouganda, République démocratique du Congo, Sao Tomé et Príncipe, Swaziland, Seychelles et Togo.

Le Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs s'est réuni le 30 août 1999. Les délégués des Etats Membres suivants étaient présents : Algérie, Bénin, Cameroun, Malawi, Maurice, Niger, Ouganda, République démocratique du Congo, Sao Tomé et Príncipe, Swaziland, Seychelles et Togo. Il a élu Président M. Jacquelin Dugasse, Ministre de la Santé des Seychelles.

Troisième séance, 31 août 1999

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

Troisième séance, 31 août 1999

Décision 5 : Remplacement de membres du Sous Comité du Programme

Le mandat des pays suivants au sein du Sous-Comité du Programme vient à expiration à la fin de la quarante-neuvième session du Comité régional : Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone et Swaziland. Ils seront remplacés par les pays suivants : Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi et Cameroun.

Neuvième séance, 2 septembre 1999

**Décision 6 : Ordre du jour provisoire de la cinquantième session du
Comité régional**

Le Comité régional a approuvé l'ordre du jour provisoire de la cinquantième session du Comité régional.

Neuvième séance, 2 septembre 1999

**Décision 7 : Ordres du jour de la cent-cinquième session du Conseil
exécutif et de la Cinquante-Troisième Assemblée mondiale
de la Santé**

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

Neuvième séance, 2 septembre 1999

**Décision 8 : Méthode de travail et durée de l'Assemblée
mondiale de la Santé**

Président de l'Assemblée mondiale de la Santé

- 1) Le Président de la quarante-neuvième session du Comité régional de l'Afrique sera désigné comme Président de la Cinquante-Troisième session de l'Assemblée mondiale de la Santé qui se tiendra en mai 2000. La Région africaine avait désigné pour la dernière fois le Président de l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 1994.

Commissions principales de l'Assemblée mondiale de la Santé

- 2) Le Directeur général, en consultation avec le Directeur régional, examinera au besoin avant chaque Assemblée mondiale de la Santé les désignations des délégués des Etats Membres de la Région africaine pouvant assumer efficacement les fonctions suivantes :
 - Présidents des Commissions A et B (Article 34 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé);
 - Vice-Présidents et Rapporteurs des Commissions principales.

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

- 3) En suivant l'ordre alphabétique anglais habituel, les Comores, la Côte d'Ivoire, la République du Congo, le Tchad ont désigné des personnes devant faire partie du Conseil exécutif à partir de sa cent-quatrième session,

-
- immédiatement après la Cinquante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé. Ces délégués se joindront à ceux du Burundi, du Cap-Vert et de la République centrafricaine au titre de la Région africaine.
- 4) Le mandat du Burundi expirera à la fin de la Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé. Le Burundi sera remplacé par la Guinée équatoriale qui assistera à la cent-sixième session du Conseil exécutif.
 - 5) L'Etat Membre habilité à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif devra confirmer son acceptation au moins six semaines avant la Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé.
 - 6) Par sa résolution WHA51.26, la Cinquante et Unième Assemblée mondiale de la Santé a décidé que les Etats Membres appelés à désigner un délégué au Conseil exécutif le désignent en qualité de représentant gouvernemental techniquement qualifié dans le domaine de la santé.

Réunion informelle du Comité régional

- 7) Le Directeur régional convoquera cette réunion le lundi 15 mai 2000 à 8 heures, au Palais des Nations à Genève, pour confirmer les décisions prises par le Comité régional à sa quarante-neuvième session.

Neuvième séance, 2 septembre 1999

Décision 9 : Choix du sujet des Discussions techniques de 2000

A sa quarante-septième session, le Comité régional a décidé de continuer à tenir des Discussions techniques durant ses sessions. Le Comité régional a donc choisi "Réduire la mortalité maternelle : un défi pour le vingt et unième siècle" comme sujet des Discussions techniques de 2000.

Neuvième séance, 2 septembre 1999

Décision 10: Dates et lieux des cinquantième et cinquante et unième sessions du Comité régional

Le Comité régional, conformément au Règlement intérieur, a accepté de tenir sa cinquantième session à Ougadougou (Burkina Faso), en août 2000. En ce qui concerne la cinquante et unième session, la République du Congo a offert d'accueillir la réunion. Le Comité régional prendra une décision à ce sujet au cours de sa cinquantième session.

Neuvième séance, 2 septembre 1999

Décision 11: Désignation de représentants de la Région africaine au Comité d'orientation et de coordination (PCC) du Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine (HRP)

Le mandat de l'Algérie et de l'Angola au sein du PCC expirera le 31 décembre 1999 et, suivant l'ordre alphabétique anglais, ces pays seront remplacés par le Burkina Faso et le Burundi qui se joindront au Bénin et au Botswana, à compter du 1er janvier 2000, pour un mandat de trois ans.

Neuvième séance, 2 septembre 1999

RESOLUTIONS

AFR/RC49/R1 : Désignation du Directeur régional

Le Comité régional,

Considérant l'article 52 de la Constitution et

Conformément à l'article 52 de son Règlement intérieur,

1. DESIGNNE le Dr Ebrahim Malick Samba Directeur régional pour l'Afrique;
2. PRIE le Directeur général de proposer au Conseil exécutif la nomination du Dr Ebrahim Malick Samba pour un mandat de cinq ans à compter du 1er février 2000.

Quatrième séance, 31 août 1999

AFR/RC49/R2 : Réforme du secteur de la santé dans la Région africaine : Situation de la mise en oeuvre et perspectives

Le Comité régional,

Rappelant que l'adoption par le Comité régional du Cadre du Développement sanitaire africain et de l'Initiative de Bamako, respectivement en 1985 et 1987, a marqué les premiers efforts régionaux en vue de réorienter et de renforcer les systèmes nationaux de santé dans la Région, lesquels avaient été dans une large mesure affaiblis par les réformes économiques entreprises à la suite de la crise économique des années 1980;

Constatant que, depuis le début de la décennie, la plupart des pays de la Région ont continué à réformer leur secteur de la santé afin de le rendre plus apte à résoudre des problèmes de santé grandissants et, en définitive, à améliorer l'état de santé de la population;

Craignant que, dans ce domaine, les efforts soient essentiellement consentis au coup par coup et non de façon exhaustive, et que, dans certains pays, ils soient conduits par des partenaires extérieurs plutôt que par les pouvoirs publics;

Reconnaissant que si la réforme du secteur de la santé doit atteindre le but qui lui est fixé d'améliorer l'état de santé de la population, il lui faut susciter des changements qui aboutiront au développement et au renforcement des systèmes de santé, conditions préalables à l'amélioration de la performance des services de santé;

Ayant examiné le rapport du Directeur régional, tel qu'il figure dans le document AFR/RC49/7 sur la situation de la mise en oeuvre et les perspectives de la réforme du secteur de la santé dans les pays de la Région;

Prenant également note avec satisfaction des efforts faits par les institutions des Nations Unies, sous la conduite de l'Organisation mondiale de la Santé et de la Banque mondiale, pour organiser des réunions interpays permettant à tous les pays de la Région, qui se situent à des stades différents du processus de réforme du secteur de la santé, d'échanger des données d'expérience sur ce sujet important,

1. ADOPTE le rapport du Directeur régional;
2. INVITE les Etats Membres :
 - i) à intensifier leurs efforts en vue d'entreprendre une réforme du secteur de la santé qui soit dans le droit fil des politiques nationales de la santé;
 - ii) à impliquer activement toutes les parties prenantes - le secteur privé, la société civile, les collectivités et les partenaires extérieurs et les organismes gouvernementaux en dehors du Ministère de la Santé;
 - iii) à faire en sorte que les pouvoirs publics jouent un rôle directeur à tous les stades du processus de réforme et obtiennent le soutien voulu des partenaires nationaux et internationaux;
 - iv) à collaborer entre eux, dans le cadre de la coopération technique entre pays en développement, à la conception et à la mise en oeuvre de leur réforme du secteur de la santé;
 - v) à préconiser et promouvoir des réformes dans d'autres secteurs liés à la santé de manière à ce que les réformes du secteur de la santé aboutissent à un développement sanitaire durable.
3. PRIE le Directeur régional :
 - i) de faire une synthèse des expériences en matière de réforme du secteur de la santé telles que les pays de la Région en auront rendu compte, et de la diffuser largement aux Etats Membres;
 - ii) d'élaborer, sur la base de la synthèse des expériences, un canevas qui guidera les Etats Membres dans la conception, la mise en oeuvre et l'évaluation de leur réforme du secteur de la santé;
 - iii) de mettre en place des mécanismes efficaces permettant d'assurer en temps voulu aux Etats Membres un soutien approprié et de contribuer au renforcement des capacités, des infrastructures et de la gestion des technologies à l'échelon national afin de garantir un développement sanitaire durable;

-
- iv) de prendre des mesures pour intensifier davantage encore la collaboration entre l'Organisation mondiale de la Santé, la Banque mondiale, la Banque africaine de Développement et d'autres institutions spécialisées des Nations Unies, de manière à faire en sorte que la mise en oeuvre du volet santé de l'Initiative spéciale des Nations Unies pour l'Afrique facilite le processus de réforme du secteur de la santé dans les différents pays;
 - v) de rendre compte à la cinquante-deuxième session du Comité régional des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des réformes du secteur de la santé chez les Etats Membres et de la *valeur ajoutée* représentée par la mise en oeuvre du volet santé de l'Initiative spéciale des Nations Unies pour l'Afrique;
4. FAIT APPEL à la Banque africaine de Développement, aux donateurs bilatéraux et aux institutions des Nations Unies pour qu'ils apportent un plus grand soutien aux efforts de réforme du secteur de la santé conduits par les pouvoirs publics dans les pays de la Région.

Cinquième séance, 1er septembre 1999

AFR/RC49/R3 : Stratégie régionale de la santé mentale

Le Comité régional,

Conscient de l'ampleur et de l'importance pour la santé publique des problèmes de santé mentale, neurologique et psychosociale, aggravés par la stigmatisation qui s'y attache;

Préoccupé par la paupérisation grandissante, la fréquence croissante des catastrophes naturelles, la multiplication des guerres et la montée d'autres formes de violence et de troubles sociaux qui provoquent de plus en plus de problèmes psychosociaux, tels que l'abus de l'alcool et des drogues, la prostitution, le phénomène des enfants des rucs, la maltraitance des enfants et la violence à l'intérieur de la famille;

Rappelant les résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé WHA28.81 (1975) sur l'évaluation des problèmes liés à l'abus de l'alcool et WHA30.45 (1977) sur la création du Groupe africain d'Action en Santé mentale, ainsi que les résolutions du Comité régional AFR/RC40/R9 (1990), dans laquelle les Etats Membres étaient priés de mettre en place des soins de santé mentale communautaires fondés sur l'approche du système de santé de district, et AFR/RC44/R14 (1994) sur l'accélération du développement de la santé mentale dans la Région africaine;

Appréciant les efforts déjà faits par les Etats Membres et leurs partenaires pour améliorer la santé mentale des populations ainsi que la prévention et la lutte contre les toxicomanies;

Reconnaissant la nécessité de réexaminer les approches actuelles dans ce domaine et d'élaborer un cadre stratégique exhaustif pour la santé mentale et pour la prévention et la lutte contre les toxicomanies dans les pays de la Région africaine;

Ayant examiné soigneusement le rapport du Directeur régional contenu dans le document AFR/RC49/9, qui expose la stratégie régionale de l'OMS pour la santé mentale,

1. APPROUVE la stratégie proposée, qui a pour but de renforcer la capacité des Etats Membres d'améliorer la qualité de vie de leur population en encourageant des modes de vie sains et en menant une action pour prévenir et maîtriser les troubles mentaux, neurologiques et psychosociaux;
2. PRIE les Etats Membres :
 - i) de prendre en compte les problèmes de santé mentale dans leurs politiques et stratégies nationales de santé, de reconnaître la nécessité d'une approche multisectorielle et d'intégrer la santé mentale dans leurs services de santé généraux, notamment au niveau du district, avec une participation communautaire adéquate;
 - ii) d'élaborer ou d'actualiser des programmes et plans d'action nationaux pour la mise en oeuvre d'activités portant sur la santé mentale et sur la prévention et la lutte contre les toxicomanies, en fonction de leurs priorités;
 - iii) de promouvoir la santé mentale et les comportements favorables à la santé dans le cadre des célébrations de la Journée mondiale de la santé mentale (le 10 octobre);
 - iv) de se doter d'une législation qui soutienne l'action de santé mentale et la lutte contre les toxicomanies;
 - vi) de désigner au Ministère de la Santé un point focal chargé de gérer le programme de santé mentale ainsi élaboré;
 - vii) de fournir des moyens financiers pour la mise en oeuvre des activités correspondantes et d'envisager au besoin la mise en place de mécanismes de partage des coûts;

-
- vii) d'intensifier le renforcement des capacités, compte tenu de la dimension santé mentale, lorsqu'ils établiront des plans nationaux de développement des ressources humaines, et d'exploiter les possibilités offertes par les établissements régionaux de formation;
 - viii) de veiller à développer une culture de la recherche au sein de leurs programmes nationaux;
 - ix) de mener des interventions de réadaptation psychosociale à base communautaire axées sur les groupes vulnérables et les groupes à haut risque, en particulier les personnes déplacées, les réfugiés, les victimes de mines anti-personnel ainsi que les personnes atteintes de troubles mentaux et neurologiques chroniques et celles qui vivent avec le VIH/SIDA;
3. PRIE le Directeur régional :
- i) de fournir un appui technique aux Etats Membres pour qu'ils puissent élaborer des politiques et programmes nationaux concernant la santé mentale ainsi que la prévention et la lutte contre les toxicomanies;
 - ii) de prendre des mesures appropriées pour renforcer la capacité de l'OMS de fournir en temps opportun, aux niveaux régional et national, un appui technique efficace aux programmes nationaux relatifs à la santé mentale ainsi qu'à la prévention et à la lutte contre les toxicomanies;
 - iii) d'accroître l'appui à la formation de personnels sanitaires professionnels en santé mentale à différents niveaux et d'encourager le recours à la médecine traditionnelle, compte tenu des réalités africaines;
 - iv) de faciliter la mobilisation de ressources supplémentaires pour la mise en oeuvre de la stratégie de la santé mentale dans les Etats Membres;
 - v) de faire rapport à la cinquante et unième session du Comité régional sur les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de la stratégie régionale de la santé mentale.

Cinquième séance, 1er septembre 1999

**AFR/RC49/R4 : Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) :
Plan stratégique pour 2000-2005**

Le Comité régional,

Rappelant la résolution WHA48.12 par laquelle l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté en mai 1995 la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) comme une stratégie présentant un bon rapport coût/efficacité pour la survie et le développement de l'enfant;

Rappelant le Cadre politique régional de Coopération technique avec les Etats Membres, dans lequel il a été confirmé que la PCIME était une stratégie appropriée et efficace qui devait être mise en oeuvre dans la Région;

Considérant que 70 % des décès d'enfants sont provoqués par les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, la rougeole, le paludisme et la malnutrition, et que la PCIME est une stratégie appropriée pour lutter contre ces maladies meurtrières de l'enfant;

Conscient de l'esprit qui a présidé à des manifestations internationales telles que la Conférence d'Alma-Ata en 1978 sur les soins de santé primaires, l'adoption en 1989 de la Convention relative aux Droits de l'Enfant et le Sommet mondial pour les Enfants de 1990 au cours duquel les chefs de gouvernement se sont engagés à assurer un meilleur avenir à l'enfant;

Conscient des taux élevés de mortalité infanto-juvénile dans les pays de la Région et de la nécessité de soutenir le développement du secteur de la santé dans un cadre assez large permettant de mener des interventions dans les domaines de la prévention, de la promotion, du traitement et de la réadaptation;

Reconnaissant que la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant permettra de réduire la morbidité et la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans et est capable d'améliorer le rapport coût/efficacité des interventions;

Considérant la situation actuelle de la mise en oeuvre de la PCIME dans la Région africaine et la nécessité de lui accorder un appui plus important pour la mise en oeuvre de ce plan stratégique;

Reconnaissant l'appui inestimable que les partenaires multilatéraux et bilatéraux ont apporté jusqu'à présent aux pays pour la mise en oeuvre de la PCIME,

1. APPROUVE le plan stratégique régional pour la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, tel que présenté dans le document AFR/RC49/10;
2. DEMANDE aux Etats Membres :
 - i) d'inclure la stratégie de la PCIME dans leurs politiques et leurs plans d'action nationaux en matière de santé;
 - ii) d'accélérer la mise en oeuvre de la PCIME, en suivant une approche par étapes et en veillant à la qualité, notamment au cours de la phase d'expansion;

-
- iii) de prendre les mesures nécessaires pour accroître les ressources humaines et financières disponibles et pour renforcer les systèmes de santé de district en vue de la mise en oeuvre durable de la PCIME;
 - iv) de réviser leur liste des médicaments essentiels pour faciliter la mise en oeuvre de la stratégie de la PCIME.
 - v) de renforcer la réadaptation nutritionnelle des enfants malades;
3. PRIE le Directeur régional :
- i) d'apporter un appui aux Etats Membres en vue de renforcer et d'accélérer la mise en oeuvre du plan stratégique;
 - ii) de développer les ressources humaines et de mobiliser des ressources du budget ordinaire et des fonds extrabudgétaires pour appuyer la mise en oeuvre du plan stratégique;
 - iii) de suivre la mise en oeuvre du plan stratégique dans les pays et de faciliter le partage des données d'expérience et des enseignements tirés entre Etats Membres;
 - iv) de faire rapport à la cinquante et unième session du Comité régional sur les progrès réalisés dans la mise en oeuvre du plan stratégique.
4. DEMANDE aux partenaires internationaux et aux autres partenaires intéressés par la mise en oeuvre de la PCIME dans la Région africaine d'intensifier leur appui aux pays en vue de la mise en oeuvre du plan stratégique pour la PCIME.

Cinquième séance, 1er septembre 1999

**AFR/RC49/R5 : Médicaments essentiels dans la Région africaine :
Analyse de la situation et des tendances**

Le Comité régional,

Rappelant les résolutions WHA39.27, WHA41.16, WHA43.20, WHA45.27, WHA47.12, WHA47.13, WHA47.16, WHA47.17, WHA49.14 et WHA52.19 de l'Assemblée mondiale de la Santé sur la stratégie pharmaceutique révisée de l'OMS, ainsi que les résolutions du Comité régional AFR/RC37/R6 sur les médicaments et vaccins essentiels, AFR/RC38/R18 sur l'Initiative de Bamako et AFR/RC38/R19 sur la production locale de médicaments essentiels;

Rappelant les résolutions WHA22.54, WHA31.33, WHA41.19, WHA42.43 et WHA44.33 de l'Assemblée mondiale de la Santé et les résolutions AFR/RC28/R3, AFR/RC33/R3 et AFR/RC36/R9 du Comité régional sur l'utilisation des médicaments traditionnels;

Préoccupé par la situation actuelle, dans laquelle plus de 50 % de la population de la Région n'a pas régulièrement accès aux médicaments essentiels, bien qu'il existe des politiques pharmaceutiques nationales;

Préoccupé également par le fait que les difficultés économiques actuelles et les effets des réformes structurelles sur les secteurs sociaux ont des incidences négatives sur l'accès aux médicaments essentiels;

Notant avec satisfaction la mise en place, dans la Région africaine, du Programme intensifié de Médicaments essentiels pour aider à relever les défis actuels et futurs dans le secteur pharmaceutique;

Réaffirmant la volonté des Etats Membres d'élaborer, de mettre en oeuvre et d'assurer le suivi des politiques et programmes pharmaceutiques nationaux pour améliorer la disponibilité et l'accessibilité des médicaments de qualité avérée et pour garantir leur usage rationnel,

1. APPROUVE le rapport du Directeur régional sur les médicaments essentiels dans la Région africaine;
2. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :
 - i) à se doter de mécanismes de consultation entre le ministère de la santé et d'autres ministères compétents en vue de suivre les incidences de la mondialisation du commerce, des accords commerciaux internationaux, des réformes économiques et des réformes du secteur de la santé sur l'accès aux médicaments essentiels;
 - ii) à examiner et appliquer la législation et la réglementation relatives au contrôle du commerce illicite des produits pharmaceutiques et à l'utilisation des remèdes traditionnels ainsi qu'à définir, le cas échéant, les droits de substitution des médicaments accordés aux pharmaciens;
 - iii) à collaborer entre eux, particulièrement au niveau sous-régional, et à coordonner leurs efforts en vue de produire localement des médicaments essentiels et de faire des achats groupés;
 - iv) à renforcer les autorités nationales de réglementation pharmaceutique et les mécanismes d'assurance de qualité des médicaments et, là où cela est possible, à créer des laboratoires nationaux de contrôle de la qualité et à utiliser de façon efficace les laboratoires régionaux existants;
 - v) à collaborer activement avec l'OMS et d'autres partenaires à la mise en oeuvre du Programme intensifié de médicaments essentiels pour la Région africaine;

-
3. PRIE le Directeur régional :
- i) de continuer à épauler les Etats Membres dans les efforts qu'ils font en vue d'élaborer et d'appliquer des politiques pharmaceutiques nationales et des programmes nationaux de médicaments essentiels;
 - ii) de collaborer avec les Etats Membres à la mise au point d'instruments, de lignes directrices et de méthodologies permettant de suivre et d'évaluer les programmes;
 - iii) d'aider les Etats Membres :
 - à suivre et analyser les implications, sur le plan pharmaceutique et de la santé publique, de la mondialisation ainsi que des accords régionaux et internationaux tels que ceux conclus sous l'égide de l'Organisation mondiale du Commerce (OMC) et ceux relatifs aux droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC);
 - à promouvoir la collaboration interpays dans le domaine de la production locale de médicaments, et particulièrement de médicaments essentiels génériques;
 - à entreprendre des achats groupés de médicaments;
 - à développer leurs ressources humaines dans le domaine des produits pharmaceutiques;
 - à mobiliser des ressources pour la mise en oeuvre au niveau local du Programme intensifié de Médicaments essentiels pour la Région africaine;
 - à entreprendre des recherches sur les plantes médicinales et à promouvoir leur utilisation dans le système de prestation des soins de santé;
 - iv) de rendre compte à la cinquante et unième session du Comité régional des progrès réalisés et des difficultés rencontrées dans la mise en oeuvre du Programme intensifié de Médicaments essentiels pour la Région africaine.

Cinquième séance, 1er septembre 1999

AFR/RC49/R6 : Examen de la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako

Le Comité régional,

Rappelant sa résolution AFR/RC37/R6 relative à l'amélioration de la santé des femmes et des enfants par le financement et la gestion des médicaments essentiels au niveau communautaire;

Rappelant également que, lors de sa quarante-septième session, il a prié le Directeur régional de procéder à un examen des progrès réalisés après une décennie de mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako;

Tenant compte des recommandations faites lors de l'examen de la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako dans la Région africaine, à l'occasion de la réunion organisée conjointement par le Gouvernement du Mali, l'OMS et l'UNICEF du 8 au 12 mars 1999 à Bamako (Mali);

Considérant l'appel lancé à l'occasion de ladite réunion en vue d'accorder un soutien aux Etats Membres pour la poursuite de la mise en oeuvre de l'Initiative;

Reconnaissant le rôle primordial de l'Initiative de Bamako en tant que stratégie pertinente permettant d'atteindre les objectifs des soins de santé primaires et d'améliorer l'accessibilité des services de santé et leur couverture;

Ayant examiné attentivement le rapport du Directeur régional contenu dans le document AFR/RC49/13 : Examen de la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako,

1. APPRECIÉ les réalisations importantes des Etats Membres;
2. NOTE les contraintes rencontrées et les leçons tirées de la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako;
3. APPROUVE le rapport du Directeur régional et la proposition d'élaborer un cadre de mise en oeuvre pour renforcer la dimension communautaire de la réforme du secteur de la santé;
4. INVITE les Etats Membres à :
 - i) inscrire l'Initiative de Bamako aux calendriers de leur réforme du secteur de la santé, et à la mettre en oeuvre en tant que dimension communautaire de la réforme;
 - ii) veiller à ce que les politiques et stratégies nationales aient une forte orientation communautaire, donnant aux individus et aux familles les moyens d'améliorer leur santé et leur bien-être, et renforcent l'aptitude des communautés à cogérer les services de santé essentiels;
 - iii) élaborer un nouveau cadre national de mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako prévoyant un ensemble de soins essentiels adaptés aux priorités sanitaires du moment, notamment : l'Initiative "Faire reculer le paluisme", la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, l'Initiative pour la maternité sans risque, la lutte contre le VIH/SIDA et la tuberculose;

-
- iv) améliorer l'équité par la promotion de mécanismes nationaux et locaux fondés sur la solidarité pour financer les soins de santé, notamment en faveur des groupes les plus vulnérables, tels que les femmes, les enfants, les adolescents et les personnes vivant avec le VIH/SIDA et celles vivant dans les zones reculées;
 - v) mieux coordonner les interventions de tous les acteurs participant à la mise en oeuvre, au suivi et à l'évaluation de l'Initiative de Bamako, en particulier l'Etat, les communautés, et les partenaires;
5. PRIE le Directeur régional :
- i) d'élaborer un nouveau cadre de mise en oeuvre permettant de renforcer les liens entre l'Initiative de Bamako et des activités génératrices de revenus au niveau de la communauté et, avec le concours des Etats Membres, d'appliquer ce cadre pour favoriser l'atténuation de la pauvreté et un développement durable;
 - ii) de promouvoir davantage des interventions communautaires et à domicile portant sur des initiatives et des programmes de santé publique prioritaires tels que l'Initiative "Faire reculer le paludisme", la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, l'Initiative pour la maternité sans risque et la lutte contre le VIH/SIDA et la tuberculose;
 - iii) de mettre en place avec les autres partenaires, notamment l'UNICEF, un mécanisme permettant de renforcer la coordination et le soutien aux Etats Membres pour la mise en oeuvre, la surveillance et l'évaluation de l'Initiative de Bamako;
 - iv) de faire rapport à la cinquante-deuxième session du Comité régional sur les progrès réalisés dans la mise en oeuvre du nouveau cadre relatif à l'Initiative de Bamako;
6. LANCE UN APPEL aux partenaires pour qu'ils renforcent leur appui aux Etats Membres en vue de la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako dans le cadre du développement général du secteur national de la santé.

Cinquième séance, 1er septembre 1999

**AFR/RC49/R7 : Politique régionale de la santé pour tous au
21^{ème} siècle - Horizon 2020**

Le Comité régional,

Considérant l'ampleur et la persistance des problèmes de santé liés d'une part aux maladies transmissibles, en particulier le VIH/SIDA, aux risques entourant la grossesse et l'accouchement, aux nombreuses pathologies infantiles, aux problèmes

liés à la santé mentale et, d'autre part, à des environnements défavorables et aux comportements et attitudes néfastes à la santé, mais aussi au manque d'efficacité des services de santé, aux situations d'urgence complexe, aux conflits armés, ainsi que leurs conséquences dramatiques pour les populations;

Convaincu, au seuil du troisième millénaire, de la nécessité de proposer aux nations africaines un cadre de référence pour les politiques nationales de développement sanitaire afin que celles-ci puissent apporter des solutions durables aux différents problèmes de santé qui se posent à elles ;

Confirmant l'actualité des principes et des valeurs qui sous-tendent l'approche des soins de santé primaires pour la mise en oeuvre de la politique de la santé pour tous, et le fait qu'ils constituent une source d'inspiration pour les pays africains;

Considérant l'adoption, en mai 1998, par l'Assemblée mondiale de la Santé de la "Déclaration mondiale sur la santé" qui a affirmé notamment la nécessité de donner effet à la politique mondiale de la santé pour tous au 21^{ème} siècle par la mise en oeuvre de politiques régionales et nationales appropriées;

Ayant examiné la proposition de politique régionale au 21^{ème} siècle et l'Agenda santé 2020, (document AFR/RC49/8(b) Rév.1),

1. FELICITE le Directeur régional pour les efforts déployés et l'analyse approfondie du processus de développement sanitaire dans la Région au cours des dernières décennies ainsi que pour la réflexion prospective à l'horizon 2020;
2. NOTE avec satisfaction les progrès réalisés au niveau de la Région dans la formulation d'une politique régionale de développement sanitaire mettant l'accent sur les priorités régionales et nationales et recommande aux Etats Membres de procéder à des consultations complémentaires au niveau national faisant intervenir les autres secteurs et l'ensemble des acteurs et partenaires, afin d'obtenir une contribution aussi large que possible à l'élaboration de la politique régionale de la santé pour tous;
3. DEMANDE au Directeur régional :
 - i) de refléter, dès à présent, dans les programmes de coopération 2000-2001 avec les Etats Membres, les priorités régionales que sont : la lutte contre le paludisme, le VIH/SIDA et la tuberculose, la survie de l'enfant, la maternité à moindre risque, la santé mentale, la réponse aux urgences complexes et aux épidémies, la réforme du secteur de la santé, la promotion de la santé et la réduction de la pauvreté;

-
- ii) d'organiser autour de la proposition de politique régionale de la santé pour tous au 21^{ème} siècle, une réunion intersectorielle et multi-disciplinaire à laquelle seront conviés également les autres agences et institutions internationales intéressées au développement sanitaire dans la Région;
 - iii) de soumettre à la cinquantième session du Comité régional, pour adoption, le document de politique régionale de la santé pour tous au 21^{ème} siècle et un cadre stratégique d'action à l'horizon 2020.

Cinquième séance, 1er septembre 1999

AFR/RC49/R8 : Motion de remerciements

Le Comité régional,

Considérant le temps consacré, les efforts consentis et les moyens mis en oeuvre par le Gouvernement de la Namibie pour garantir le succès de la quarante-neuvième session du Comité régional;

Sensible à l'accueil exceptionnellement chaleureux et amical réservé à tous les représentants des Etats Membres et aux autres participants par le Gouvernement et le peuple de la Namibie;

Pleinement conscient du fait que c'est la toute première fois que la Namibie est si étroitement associée à la préparation et à l'organisation du Comité régional;

1. REMERCIE très sincèrement Son Excellence le Dr Sam Nujoma, Président de la République de Namibie, et son Gouvernement d'avoir accueilli la réunion du Comité régional;
2. EXPRIME sa profonde reconnaissance à Son Excellence le Président Sam Nujoma d'avoir aimablement accepté de présider la séance d'ouverture du Comité régional et d'y avoir prononcé à cette occasion une stimulante allocution;
3. ADRESSE ses remerciements au Ministre de la Santé de la Namibie, le Dr Libertina Amathila, pour les efforts qu'elle a déployés sans relâche en faisant de vastes préparatifs en vue de la session du Comité régional, et pour l'efficacité avec laquelle elle a mené les débats;
4. REMERCIE le Gouvernement et le peuple de la Namibie de leur chaleureuse hospitalité;
5. PRIE le Directeur régional de transmettre cette motion de remerciements à Son Excellence le Dr Sam Nujoma ainsi qu'au Gouvernement et au peuple de la Namibie.

Dixième séance, 3 septembre 1999

Partie II

RAPPORT DU DIRECTEUR REGIONAL

CEREMONIE D'OUVERTURE

1. La quarante-neuvième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a été ouverte au Centre de Conférence Safari, à Windhoek (Namibie), le lundi 30 août 1999, par Son Excellence Sam Nujoma, Président de la République de Namibie. Parmi les éminentes personnalités présentes figuraient des Ministres du Gouvernement de la Namibie, des Ministres de la Santé et des Chefs de délégation des Etats Membres, M. E. Ngatjizeko, Maire de Windhoek, le Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'OMS, le Dr Ebrahim M. Samba, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, des membres du Parlement namibien, des représentants d'institutions de la famille des Nations Unies et d'organisations non gouvernementales ainsi que des membres du corps diplomatique. *(La liste des participants figure à l'Annexe 1).*
2. Le Maître des Cérémonies, le Dr K. Shangula, Secrétaire permanent, Ministère de la Santé et des Services sociaux de la Namibie, a souhaité la bienvenue aux délégués et aux autres personnes présentes à la cérémonie d'ouverture.
3. Dans son allocution, le Dr Libertina Amathila, Ministre de la Santé et des Services sociaux de la Namibie, a souhaité la bienvenue aux délégués, rappelant avec gratitude le soutien que les Etats Membres avaient apporté à la Namibie tout au long de son combat pour l'indépendance.
4. Elle a indiqué que, depuis l'indépendance, sous l'éminente autorité de Son Excellence le Président Sam Nujoma, des efforts ont été consentis pour améliorer les services de santé en Namibie. Le système national de santé a été restructuré dans le sens d'une meilleure adaptation aux besoins de la population.
5. Le Dr Amathila a invité les délégués à profiter de leur séjour à Windhoek pour faire connaissance avec le pays et visiter des sites intéressants. Elle a conclu en disant que son Gouvernement, tout comme le peuple namibien, feraient l'impossible pour que les délégués se sentent chez eux en Namibie. *(Le texte intégral de l'allocution figure à l'Annexe 6).*
6. Dans son allocution, le Dr T. J. Stamps, Président de la quarante-huitième session du Comité régional de l'Afrique, a demandé que l'on observe une minute de silence à la mémoire de ceux qui ont perdu la vie lors des troubles survenus récemment à Bujumbura (Burundi), au cours du cyclone qui a frappé la ville du Cap (Afrique du Sud) et lors du tremblement de terre qui a eu lieu en Turquie.

-
7. La présente session du Comité régional étant la dernière du millénaire, le Dr Stamps a déclaré qu'elle devait être l'occasion de réfléchir sur le passé, de consolider le présent et de faire des projets pour l'avenir.
 8. Il a rappelé qu'au nombre des grandes réalisations en faveur du développement sanitaire figuraient notamment l'élimination virtuelle de la poliomyélite dans pratiquement tous les pays de la Région africaine; la mise en place du dispositif autour duquel s'édifiera un mécanisme durable qui permettra de faire reculer le paludisme, les efforts consentis au niveau national se concrétisant au niveau de la Région - ce dont il convient de féliciter le Dr Brundtland et le Dr Samba - par une plus grande prise de conscience de la gravité de la pandémie de SIDA; l'acceptation de l'importance de la stratégie des soins de santé primaires et de ses huit composantes; l'acceptation toujours plus nette de la nécessité d'une approche sectorielle intégrée et cohérente du développement sanitaire; et une meilleure prise de conscience du cercle vicieux ignorance - mauvaise santé - sous-développement.
 9. Le Dr Stamps a fait observer que les changements qui se sont produits ces dernières années incitent tout autant à l'espoir qu'à la prudence. L'un d'eux concerne les acquis nouveaux dans les sciences biomédicales. Contrairement à ce qui s'est fait dans le passé, il faut que la recherche en Afrique soit axée sur les problèmes de santé prioritaires du continent.
 10. Au nombre des défis que l'Afrique devra relever figurent notamment l'impact négatif de la montée en puissance de la mondialisation, des migrations, des voyages, du tourisme et de la communication et l'évolution des profils démographiques et épidémiologiques des pays, qui peuvent être source de pauvreté comme de prospérité.
 11. Le Dr Stamps a lancé une mise en garde en déclarant qu'à un moment où l'environnement social et géopolitique évolue rapidement, il faudrait se garder de changer inutilement de leadership aux niveaux national et international. On ne devrait procéder à de tels changements que pour améliorer le bien-être des populations et non pas pour suivre des modes ou tout autre concept venu de l'extérieur.
 12. En conclusion, le Président de la quarante-huitième session du Comité régional a souligné la nécessité de se prémunir contre les forces de division et a demandé que tous s'emploient à favoriser l'unité pour la santé en insistant sur l'objectif commun et en minimisant les différences. *(Le texte intégral de l'allocation figure à l'Annexe 7).*

-
13. Dans son allocution, le Dr Ebrahim M. Samba, Directeur régional, a remercié le Président de la Namibie, Son Excellence Sam Nujoma, d'avoir invité l'OMS à Windhoek pour cette session du Comité régional, la dernière du 20ème siècle, et pour les excellentes dispositions prises afin d'en garantir le succès.
 14. Le Dr Samba a également exprimé sa sincère gratitude au Président Robert Mugabe, à son Gouvernement et au peuple du Zimbabwe, pour avoir accordé refuge au personnel du Bureau régional qui a été obligé d'évacuer temporairement Brazzaville. Il a fait remarquer que les membres du personnel de l'OMS n'en demeuraient pas moins des réfugiés avec tout le stress et les conséquences psychologiques que cette situation entraîne.
 15. Le Directeur régional a énuméré dans le détail les événements qui ont entraîné le départ du Bureau régional de Brazzaville et l'ont amené à être provisoirement déplacé à Harare. Il a souligné à nouveau que le séjour à Harare ne revêt qu'un caractère temporaire.
 16. En dépit des conditions difficiles dans lesquelles le personnel du Bureau régional a travaillé, les résultats obtenus ont été très encourageants et les rapports avec le Siège de l'OMS, ainsi que l'appui que ce dernier apporte au Bureau régional, s'améliorent de jour en jour. De plus, les partenaires du développement que sont les organismes multilatéraux, bilatéraux et les ONG mettent tout en oeuvre pour fournir l'appui nécessaire au Bureau régional. C'est ainsi que les financements volontaires ont quintuplé au cours des quatre dernières années, passant de 30 millions de dollars en 1995 à 156 millions de dollars en juillet 1999.
 17. Le Dr Samba a déclaré que la collaboration avec les Etats Membres s'était améliorée et qu'en accord avec le Directeur général, il avait délégué des pouvoirs accrus aux bureaux de l'OMS dans les pays, notamment pour la gestion du personnel et des finances, permettant ainsi que des réponses plus rapides et plus efficaces soient apportées aux besoins des pays.
 18. Le Directeur régional a brièvement évoqué les progrès réalisés au sujet de la réforme du secteur de la santé dans le cadre de l'Initiative spéciale des Nations Unies pour l'Afrique (ISNUA), de l'Initiative africaine de Lutte contre le Paludisme et du projet "Faire reculer le paludisme", ainsi que dans les domaines du VIH/SIDA, de l'éradication de la poliomyélite, de la santé de la reproduction, de l'égalité hommes/femmes, du développement des ressources humaines, du renforcement institutionnel et de la recherche sur la santé en Afrique.

-
19. En conclusion, le Dr Samba a déclaré qu'en dépit de l'ampleur des problèmes qui se posent aujourd'hui, des progrès considérables pouvaient encore être faits pour améliorer la santé et la qualité de vie des populations africaines au 21^{ème} siècle. Certains des ingrédients nécessaires au succès de cette entreprise sont déjà présents : l'engagement total des Etats Membres, l'appui du Directeur général et d'autres personnels du Siège, la confiance qu'ont les partenaires du développement dans les prestations de l'OMS et le haut degré de motivation et de dévouement du personnel dans la Région.
(Le texte intégral de l'allocution figure à l'Annexe 8).
 20. Dans son discours, le Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'OMS, a remercié le Gouvernement et le peuple de la République de Namibie d'accueillir la quarante-neuvième session du Comité régional de l'Afrique.
 21. Elle a déclaré qu'elle saisirait cette occasion pour faire part au Comité régional de l'orientation nouvelle du travail de l'Organisation mondiale de la Santé après une année de changement.
 22. Le Directeur général a souligné que, pour faire la différence dans le domaine de la santé à l'échelle mondiale, l'OMS devait faire la différence en Afrique. En aspirant à jouer un rôle directeur dans le développement sanitaire international, l'OMS doit effectivement jouer un rôle directeur dans cette Région. Le Dr Brundtland a aussi souligné la nécessité de conjuguer clairvoyance, engagement, leadership efficace et bonne organisation, et de travailler ensemble dans une seule et même OMS afin de réduire la charge de mortalité prématurée et les trop nombreuses incapacités dans la Région africaine.
 23. Le Dr Brundtland a énuméré les quatre orientations stratégiques mondiales de l'OMS, à savoir : 1) réduire la charge due au surcroît de mortalité et d'incapacités, spécialement celle qui pèse sur les pauvres et les populations marginalisées; 2) faire face aux risques potentiels pour la santé découlant de crises économiques, d'environnements malsains et de comportements à risque; 3) aider les pays à développer des systèmes de santé qui puissent contribuer à réduire les inégalités en matière de santé, qui répondent aux besoins légitimes des populations et qui soient financièrement équitables; et 4) faire en sorte que la santé soit mise au coeur des politiques et stratégies de développement.

-
24. Il faut que les politiques et les budgets nationaux accordent la priorité aux interventions ayant un bon rapport coût/efficacité et ayant déjà fait leurs preuves sur le terrain : lutte sur tous les fronts contre les maladies de l'enfant les plus meurtrières et l'épidémie de VIH/SIDA; mise en oeuvre des initiatives Halte à la tuberculose, Faire reculer le paludisme et Pour une grossesse à moindre risque; mise au point d'un programme mondial de recherche sur la tuberculose qui réponde véritablement aux besoins des individus, des familles et des communautés; et mise en oeuvre efficace du programme de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination. Ce seront là des étapes importantes vers les objectifs de la première orientation stratégique mondiale.
 25. Selon le Directeur général, l'épidémie émergente de tabagisme qui est sur le point de déferler sur les pays en développement sera combattue grâce aux efforts mondiaux de lutte contre le tabac déjà engagés. Le Dr Brundtland a ajouté que les représentants de l'Afrique seraient les bienvenus à la réunion du groupe de travail sur la convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.
 26. S'agissant des systèmes de santé, Dr Brundtland a indiqué que le défi consistait à assurer une couverture des soins de santé pour tous. Il s'agira, entre autres, de décider des services que les gouvernements devront couvrir, de déterminer comment il faudra financer les soins de santé, de fixer les objectifs que les systèmes de santé doivent atteindre et de déterminer les modalités d'évaluation des résultats obtenus.
 27. Concernant la nécessité de mettre la santé au coeur des politiques et stratégies de développement, le Directeur général a souligné qu'un des domaines dans lesquels l'OMS serait plus active et se ferait entendre davantage au cours des prochaines années serait celui de l'allègement de la dette. L'OMS plaidera pour que l'apport de ressources nouvelles aille de pair avec la réduction de la dette. De même, l'OMS fera valoir que les investissements spécifiques et fondamentaux dans le domaine de la santé doivent être protégés au cours du processus de réforme des budgets et de règlement de la dette.
 28. Le Dr Brundtland a noté qu'étant donné le nombre croissant des acteurs du développement sanitaire, l'OMS devrait affiner son rôle et déterminer les meilleurs moyens de servir ses Etats Membres. L'OMS devra déterminer où se situe son avantage comparatif, quelles fonctions devraient être laissées aux autres organisations ou aux gouvernements et quelles tâches les centres collaborateurs devraient être appelés à accomplir. L'OMS pourrait fonctionner plus efficacement en tant que catalyseur aux niveaux national et international.

En d'autres termes, l'OMS devra adopter une approche stratégique dans ses activités et se préoccuper beaucoup plus d'obtenir des résultats concrets au niveau national.

29. Le Dr Bundtland a passé en revue les réalisations obtenues en Afrique, notamment la mise sur pied d'un remarquable système de surveillance des maladies, la maîtrise de maladies complexes comme l'onchocercose ainsi que la réduction de la mortalité infantile dans de nombreux pays avant que la pandémie de SIDA ne vienne remettre en cause les acquis de décennies d'efforts. Ce sont là d'excellents exemples de ce que la coopération régionale et l'aide des donateurs peuvent accomplir pour améliorer la situation sanitaire.
30. Le Directeur général a conclu en rendant hommage aux efforts colossaux consentis par les agents de santé dans des conditions difficiles, ajoutant que beaucoup d'autres pays pouvaient tirer des leçons précieuses des politiques et des pratiques de santé novatrices de l'Afrique, en particulier celles qui sont fondées sur de larges réseaux de participation communautaire.
(Le texte intégral de l'allocution figure à l'Annexe 9).
31. Dans son discours d'ouverture, Son Excellence Sam Nujoma, Président de la République de Namibie, a souhaité la bienvenue aux délégués et autres invités participant à cette session du Comité régional. Ses souhaits de bienvenue s'adressaient tout particulièrement au Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'OMS, qu'il avait rencontrée alors qu'elle exerçait les fonctions de Premier Ministre de la Norvège lorsqu'il s'était rendu dans ce pays en visite d'Etat en 1993.
32. Il a fait observer que la session se tenait à un moment difficile, où les systèmes de santé africains se trouvent confrontés à de nombreux défis. Son Gouvernement, très conscient des liens essentiels entre santé et développement, a alloué régulièrement quelque 16 % de son budget de fonctionnement aux activités de santé.
33. Le Président Nujoma a noté que les résultats obtenus sous l'égide de l'OMS en matière d'amélioration de la situation sanitaire des populations concernaient entre autres l'éradication de la variole, la quasi élimination de la poliomyélite, la maîtrise de certaines autres maladies potentiellement mortelles et la diffusion d'informations sanitaires. Mais d'autres problèmes se posent encore, notamment la pandémie de VIH/SIDA qui : a réduit à néant certains acquis de ces dernières années et représente le plus considérable défi pour la science; impose un fardeau supplémentaire aux services de santé; a un impact négatif sur le développement économique; et, enfin, menace la survie de la cellule familiale.

-
34. La pandémie de SIDA exige que soient mises en oeuvre des stratégies novatrices de prévention et des méthodes nouvelles pour la prise en charge des personnes infectées, ainsi que des veufs ou veuves et des orphelins. L'engagement politique ainsi que des actions coordonnées s'imposent pour lutter contre la pandémie. Le Président Nujoma a ajouté que, vu la charge disproportionnée de morbidité que supporte la Région africaine, qui ne représente que 20 % de la population mondiale, tous les acteurs concernés devaient intensifier leurs efforts pour redresser la situation sanitaire en Afrique.
 35. Le Gouvernement de la République de Namibie souscrit au principe selon lequel la santé est l'un des droits fondamentaux de tout être humain, principe qui est à la base du développement sanitaire national.
 36. Le Président Nujoma a souligné que la paix et la stabilité étaient des conditions préalables du développement sanitaire. Aussi est-il particulièrement inquiétant de constater que de nombreux pays africains sont en proie à des troubles civils provoquant d'importants mouvements de réfugiés et personnes déplacées, une dégradation des systèmes de santé, une dislocation des familles et une désorganisation des systèmes de santé. Il faut rendre hommage à l'OMS, qui a réussi à mener à bien une campagne de vaccination en République démocratique du Congo. C'est la preuve que les agents de santé sont toujours prêts à aider les gens, même en période de conflit.
 37. Le Président s'est dit préoccupé par la question des mines anti-personnel, qui font des victimes parmi des innocents. Il faut donc en bannir la production, le stockage et l'utilisation. La Namibie a pris des mesures dans ce sens en signant et ratifiant la Convention d'Ottawa sur les mines anti-personnel.
 38. Pour parvenir aux objectifs fixés à l'horizon 2000, les pays devraient tirer des enseignements des succès enregistrés et repérer leurs insuffisances afin de savoir pourquoi les objectifs ne sont pas toujours atteints.
 39. Le Président a ajouté que les dirigeants politiques africains se sont toujours penchés avec grand intérêt sur les questions de santé importantes lors de leurs sommets annuels. Ils ont par ailleurs toujours travaillé sans relâche pour parvenir à un règlement pacifique des conflits qui ont ravagé l'Afrique, provoquant d'indicibles souffrances.
 40. Après avoir souhaité aux délégués plein succès dans leurs délibérations, le Président Nujoma a ouvert officiellement la quarante-neuvième session du Comité régional. (*Le texte intégral de l'allocation figure à l'Annexe 10*).

ORGANISATION DES TRAVAUX

Constitution du Sous-Comité des Désignations

41. Le Comité régional a nommé un Sous-Comité des Désignations comprenant les représentants des 12 Etats Membres suivants : Afrique du Sud, Angola, Botswana, Comores, République du Congo, Côte d'Ivoire, Gambie, Libéria, Mozambique, Rwanda, Sénégal et Zambie. Le Sous-Comité a élu Président le Dr Léon-Alfred Opimbat, Ministre de la Santé, de la Solidarité et de l'Action humanitaire de la République du Congo.

Election du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs

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

- Président :** Dr Libertina Amathila
Ministre de la Santé et des Services sociaux,
Namibie
- 1er Vice-Président :** M. Faustin Boukoubi
Ministre de la Santé publique et de la
Population, Gabon
- 2ème Vice-Président :** Mme Diakité Fatoumata N'Diaye
Ministre de la Santé, des Personnes âgées et de
la Solidarité, Mali
- Rapporteurs :** M. Saleh Meki
Ministre de la Santé, Erythrée
Prof. Henriette Ratsimbazafimahafa
Ministre de la Santé, Madagascar
Dr Rosa Maria Soares Silva
Directeur général de la Santé, Ministère de la
Santé, Cap-Vert
- Rapporteurs des Discussions techniques :**
1. Dr Saidi M. Egwaga (Tanzanie)
 2. Dr Gagara Magagi (Niger)
 3. Dr Aida Libombo (Mozambique)

Désignation des membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs

43. Le Comité régional a nommé un Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs composé des représentants des 12 pays suivants : Algérie, Bénin, Cameroun, République démocratique du Congo, Malawi, Maurice, Niger, Ouganda, Sao Tomé et Príncipe, Seychelles, Swaziland et Togo.
44. Le Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs, qui s'est réuni le 30 août 1999, a élu Président M. Jacquelin Dugasse, Ministre de la Santé des Seychelles.
45. Le Sous-Comité a examiné les pouvoirs présentés par les délégués des Etats Membres suivants : Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Côte d'Ivoire, Erythrée, Ethiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République Démocratique du Congo, République du Congo, République Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe. Il a reconnu la validité de ces pouvoirs et a recommandé qu'ils soient acceptés.
46. Le Sous-Comité n'a pas été en mesure d'examiner les pouvoirs du Malawi.
47. Il a toutefois décidé que son Président examinerait les pouvoirs du Malawi au nom du Comité et ferait rapport directement au Comité régional.
48. Le Président a par la suite examiné les pouvoirs présentés par les délégués du Malawi et en a reconnu la validité. Il a recommandé au Comité régional de les accepter. Le Comité régional a adopté le rapport.

Adoption de l'ordre du jour

49. Le Président de la quarante-neuvième session du Comité régional, le Dr Libertina Amathila, Ministre de la Santé et des Services sociaux de la Namibie, a présenté l'ordre du jour provisoire qui a été adopté sans modification (document AFR/RC49/1 Rév.4).

Adoption de l'horaire de travail

50. 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 ANNUEL DU DIRECTEUR REGIONAL POUR 1998

(document AFR/RC49/2)

Introduction

51. En introduction, le Dr Ebrahim M. Samba, Directeur régional, a souligné que ce rapport était le résultat d'un travail d'équipe accompli par le personnel du Bureau régional et les bureaux de l'OMS dans les pays sous la conduite du Dr L. G. Sambo, nouveau Directeur de la Gestion du Programme.
52. Expliquant qu'il avait décidé, dans son allocution d'ouverture, d'exposer en détail la situation du Bureau régional à l'intention de Son Excellence le Président Sam Nujoma, le Dr Samba a demandé au Comité d'autoriser les directeurs des différentes divisions du Bureau régional à présenter les sections du rapport correspondant à leurs domaines de programme respectifs.
53. Les délégués de plusieurs pays ont posé des questions relatives au retour du Bureau régional à Brazzaville.
54. La délégation congolaise a présenté un film vidéo montrant les progrès accomplis en vue du retour à une situation normale dans le pays. La délégation a souligné que le retour du Bureau régional à Brazzaville devait être réalisé conformément à la résolution AFR/RC48/R6 et a indiqué que le Gouvernement congolais réparerait, et en fait avait commencé à réparer, tous les dommages et pertes subis par l'OMS et son personnel.
55. Dans sa réponse, le Directeur régional a déclaré qu'il était heureux de constater à partir du reportage vidéo que la situation actuelle à Brazzaville s'était apparemment améliorée par rapport à ce qu'elle était il y a un mois lorsqu'une équipe du Bureau régional avait visité la ville en compagnie du Ministre. Il a de nouveau souligné que le Siège officiel du Bureau régional se trouvait toujours à Brazzaville et que son installation actuelle à Harare n'avait jamais été autre chose qu'une installation temporaire.
56. Monsieur T. S. R. Topping, Conseiller juridique de l'OMS au Siège, a déclaré que le Conseil exécutif avait, au cours de sa neuvième session de 1952, pris la décision de faire de Brazzaville le Siège du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et qu'aucune autre décision n'avait été prise jusqu'à ce jour. En 1997, le Directeur régional et le Directeur général alors en poste ont, compte tenu de la situation en République du Congo, pris une décision administrative tendant à l'évacuation du personnel de l'OMS de Brazzaville et à l'installation

temporaire du Bureau régional, dans un premier temps à Genève, puis à Harare. Cette mesure a été notifiée aux chefs de délégation au cours d'une réunion privée dans le cadre de la quarante-septième session du Comité régional tenue à Sun City (Afrique du Sud) en 1997, mais aucune résolution officielle n'a été adoptée. En 1998, la quarante-huitième session du Comité régional a adopté la résolution AFR/RC48/R6 fixant les dispositions générales d'un retour du Bureau, mais a laissé au Secrétariat le soin de prendre les mesures d'application requises, y compris la nécessité d'adhérer aux normes de sécurité des Nations Unies. Cette résolution est toujours pertinente. M. Topping a rappelé au Comité que Brazzaville était toujours dans la phase quatre, qui autorise uniquement la présence des personnels des Nations Unies intervenant dans des situations d'urgence et pour les missions humanitaires.

57. Enfin, M. Topping a fait savoir que le Directeur général avait mis sur pied une équipe spéciale de haut niveau, composée du Directeur régional et de certains autres hauts fonctionnaires du Bureau régional et du Siège pour suivre le problème de l'installation temporaire du Bureau à Harare et de son retour à Brazzaville dès que les circonstances le permettront.

Développement et Direction d'ensemble des Programmes

58. Dans sa présentation de cette section du rapport, le Dr L. G. Sambo, Directeur de la Gestion du Programme, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, a indiqué que le Bureau régional avait apporté des changements à sa structure et ses fonctions afin de les aligner sur la restructuration opérée au Siège. Ces changements visaient également à répondre aux problèmes aigus que pose le développement sanitaire dans la Région africaine.
59. Ainsi, le Bureau régional compte désormais sept divisions recouvrant les secteurs de programme suivants :
- i) Développement des Systèmes et Services de Santé
 - ii) Santé reproductive et Santé de la Famille
 - iii) Lutte contre les Maladies transmissibles
 - iv) Milieux favorables à la Santé et Développement durable
 - v) Lutte contre les Maladies non transmissibles
 - vi) Coordination extérieure et Promotion du Programme
 - vii) Administration et Finances.
60. Le Dr Sambo a indiqué que la collaboration avec les Etats Membres portait essentiellement sur : la réforme du secteur de la santé dans le but d'améliorer le fonctionnement des systèmes de santé et l'état de santé des populations; le

développement des ressources humaines pour la santé; la lutte contre les maladies transmissibles; la réponse aux situations d'urgence et aux épidémies; la santé de la reproduction; la mise en oeuvre accélérée des stratégies et initiatives pour la survie de l'enfant; la promotion et le plaidoyer pour la santé; et enfin l'amélioration de la coordination entre les partenaires du développement sanitaire aux niveaux national et régional.

61. Le Directeur de la Gestion du Programme a informé le Comité que les résultats de l'évaluation de l'exécution du budget programme de 1996-1997 avaient servi de base pour la planification détaillée et la mise en oeuvre du budget programme de 1998-1999.
62. Il a précisé que des progrès avaient été faits dans les domaines suivants : santé et développement socioéconomique; politique et coordination de la recherche; gestion des ressources inter-institutions; situations d'urgence et action humanitaire; et production de documents sur les questions de santé.
63. Notant que l'Organisation dispose de moyens limités pour financer les demandes des Etats Membres, le Dr Sambo a suggéré que l'OMS axe davantage ses efforts sur les besoins normatifs et les priorités nationales afin que l'on obtienne des résultats plus concrets sous la conduite des gouvernements, en collaboration avec d'autres partenaires.
64. De nombreux délégués se sont félicités de la qualité du rapport du Directeur régional ainsi que du renforcement de la décentralisation et de la délégation de pouvoirs aux Représentants de l'OMS dans les pays, ce qui a permis à l'Organisation de répondre plus rapidement aux demandes et aux besoins des pays. Ils ont ajouté que le renforcement de l'unité chargée de la coopération technique avec les pays au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique faciliterait encore une réponse appropriée en temps voulu.
65. En réponse à une observation sur la présentation du rapport du Directeur régional par les Directeurs de Division, de nombreux délégués se sont félicités de cette méthode de présentation, qui reflète un style de gestion caractérisé par un esprit d'équipe.
66. De nombreux délégués se sont félicités du discours plein d'inspiration prononcé par le Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'OMS. Ils se sont félicités tout particulièrement des réformes qu'elle a opérées depuis son entrée en fonction ainsi que des quatre nouvelles orientations stratégiques mondiales de l'OMS qu'elle a présentées. De l'avis des délégués, les pays de la Région bénéficieront énormément de la mise en oeuvre de ces orientations stratégiques.

-
67. Le Comité a demandé à l'OMS de documenter et de diffuser les bonnes pratiques concernant divers aspects des réformes du secteur de la santé en cours dans les pays, d'apporter un appui aux Etats Membres pour qu'ils appréhendent mieux l'approche sectorielle intégrée et cohérente, de manière à l'adopter pour le développement sanitaire, d'aider les pays dans leur action de plaider pour obtenir davantage de crédits budgétaires en faveur de la santé et aussi pour mettre au point des stratégies durables de financement de soins de santé, y compris des systèmes de prépaiement; de renforcer la capacité des pays à allouer les ressources disponibles de façon plus efficace; de veiller à ce qu'un allègement plus important de la dette soit accordé et que les économies réalisées servent à financer des programmes et services de réduction de la pauvreté et, enfin, d'influencer les bailleurs de fonds pour qu'ils apportent aux pays un appui financier en temps voulu pour leur permettre de mener leurs programmes de santé prioritaires.
 68. Certains délégués ont demandé à recevoir des exemplaires du document concernant les "Systèmes novateurs de financement des soins de santé dans la Région africaine de l'OMS" qui est en voie de finalisation au Bureau régional.
 69. Tout en reconnaissant et en louant l'assistance fournie par l'Organisation pour faire face aux situations d'urgence dans des pays de la Région, les délégués ont demandé à l'OMS d'aider les pays, non seulement à se préparer à ces situations mais aussi à y réagir avec plus d'efficacité.
 70. Considérant que les maladies ne connaissent pas de frontières politiques, de nombreux délégués ont souligné que les pays voisins devaient établir des plans en commun pour faire face aux situations d'urgence et ils ont instamment invité l'OMS à jouer un rôle actif dans la coordination de ces efforts.
 71. Des délégués se sont félicités de la méthode suivie par les dirigeants africains pour résoudre les conflits politiques dans la Région et ils ont exprimé l'espoir que des efforts analogues soient déployés en faveur du développement sanitaire.
 72. Il a été largement admis que les missions de l'OMS dans les pays devraient avoir pour but de répondre aux besoins et aux priorités des pays plutôt que de programmes de l'Organisation.
 73. Il a été estimé que, bien que l'Afrique ait servi de champ d'expérimentation pour mener de nombreux programmes de recherche de l'OMS, les pays africains n'en ont pas toujours profité. C'est une tendance qu'il faudrait inverser.

-
74. Le Directeur régional a rappelé aux délégués qu'à sa quarante-cinquième session, le Comité régional avait instamment invité les pays à porter à au moins 11 % la part de leur budget consacrée à la santé. Il faut donc féliciter la Namibie, qui alloue jusqu'à 16 % de son budget aux activités de santé.
 75. S'agissant de la multiplication des situations d'urgence dans les pays membres, le Directeur régional a rappelé aux délégués que l'OMS est une institution qui a toujours été présente dans les pays avant, pendant et après n'importe quelle urgence. Il a promis que l'OMS aiderait à renforcer la capacité des Etats Membres à se préparer aux situations d'urgence et à y réagir.
 76. Le Dr L. G. Sambo, Directeur de la Gestion du Programme, a informé les délégués que des activités de recherche étaient menées ou appuyées au niveau de chaque division ou unité technique du Bureau régional de l'OMS. Il a toutefois reconnu que ces recherches n'avaient pas été suffisantes et que c'était l'une des raisons pour lesquelles le Comité consultatif de la Recherche et du Développement sanitaires avait été réactivé.
 77. Il a rappelé au Comité que la création de deux nouvelles divisions au Bureau régional (Division des Milieux favorables à la Santé et du Développement durable et Division de la Lutte contre les Maladies non transmissibles) faisait suite aux recommandations formulées par le Comité régional lors de sa quarante-huitième session.
 78. Il a assuré aux délégués que le document sur les systèmes novateurs de financement des soins de santé dans la Région africaine rendait compte des expériences menées par les Etats Membres et que ce document serait communiqué aux pays au premier trimestre de l'an 2000.
 79. Le Dr Brundtland, Directeur général, a remercié les délégués des observations faites à la suite de son discours et a précisé que l'un des thèmes abordés au cours des discussions était la nécessité de mettre en place un système de santé viable qui puisse assurer équitablement des services de qualité d'un coût abordable.
 80. Il est nécessaire de forger des alliances pour réaliser les réformes du secteur de la santé et le Directeur général a promis que l'OMS menerait des activités concrètes pour aider les pays membres à réformer leur secteur de la santé. L'OMS doit oeuvrer comme une seule et même organisation pour prêter appui aux gouvernements, qui ont la responsabilité du développement sanitaire. On s'efforcera donc d'éviter les incohérences dans les approches suivies par l'OMS pour fournir un appui aux pays.

-
81. Le Dr Brundtland a assuré aux délégués que l'OMS améliorerait les moyens de documenter et de diffuser les bonnes pratiques, notamment au sujet du financement des services de santé.

Développement des Systèmes et Services de Santé

82. Le Dr B. K. Nguyen, Directeur par intérim de la Division Développement des Systèmes et Services de Santé, a annoncé qu'en 1998, les activités de cette division avaient contribué au développement des capacités nationales par le biais d'un soutien : au renforcement des capacités institutionnelles et techniques appliquées à l'organisation et à la gestion des systèmes de santé; au développement des ressources humaines pour la santé et au renforcement des moyens dont disposent les communautés pour participer efficacement aux activités de développement sanitaire; à l'élaboration de politiques de technologie sanitaire adaptées aux besoins, aux normes et aux critères fixés; au programme sur la qualité des soins; au renforcement des capacités nationales en matière de recherche; enfin, à la production et à l'utilisation d'informations sanitaires pour appuyer l'élaboration des politiques et la gestion basée sur des données factuelles.
83. Au sujet du développement des systèmes de santé, le Dr Nguyen a indiqué que l'accent était mis sur l'examen de la Politique régionale de la santé pour tous au 21^{ème} siècle, l'appui aux pays pour l'élaboration de politiques et la préparation de plans stratégiques pour le développement sanitaire national. Dans cette entreprise, l'OMS se tient informée des réformes du secteur de la santé en cours dans les Etats Membres, en accordant une attention particulière à leur effet sur les systèmes de santé de district.
84. Le Dr Nguyen a, de plus, expliqué que la production d'informations basées sur des données factuelles pour l'élaboration des politiques et la gestion avait favorisé le développement de la recherche sur les systèmes de santé ainsi que la coopération nécessaire au renforcement de systèmes d'information reposant sur un choix d'indicateurs sanitaires essentiels, fait par les autorités nationales.
85. Il a informé le Comité que le Bureau régional avait mis au point des lignes directrices et des instruments pour aider les Etats Membres en ce qui concerne l'analyse et la formulation de politiques. S'agissant des bourses d'études, l'OMS continue d'appliquer les résolutions pertinentes du Comité régional en encourageant le placement des boursiers dans des établissements de formation d'Afrique, y compris dans les pays d'origine des boursiers.

-
86. Enfin, le Dr Nguyen a fait part des progrès réalisés en ce qui concerne la production locale de médicaments essentiels dans la Région et la promotion des programmes visant à améliorer la qualité des soins. Il a ajouté que des efforts importants avaient été faits pour le développement institutionnel dans le domaine de la médecine traditionnelle, tant du point de vue programmatique que du point de vue des ressources humaines.
 87. Le Comité a considéré que, à la suite des réunions interpays sur la réforme du secteur de la santé, la prochaine phase de l'appui de l'OMS devrait être axée sur les pays, en tenant compte de leurs aspirations spécifiques. A cet égard, il est nécessaire de passer à l'action après l'adoption des politiques et des stratégies. Un accent particulier devra être mis sur les stratégies de financement, y compris les systèmes de prépaiement, en allouant de préférence les ressources aux soins de santé primaires pour en garantir la viabilité et l'équité.
 88. Les politiques et les stratégies nationales conçues dans le cadre de la réforme du secteur de la santé devraient se traduire par des activités et des interventions au niveau local, afin de renforcer les systèmes de santé de district et une participation communautaire effective. L'expérience des districts et des communautés ayant adopté les meilleures pratiques devra être convenablement documentée avec l'assistance de l'OMS pour servir à l'ensemble de la Région.
 89. Il est nécessaire de concevoir et de mettre en oeuvre des stratégies permettant de résoudre le problème des ressources humaines pour la santé, en particulier celui de la déperdition de ces ressources et de la fuite des cerveaux. L'OMS et les autres partenaires du développement doivent collaborer avec les pays pour mettre en place un ensemble de mesures d'encouragement et d'incitation permettant d'attirer et de retenir le personnel qualifié.
 90. Il faut renforcer le système d'orientation/recours, en particulier dans les pays qui se trouvent en situations de conflit. Un accent particulier doit être mis sur les laboratoires de santé publique pour les aider à dispenser des services dans le domaine du diagnostic et à faire de la recherche.
 91. Il faut poursuivre les efforts pour améliorer les moyens de communication en appui au système d'information sanitaire. L'OMS devrait aider les pays membres à recourir à la télé-médecine et à la télé-santé, notamment pour pallier la pénurie de spécialistes.

-
92. Des efforts concertés doivent être faits pour améliorer l'accès à des médicaments essentiels de qualité, à des coûts abordables, dans les pays de la Région. Il faudrait encourager à cet égard la production locale de médicaments par la création d'industries appelées à desservir des ensembles sous-régionaux. L'OMS pourrait fournir un appui dans ce domaine.
 93. Une priorité accrue devrait être accordée à la médecine traditionnelle, en particulier dans le domaine de la recherche, compte tenu de l'importance qu'elle revêt pour la prestation des soins de santé dans la Région.
 94. Le Dr B. K. Nguyen a remercié les délégués pour leurs précieuses observations, notamment en ce qui concerne le développement des ressources humaines, le financement des services de santé et la documentation des meilleures pratiques relatives aux systèmes de santé de district et aux approches communautaires. Il a ajouté que la médecine traditionnelle bénéficierait de toute l'attention voulue et a informé le Comité que le Bureau régional préparait un forum africain sur la médecine traditionnelle, forum qui devrait se tenir en février 2000.

Santé reproductive et Santé de la Famille

95. Le Dr T. R. Tshabalala, Directeur de la Division Santé reproductive et Santé de la Famille, a présenté la section du rapport sur ce domaine programmatique.
96. Elle a indiqué que six des dix pays ayant entrepris un processus d'évaluation des besoins en maternité sans risque avaient mené à bien cet exercice. Les informations ainsi recueillies serviront à établir des programmes complets de santé reproductive dans le cadre des plans de district.
97. Elle a informé le Comité qu'en collaboration avec l'UNICEF et l'ONUSIDA, l'OMS aiderait plusieurs des pays les plus durement touchés par la pandémie de SIDA à planifier des activités de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.
98. Le Dr Tshabalala a déclaré que la formulation de la stratégie régionale sur la santé des adolescents avait été entreprise et que cette stratégie serait présentée à la prochaine session du Comité régional.
99. Elle a annoncé que l'OMS avait fourni une aide financière et technique à dix pays de la Région en vue de l'établissement de plans nationaux pour l'élimination des mutilations sexuelles féminines. Des progrès ont également été faits dans la définition de l'ampleur et des formes de violence dont sont

-
- victimes les femmes et les enfants. D'après des études réalisées dans des pays, la prévalence des mauvais traitements infligés aux enfants pourrait parfois atteindre jusqu'à 30 %.
100. Le Dr Tshabalala a indiqué que les obstacles rencontrés pour promouvoir la santé reproductive et la santé de la famille tenaient, avant tout, aux insuffisances de la planification intersectorielle et au manque de coordination des contributions des différents partenaires, à une présentation inadéquate de la notion de santé reproductive dans les établissements de formation, à la désorganisation des systèmes de santé publique à la suite de situations de conflits et au manque de ressources adéquates.
 101. Le Comité régional a salué les progrès réalisés en faveur de la promotion de la santé reproductive et de la maternité sans risque en tant que programmes prioritaires et souligné la nécessité de mettre en évidence les bonnes pratiques dans le cadre de la mise au point de modèles de district. Il a également insisté sur la mise en place de systèmes efficaces de référence afin de prendre en charge le problème de la mortalité maternelle. Les délégués se sont félicités des mesures prises afin de prévenir la transmission de l'infection à VIH de la mère à l'enfant et ont souligné la nécessité d'une aide de l'OMS afin que la thérapie anti-rétrovirale appropriée soit rendue disponible dans les pays membres.

Lutte contre les Maladies transmissibles

102. Le Dr A. Kaboré, Directeur par intérim, Division de la Lutte contre les Maladies transmissibles, a présenté la section correspondante du rapport.
103. Il a d'abord annoncé que cette division a pour mission de fournir des orientations et un soutien techniques aux Etats Membres.
104. Il a précisé que la division avait été restructurée en 1998 en quatre secteurs fonctionnels : i) surveillance et réponse; ii) prévention et lutte; iii) éradication et élimination; et iv) recherche et développement. A cela, doivent être ajoutés les deux grands programmes que sont "Faire reculer le paludisme" et le programme de lutte contre le VIH/SIDA.
105. Le Dr Kaboré a souligné que la surveillance épidémiologique, utilisée comme instrument de prévention des poussées épidémiques, avait conduit à un grand progrès, à savoir l'amélioration du dépistage précoce des cas de maladies sujettes à des épidémies et l'organisation d'interventions rapides et bien coordonnées. Un nouveau programme - Surveillance intégrée de la maladie (IDS) - a été créé pour accélérer la mise en oeuvre de la stratégie régionale adoptée à la quarante-huitième session du Comité régional.

-
106. Les stratégies appliquées dans le cadre de l'Initiative pour l'Éradication de la Poliomyélite, dont le but est l'éradication mondiale de cette maladie d'ici à l'an 2000, sont les suivantes : a) maintenir un niveau élevé de couverture vaccinale grâce à la vaccination de routine par le vaccin anti-poliomyélique oral (VPO); b) organiser des journées nationales de vaccination (JNV); c) instaurer une surveillance effective de la paralysie flasque aiguë (PFA); et d) mener des opérations de ratissage. Les Journées nationales de vaccination ont été un succès en termes de couverture, de mise en place de comités nationaux de coordination interorganisations, d'intensification des efforts de mobilisation sociale. Elles ont aussi permis de réhabiliter les moyens logistiques, d'améliorer la chaîne du froid et d'atteindre des populations qui ne l'avaient jamais été auparavant. A la fin de 1998, tous les pays d'endémie, sauf un, avaient organisé au moins une série de journées nationales de vaccination.
107. Le Dr Kaboré a conclu son exposé en brossant un sombre tableau de la situation du VIH/SIDA dans la Région, situation qui continue néanmoins à bénéficier de la plus haute attention. Un plan d'action commun OMS/ONUSIDA a été élaboré pour l'exercice 1998-1999 et une contribution commune de US \$1 250 000 a été versée pour sa mise en oeuvre. Des lignes directrices ont été élaborées et testées sur le terrain pour que soient mis au point des moyens équitables, sûrs et efficaces d'assurer la thérapie antirétrovirale, la sécurité transfusionnelle et les soins à domicile. Des responsables nationaux de projets (RNP) ont été nommés dans huit pays.
108. Les délégués ont souligné l'importance que revêt l'initiative intitulée "Santé pour la paix" à laquelle participent la Gambie, la Guinée-Bissau et le Sénégal, ainsi que la nécessité de l'appuyer et de l'étendre à d'autres pays de la Région. Le rôle important que jouent les blocs épidémiologiques et la disponibilité de bons systèmes de communication pour le contrôle épidémiologique a été également reconnu.
109. Le Comité régional a pris note des progrès réalisés en vue de l'éradication de la poliomyélite grâce à la mise en oeuvre de journées nationales de vaccination et à la surveillance de la paralysie flasque aiguë par les États Membres. La mise en oeuvre de stratégies d'éradication de la poliomyélite démontre que les pays africains peuvent obtenir des résultats positifs lorsque les interventions sanitaires sont bien définies, bien ciblées et font l'objet d'un financement adéquat.

-
110. Le Comité a estimé qu'il faudrait davantage s'attacher à améliorer les systèmes de vaccination nationaux qui assureraient des services de vaccination de manière systématique et intégrer de nouveaux vaccins. La Coalition mondiale pour les Vaccins récemment créée et qui met actuellement en place le Fonds pour les vaccins de l'enfance a suscité l'espoir d'obtenir un appui supplémentaire pour renforcer la protection accordée à tous les enfants de la Région.
 111. Le Comité régional a noté l'importance accordée au problème du paludisme dans la Région et la poursuite du soutien de l'OMS accordé aux pays membres dans le cadre de l'Initiative "Faire reculer le paludisme". Il a toutefois exprimé des préoccupations en ce qui concerne les efforts déployés pour interdire le DDT et a demandé qu'un plaidoyer énergique soit mené pour que des solutions de rechange appropriées et abordables puissent être trouvées avant de prendre des mesures pour interdire le DDT.
 112. Les délégués ont invité l'OMS à redoubler d'efforts afin : de rendre les médicaments anti-rétroviraux accessibles à tous ceux qui en ont besoin dans la Région africaine; d'améliorer les prestations des laboratoires pour leur permettre de surveiller la thérapeutique anti-rétrovirale; d'étendre les services de soins à base communautaire aux personnes vivant avec le SIDA dans les pays de la Région; et de prendre des mesures appropriées pour fournir des orientations en ce qui concerne la confidentialité pour tout ce qui touche au VIH/SIDA.
 113. Il a été demandé qu'un atelier d'orientation sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) soit organisé à l'intention des pays lusophones de la Région. Sao Tomé et Príncipe a proposé d'accueillir cet atelier.
 114. En réponse aux interventions des délégués, le Directeur régional a réaffirmé que le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique continuera d'appuyer la coopération interpays et de renforcer la communication pour le contrôle épidémiologique. Des efforts seront faits pour que l'arrêt de l'emploi du DDT dans la lutte contre le paludisme aille de pair avec la mise au point et l'introduction des produits de rechange dans les pays de la Région.
 115. Le Dr Kaboré a donné au Comité l'assurance que le Bureau régional collaborera activement avec le Siège et l'ONUSIDA pour : rendre les médicaments anti-rétroviraux abordables à ceux qui en ont besoin; améliorer le soutien accordé aux laboratoires en vue du traitement du VIH/SIDA; et diffuser les recommandations en matière de confidentialité, formulées à l'occasion d'une consultation récemment organisée à Windhoek (Namibie).

-
116. Il a également fait savoir qu'un atelier d'orientation sur la PCIME était projeté pour les pays lusophones au cours du premier trimestre de l'an 2000 et a remercié Sao Tomé et Príncipe d'avoir proposé de l'accueillir.

Milieus favorables à la Santé et Développement durable

117. Mme E. Anikpo, Directeur par intérim de la Division Milieux favorables à la Santé et Développement durable, a rappelé que cette division avait été créée parce que la situation sanitaire des populations peut être sensiblement améliorée quand on agit sur l'environnement physique, social, économique et culturel.
118. Cette nouvelle division a pour mission d'aider les Etats Membres à recenser, surveiller, prévenir et combattre les effets défavorables de l'environnement sur la santé et de veiller à ce que la santé occupe un rang élevé de priorité dans les programmes de développement durable.
119. Elle a informé le Comité que la fonction principale dans le domaine de la **Protection de l'Environnement humain** était de continuer à promouvoir la santé tout en la protégeant contre un grand nombre de facteurs de risques. Le Bureau régional possède trois programmes dans ce domaine :
- i) **Evaluation des risques liés à l'environnement (ERA)**, y compris la sécurité chimique : Les activités menées en 1998 ont couvert la gestion des déchets hospitaliers, l'élaboration de profils nationaux de sécurité chimique, la prévention de la pollution marine, la mise en place de centres anti-poison, le lancement d'une campagne de sensibilisation aux effets néfastes pour la santé de la désertification en Afrique, et l'organisation d'un atelier sur la sécurité chimique.
 - ii) **Eau, assainissement et santé (WSH)** : Le Bureau régional a fourni un appui technique et financier à la promotion de l'Initiative Afrique 2000, et a mené des missions préparatoires en vue de l'organisation d'ateliers nationaux sur le fonctionnement et l'entretien des réseaux d'approvisionnement en eau et d'assainissement. Il a aussi contribué à l'élaboration de plans d'action concernant la participation à la transformation des conditions d'hygiène et d'assainissement; à la définition de politiques nationales de salubrité de l'environnement; et à l'évaluation de la situation de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement dans des zones touchées par le choléra. En outre, le Bureau régional a pris part à la préparation et à la tenue du premier

forum consultatif d'Abidjan (Côte d'Ivoire) et organisé la deuxième Consultation régionale sur l'Initiative Afrique 2000 à Harare (Zimbabwe).

- iii) **Villes-santé, villages-santé, îles-santé (RUE)** : Ce programme repose sur une approche intégrée de la promotion et de la protection de la santé dans les établissements humains. Son objectif stratégique est de mener une action de promotion de la santé reposant sur la participation communautaire, la coopération intersectorielle et le partenariat. La crise urbaine sur le continent africain demeure l'un des grands enjeux au siècle prochain. C'est la raison pour laquelle le programme a été revitalisé au cours du dernier trimestre de 1998, grâce à la préparation intensive d'ateliers de planification des villes-santé à l'intention des pays francophones de la Région. Des ateliers analogues seront organisés, à la fin de 1999, pour les pays anglophones et les pays lusophones.
120. Mme Anikpo a encore indiqué que deux programmes avaient été établis dans ce domaine. Le premier, Développement sanitaire à long terme (LHD), est axé sur le renforcement des capacités en matière de planification à long terme, sur les études de prospective sanitaire, ainsi que sur la mise en place de moyens permettant de prévoir les changements survenant dans les environnements nationaux et internationaux qui, actuellement, tendent à devenir complexes et volatiles.
121. Le second programme, "Pauvreté et Mauvaise santé" (PIH), a été créé afin d'aider à rompre le cercle vicieux de la pauvreté, de la dégradation de l'environnement et de la mauvaise santé et de favoriser ainsi le développement durable.

Lutte contre les Maladies non transmissibles

122. Le Dr M. Belhocine, Directeur par intérim, Division de la Lutte contre les Maladies non transmissibles, a présenté la section correspondante du rapport.
123. Il a indiqué que cette nouvelle division avait pour mission de promouvoir des modes de vie favorables à la santé et d'aider les Etats Membres à réduire la charge représentée par les maladies non transmissibles.
124. Pour donner une idée de l'importance de la charge de morbidité que représentent les maladies non transmissibles (MNT), le Dr Belhocine a indiqué qu'en 2020 celles-ci pourraient représenter 60 % de la charge de morbidité totale (contre 41 % en 1990) et être responsables de 73 % de la mortalité totale dans le monde.

-
125. Quatre grands groupes de maladies représentent les trois-quarts de la charge de morbidité totale imputable aux MNT. Ce sont : i) les troubles neurologiques et psychiatriques; ii) les maladies cardio-vasculaires et le diabète; iii) le cancer, et iv) les maladies respiratoires. Il a également mentionné certaines pathologies génétiques ayant une importance en matière de santé publique dans la Région, telles que la drépanocytose.
 126. Exception faite du dernier groupe, les autres maladies ont en commun les mêmes facteurs de risque (obésité, hypertension, diabète, etc.).
 127. Le Dr Belhocine a dit que toutes sortes d'activités avaient été menées dans le domaine de la santé mentale, qu'il s'agisse de l'Initiative "Se libérer du tabac", de la prise en charge du diabète et des maladies cardio-vasculaires ou de la mise en place d'un système de surveillance des cancers gynécologiques. Des activités ont également eu lieu dans les domaines de la réadaptation dans la communauté, de la nutrition et de la santé bucco-dentaire.
 128. Il a indiqué qu'une stratégie régionale de lutte contre les maladies non transmissibles serait présentée à la cinquantième session du Comité régional.
 129. Le Dr Belhocine a conclu en disant que certains pays avaient bénéficié d'un soutien dans les domaines de la santé des travailleurs et des personnes âgées.
 130. Les délégués ont exprimé leur satisfaction au sujet des mesures adoptées par l'OMS pour lutter contre le tabac, car le tabagisme tend à prendre des proportions épidémiques dans la Région.
 131. Ils ont souligné la nécessité de mieux évaluer l'ampleur de tous les aspects du problème du tabac dans la Région. Il est nécessaire d'élaborer de nouvelles stratégies d'information et de sensibilisation fortes et efficaces afin de faire échec à la puissante machine publicitaire des multinationales du tabac.
 132. Les pays membres et l'OMS devraient abandonner les injonctions négatives (*ne faites pas*), qui constituent d'habitude les messages d'éducation relatifs à la lutte antitabac, et adopter des messages plus positifs tendant à encourager des comportements sains.
 133. Les délégués ont reconnu que la lutte antitabac est un combat difficile et de longue haleine qui exige non seulement l'engagement politique des gouvernements, mais aussi la constitution de larges coalitions regroupant tous les partenaires concernés, y compris les communautés elles-mêmes.
 134. Il a été noté que des législations et des réglementations visant à réduire la consommation du tabac sont en cours d'élaboration et de mise en oeuvre dans plusieurs pays de la Région.

-
135. Il a été demandé à l'OMS de fournir aux pays l'appui technique dont ils ont besoin pour aider ceux qui veulent arrêter de fumer à le faire.
 136. Les délégués ont estimé qu'il fallait accorder la priorité à la lutte contre la toxicomanie et mettre en place des stratégies communautaires de prévention à cet effet, ainsi que des stratégies de traitement et de réadaptation en faveur des personnes concernées.
 137. La santé mentale a été reconnue comme un problème très important dans les pays de la Région; des approches communautaires devraient donc être adoptées pour redresser la situation. Il faudrait également protéger la santé mentale des agents de santé eux-mêmes qui travaillent souvent dans des conditions très difficiles dans toute la Région.
 138. Le Comité a souhaité qu'on accorde l'attention aux maladies chroniques telles que l'hypertension, le diabète et la drépanocytose. Il faudrait encourager la recherche dans ces domaines et concevoir des programmes assortis d'objectifs clairs.

Coordination extérieure et Promotion du Programme

139. Le Dr N. Nhiwatiwa, Directeur de la Division de la Coordination extérieure et de la Promotion du Programme, a présenté cette section du rapport.
140. Elle a signalé qu'en 1998, la grande contribution de la division avait consisté à améliorer la diffusion de l'information sanitaire et à renforcer le potentiel des communicateurs et des promoteurs de la santé dans les Etats Membres.
141. Elle a indiqué que 22 000 exemplaires du dossier d'information sanitaire intitulé "*Venir à bout des maladies courantes*" avaient été diffusés aux pays Membres. Le dossier est également en cours de traduction en langues locales. Le deuxième dossier d'information sanitaire sur la "*Santé reproductive*" est actuellement en cours de diffusion.
142. Le Dr Nhiwatiwa a signalé que la Bibliothèque bleue, conçue pour répondre aux besoins élémentaires d'information des agents sanitaires de district, avait été fournie à la plupart des pays francophones et que l'on avait commencé à la diffuser dans les pays anglophones.
143. Dans le domaine du renforcement des capacités, le Dr Nhiwatiwa a signalé que quatre ateliers avaient été organisés à l'intention de représentants des médias dans les Etats Membres afin de leur permettre de fournir des informations sanitaires essentielles au grand public. Au total, 92 journalistes et producteurs de radio et de télévision ont participé à cet atelier.
144. Le Dr Nhiwatiwa a également signalé qu'il existait désormais une page d'accueil AFRO sur Internet.

-
145. Au sujet du rapport du Directeur régional, un délégué a déclaré que la bibliothèque bleue était un instrument très important et a demandé quand elle serait disponible en langue portugaise.
 146. Revenant sur l'allocution du Directeur général, certains délégués ont déclaré que la lutte contre le VIH/SIDA était difficile à mener en Afrique, faute d'informations et d'éducation sanitaire à ce sujet.
 147. Le Dr Nhiwatiwa a informé les délégués que la version portugaise de la Bibliothèque bleue était presque achevée et qu'elle serait bientôt expédiée dans les pays.

Administration et Finances

148. M. Bernard Chandra, Directeur de la Division Administration et Finances, s'est présenté et a commenté la section du rapport relevant de sa compétence.
149. Il a signalé que l'Unité du Personnel avait été réorganisée et que plusieurs postes importants avaient été pourvus à cette occasion.
150. M. Chandra a informé le Comité que l'Administration générale avait actuellement beaucoup à faire pour préparer la réinstallation du Bureau régional dans un autre secteur d'Harare, dans une structure offerte par le Gouvernement du Zimbabwe, ce qui permettra de réunir tout le personnel sous un même toit. Actuellement, le personnel occupe deux bâtiments distincts.
151. Il a précisé que l'Unité Budget et Finances avait été complètement réorganisée. Un certain nombre de postes supplémentaires ont été créés, ce qui permettra de renforcer les fonctions de contrôle interne et de vérification. Dans le souci de renforcer la capacité du personnel administratif dans les bureaux OMS de pays, une série d'ateliers de formation intensive d'une durée de deux semaines a débuté au Bureau régional. Le premier atelier a été organisé en juillet 1999 pour 26 participants, et le deuxième aura lieu en novembre 1999 pour un nombre analogue de participants. Par la suite, les ateliers se dérouleront à raison d'un par trimestre. On espère que ce type de formation sera étendu à d'autres catégories de personnels, tant au Bureau régional que dans les Bureaux de pays. Pour permettre leur mise au courant administrative et technique, tous les fonctionnaires de catégorie professionnelle nouvellement engagés passeront obligatoirement jusqu'à une semaine au Bureau régional lors de leur entrée en fonction.
152. Afin de guider et de soutenir les bureaux des Représentants de l'OMS, un programme est actuellement mis sur pied pour que chaque représentation OMS de la Région reçoive une fois par an la visite d'un cadre administratif du

Bureau régional chargé d'aider le personnel dans son travail et de veiller au respect des règlements de l'OMS. On a revu les niveaux des avances temporaires notamment pour les activités importantes comme les journées nationales de vaccination (JNV). Les Représentants de l'OMS ont également reçu des pouvoirs accrus afin qu'ils puissent recruter du personnel à court terme.

153. En conclusion, M. Chandra a dit que, grâce à la mise en oeuvre de ces mesures, il était persuadé que les services comptables et financiers s'amélioreraient et que les vérificateurs demanderaient moins d'éclaircissements, les bureaux des Représentants de l'OMS bénéficiant de leur côté d'une plus grande délégation de pouvoirs et d'un soutien accru. Il a assuré le Comité que la Division de l'Administration et des Finances était fermement décidée à améliorer la qualité et les méthodes de travail dans la Région.
154. Après l'avoir soigneusement examiné section par section, le Comité a adopté le rapport annuel du Directeur régional dans sa totalité tel qu'il figure dans le document AFR/RC49/2.

Allocution du représentant de l'UNICEF

155. Le Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale, Madame Rima Salah, a exprimé sa gratitude à l'OMS pour avoir été invitée à assister au Comité régional et à y prendre la parole.
156. Elle a attiré l'attention du Comité sur le fait qu'en dépit des progrès significatifs réalisés dans la plupart des autres domaines, très peu d'améliorations avaient eu lieu dans le domaine de la mortalité infanto-juvénile et maternelle. Elle a également souligné l'impact du VIH/SIDA sur l'augmentation de la morbidité et de la mortalité ainsi que le danger d'infection des jeunes, en particulier des filles.
157. Mme Salah a fait part des enseignements tirés du bilan de l'Initiative de Bamako qui a eu lieu en mars 1999 avec la participation de 43 pays africains. Il est à noter qu'on a pris conscience de la nécessité de faire en sorte que les communautés soient à même d'adopter des modes de vie sains et de prendre en charge leur propre santé, ainsi que de se concentrer sur des problèmes de santé prioritaires, y compris le VIH/SIDA dans le cadre du paquet minimum de soins de santé.
158. Elle a énuméré les domaines dans lesquels la collaboration entre l'UNICEF et l'OMS a été couronnée de succès, notamment le Programme élargi de Vaccination, l'Initiative de Bamako, l'éradication de la dracunculose, l'Initiative "Faire reculer le paludisme", la prise en charge intégrée des maladies de

l'enfant (PCIME). Elle s'est engagée au maintien de la collaboration entre son organisation et l'OMS tant que la santé de la mère et de l'enfant demeurerait un problème et a terminé sur une note d'optimisme et d'espoir pour le bien-être des femmes et des enfants en Afrique.

Allocution du représentant de l'ONUSIDA

159. Le Dr Piot, Directeur exécutif de l'ONUSIDA, a exprimé sa satisfaction quant à la collaboration exemplaire qui s'est instaurée entre lui-même et le Dr Samba et formulé le souhait qu'elle se poursuive aux fins de la lutte contre le VIH/SIDA dans la Région.
160. Se référant à l'allocution de Son Excellence le Président de la Namibie, au rapport du Directeur régional et aux interventions des délégués, le Dr Piot a indiqué qu'il apparaissait clairement que le Comité considérait le SIDA en Afrique comme une question brûlante exigeant des mesures urgentes et soutenues.
161. Le Dr Piot a informé le Comité que la mobilisation contre le SIDA s'intensifiait en Afrique et qu'un réel changement se manifestait en ce qui concerne la sensibilisation au SIDA et la volonté politique de réagir à l'épidémie. Le Partenariat international contre le SIDA en Afrique a formé une vaste coalition regroupant des gouvernements, des organismes multilatéraux, des agences bilatérales de développement, des ONG et le secteur privé. Par le biais des groupes thématiques de l'ONUSIDA au niveau des pays qui sont en majorité présidés par les Représentants de l'OMS dans les pays, les organisations coparrainantes font en sorte que le SIDA soit pour tous une priorité institutionnelle. Cette situation augure bien de l'élargissement de la base de ressources en appui à la lutte contre le VIH/SIDA.
162. Le Dr Piot a informé le Comité que M. Koffi Annan, Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, s'était personnellement engagé dans cette lutte.
163. Le Dr Piot a lancé un appel pour que soient intensifiés les efforts en vue de combattre la stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les personnes touchées par le SIDA et qui constituent maintenant un obstacle majeur à l'action de prévention et de lutte.
164. Il a déclaré que l'inéquité d'accès aux antirétroviraux avait désormais atteint un niveau inacceptable. L'ONUSIDA a continué à travailler avec d'autres partenaires et avec l'industrie pharmaceutique pour faciliter un accès plus large à ces médicaments. Ceux-ci ne doivent toutefois pas être considérés comme une panacée contre l'épidémie; il faut intensifier encore plus les efforts de

prévention et améliorer l'accès au traitement des infections opportunistes. Le Dr Piot a conclu son allocution en indiquant que les négociations se poursuivaient avec certains laboratoires pharmaceutiques et que tous les acteurs étaient sur la même longueur d'onde pour s'attaquer au problème complexe du VIH/SIDA, qui menace l'avenir de l'Afrique.

DESIGNATION DU DIRECTEUR REGIONAL

165. Réuni à huis clos le 31 août 1999, le Comité régional, conformément à l'Article 52 de la Constitution de l'OMS et à l'Article 52 de son Règlement intérieur, a désigné le Dr Ebrahim Malick Samba pour un deuxième mandat de cinq ans en qualité de Directeur régional pour l'Afrique, à partir du 1er février 2000. Le Comité a adopté à cet effet la résolution AFR/RC49/R1.

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

166. Au nom du Directeur régional, le Dr N. Nhiwatiwa, Directeur de la coordination extérieure et de la Promotion du Programme, a présenté les documents AFR/RC49/3, AFR/RC49/4 Rév.1 et AFR/RC49/5 respectivement relatifs aux points 8.1, 8.2, et 8.3 de l'ordre du jour.

Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif (document AFR/RC49/3)

167. Le document AFR/RC49/3 constitue le rapport du Directeur régional sur les modalités de 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.
168. Le rapport contient les paragraphes du dispositif des résolutions adoptées à la Cinquante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé. Chaque résolution est accompagnée d'une proposition concernant les mesures à prendre ou par des informations relatives à des activités déjà en cours.
169. Le Directeur régional a invité le Comité à examiner et à commenter les stratégies proposées pour la mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional ainsi qu'à donner des orientations pour la mise en oeuvre des programmes régionaux de l'OMS.

Ordres du jour de la cent-cinquième session du Conseil exécutif et de la Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé : Implications régionales (document AFR/RC49/4 Rév.1)

170. Le document AFR/RC49/4 Rév.1 constitue le rapport du Directeur régional sur les projets d'ordres du jour provisoires de la cent-cinquième session du Conseil exécutif qui aura lieu en janvier 2000, et de la Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé qui aura lieu en mai 2000. Le rapport comprend également un projet d'ordre du jour de la cinquantième session du Comité régional qui aura lieu en septembre 2000.
171. Le rapport a été soumis conformément à la résolution AFR/RC33/R6 du Comité régional qui a approuvé la procédure visant à coordonner les ordres du jour des Organes directeurs aux niveaux mondial et régional. Le Comité a été invité à noter la concordance qui existe déjà entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé en ce qui concerne les points suivants inscrits à l'ordre du jour des trois organes :
- 1) VIH/SIDA/MST
 - 2) Projet de Budget Pogramme 2002-2003
 - 3) Méthode de travail et durée de la Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé
 - 4) Promotion de la santé (résolution WHA51.12)
172. Le Comité a été invité à examiner l'ordre du jour provisoire de sa cinquantième session et à décider des questions qui pourraient être recommandées à la Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé, conformément à l'Article 50 de la Constitution, au paragraphe 4(3) du dispositif de la résolution WHA.33.17, et à la recommandation 116 du Groupe de Travail du Conseil exécutif.

Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé
(document AFR/RC49/5)

173. Le document AFR/RC49/5 a pour but de faciliter les travaux de la Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé, conformément aux décisions pertinentes du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé relatives à la méthode de travail et à la durée de l'Assemblée.
174. Le Comité régional a pris note des informations contenues dans les documents AFR/RC49/3, AFR/RC49/4 Rév.1 et AFR/RC49/5 telles que présentées.

RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME (document AFR/RC49/6)

175. Le Dr Malick Niang (Sénégal), Président du Sous-Comité du Programme, a informé le Comité régional que onze des douze pays membres du Sous-Comité avaient assisté à la réunion qui a eu lieu à Harare du 14 au 18 juin 1999.
176. Les membres du Conseil exécutif originaires du Burundi, du Cap-Vert et de la République centrafricaine y ont pris part, conformément à une décision antérieure du Comité régional.
177. Le Dr Niang a signalé que les membres du Sous-Comité du Programme avaient décidé que le Président présenterait l'ensemble du rapport du Sous-Comité en leur nom.
178. Après avoir exprimé la gratitude des membres du Sous-Comité du Programme au Directeur régional et à son personnel pour la qualité des documents, le Dr Niang a fait rapport sur chacun des documents de travail.

Réforme du secteur de la santé dans la Région africaine :

Situation de la mise en oeuvre et perspectives (document AFR/RC49/7)

179. Le Dr Niang a indiqué que le Sous-Comité du Programme avait approuvé la définition opérationnelle donnée de la réforme du secteur de la santé; la façon dont a été caractérisée la réforme du secteur de la santé; le canevas permettant de lier la réforme du secteur de la santé à l'amélioration de l'état sanitaire; les principaux enseignements tirés et les facteurs fondamentaux de réussite soulignés, ainsi que les défis et les perspectives qui ont été recensés.
180. Tout en se félicitant de l'adoption d'approches sectorielles intégrées pour la réforme du secteur de la santé, le Sous-Comité a insisté sur la nécessité d'accorder une attention suffisante aux programmes de santé prioritaires, dont certains ont fonctionné jusqu'ici avec succès en tant que programmes verticaux.
181. Le Sous-Comité a souligné la nécessité pour l'OMS d'aider les pays à élaborer des stratégies communes qui pourraient être adoptées afin de faire en sorte que les donateurs acceptent de se conformer aux priorités et plans de développement sanitaire nationaux.
182. Au cours de la discussion sur cette partie du rapport du Sous-Comité du Programme, le Comité a pris acte avec satisfaction de la définition des réformes du secteur de la santé qui est donnée dans le rapport. Il a reconnu que le processus de réforme devrait aller de pair avec l'élaboration de politiques sanitaires nationales explicites et se traduire en actions aux niveaux des districts et des communautés.

-
183. Le Comité a souligné que des réformes du seul secteur de la santé ne seraient pas suffisantes pour que soient obtenus des résultats durables, et en particulier que soit amélioré l'état de santé de la population. En conséquence le Comité a recommandé que le processus de réformes soit étendu à d'autres secteurs que celui de la santé.
 184. Il a été noté que bien que la décentralisation de la gestion des services de santé et de la prise des décisions relatives au développement sanitaire soit maintenant une condition sine qua non, dans bien des cas, la décentralisation des services de santé n'a pas accompagné la décentralisation administrative, ce qui fait que les limites des districts administratifs ne correspondent pas toujours à celles des districts sanitaires. Le Comité a demandé au Bureau régional d'entreprendre des études sur les problèmes créés par cette situation.
 185. Le Comité a estimé que le rôle de l'Etat serait de donner à la décentralisation une orientation plus nettement communautaire. Par ailleurs, l'Etat devrait continuer à jouer un rôle normatif et réglementaire et affirmer sa volonté de mettre en oeuvre des interventions de santé publique dont puisse bénéficier la population tout entière. La tendance, de plus en plus marquée, à soustraire les services devrait aider à établir un cadre juridique définissant les relations entre l'Etat, les communautés et les différents dispensateurs privés de soins, bénévoles ou à but lucratif.
 186. La gestion des ressources humaines soulève des problèmes majeurs qui devraient être pris en compte dans le processus de réforme. Il s'agit en particulier de la nécessité de disposer d'effectifs suffisants de personnels possédant des compétences gestionnaires et d'empêcher l'exode des agents de santé.
 187. Le Bureau régional a été prié d'aider les pays à mettre au point des stratégies nouvelles et équitables de financement susceptibles de garantir la viabilité des services et leur accessibilité à la plus grande partie de la population.
 188. Il a été noté que les expériences du financement et de la gestion des ressources faites dans les pays dans le cadre du processus de réforme montrent que les conditions fixées par les partenaires avaient beaucoup contribué à ralentir l'exécution des programmes. Le Comité a demandé à l'OMS d'organiser sur cette question une consultation régionale rassemblant des représentants des ministères des finances et des services financiers des ministères de la santé, ainsi que des partenaires multilatéraux dont la Banque mondiale et le Fonds monétaire international.

-
189. Etant donné le profit que pourraient tirer les pays des expériences réussies d'autres pays, le Comité régional a prié le Bureau régional d'établir et de distribuer dans les pays un document succinct sur les réformes faites dans la Région et de faire en sorte qu'au cours des prochaines réunions des Comités régionaux, il y ait un échange de documents entre les pays sur leurs expériences dans les divers domaines du développement sanitaire.
 190. Le Secrétariat a pris note des observations, des suggestions et des demandes formulées par le Comité en vue de la suite à leur donner.
 191. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC49/R2.

Politique régionale de la santé pour tous pour le 21ème siècle

(document AFR/RC49/8b Rév.1)

192. Le Dr Niang a signalé que le Sous-Comité avait noté que le document était trop long comme document d'orientation et qu'il était trop compliqué à comprendre. Certaines incohérences ont également été soulignées dans le document.
193. Le Sous-Comité a souligné la nécessité d'organiser des réunions multisectorielles, multidisciplinaires et multi-institutions pour élaborer une politique appropriée de développement sanitaire à long terme compte tenu du rôle limité des Ministères de la Santé dans certains déterminants de la santé.
194. Le Sous-Comité a donc proposé une nouvelle structure et un nouveau contenu pour le document ainsi que les modalités selon lesquelles pourrait être finalisé le document.
195. Au cours de la discussion sur cet aspect du rapport du Sous-Comité du Programme, le Comité régional a approuvé les étapes proposées pour l'examen du document de politique générale et insisté sur la nécessité de parvenir à un large consensus. A cette fin, le Comité a recommandé que soient organisées des consultations nationales, sous-régionales et régionales.
196. Afin que le document de politique générale serve effectivement de cadre de référence pour les autres partenaires, le Comité régional a souligné qu'il serait bon d'organiser, après les consultations nationales qui ont été suggérées, un forum qui réunirait les différents partenaires et institutions au niveau régional (OUA, BAD, CEDEAO, SADC, etc.) et au niveau international (UNICEF, PNUD, FNUAP, Banque mondiale, FMI, Union européenne, etc.).
197. Le Comité régional a pris acte des efforts fournis par certains pays pour inscrire le processus de développement sanitaire dans une perspective de planification à long terme et s'est félicité des mesures prises par le Bureau

régional pour donner un cadre d'orientation à l'exercice de planification sanitaire à long terme. Il a invité l'OMS à intensifier ses efforts dans cette direction.

198. Le Comité régional a également noté que le problème du VIH/SIDA et de son impact sur l'espérance de vie ainsi que les problèmes de santé mentale de plus en plus nombreux devraient être explicitement mentionnés dans la section du projet de document de politique relative à l'analyse de la situation.
199. Le Dr L. G. Sambo, du Secrétariat, a assuré le Comité qu'il avait pris note de toutes les demandes et suggestions formulées en vue de la suite à leur donner.
200. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC49/R7.

Stratégie régionale de la santé mentale (document AFR/RC49/9)

201. Le Dr Niang a indiqué que le Sous-Comité s'était félicité du document qui aborde un problème de santé grandissant auquel, malheureusement, on n'a pas accordé une attention suffisante. L'accroissement des toxicomanies, la fréquence élevée des troubles civils et des guerres, la détérioration des conditions économiques et sociales, la violence domestique à l'encontre des femmes et des enfants, et la montée du chômage notamment chez les jeunes descolarisés, ont contribué à amplifier les problèmes de santé mentale.
202. Le Sous-Comité a noté la nécessité de revoir la législation existante sur la prise en charge des malades mentaux; d'explorer le rôle que les guérisseurs traditionnels et autres tradipraticiens pourraient jouer dans la mise en oeuvre de la nouvelle stratégie régionale, de même que la possibilité d'affecter au financement des services de santé en général et des services de santé mentale en particulier, les taxes perçues sur les produits présentant un risque pour la santé.
203. Lors de la discussion sur cette partie du rapport du Sous-Comité du Programme, le Comité régional s'est félicité du document qui lui a été soumis et a souligné la nécessité de considérer la santé mentale comme l'une des priorités régionales.
204. Le Comité a ensuite estimé que les domaines clés suivants devaient recevoir l'attention :
 - santé mentale des personnels de santé (prévention et lutte contre les problèmes liés au stress);
 - santé mentale des enfants et des adolescents (développement psychosocial au cours de la petite enfance et prévention et lutte contre les toxicomanies chez les jeunes);

-
- services communautaires de réadaptation psycho-sociale dans les pays qui viennent d'être touchés par des conflits;
 - élaboration ou révision de politiques et de programmes nationaux ainsi que de textes législatifs concernant la santé mentale et la lutte contre les toxicomanies;
 - stimulation de l'intérêt accordé au personnel de santé mentale et formation de ce personnel selon les besoins des pays;
 - définition de mécanismes de collaboration multisectorielle avec d'autres ministères, des ONG, etc.;
 - étude de certaines des expériences qui ont été faites de l'intégration des remèdes et des pratiques de la médecine traditionnelle dans la prise en charge des maladies mentales (comme à l'hôpital d'Aro au Nigéria) en vue d'élaborer des stratégies de collaboration efficace avec les tradipraticiens dans ce domaine.
205. Le Secrétariat a informé le Comité régional que l'exercice de planification commune pour la période 2000-2001 avait déjà débuté et que les pays membres bénéficieraient d'un soutien dans leurs efforts de renforcement des programmes de santé mentale, compte tenu de leurs priorités et des ressources disponibles.
206. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC49/R3.

Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) :

Plan stratégique pour 2000-2005 (document AFR/RC49/10)

207. Le Dr Niang a informé le Comité régional que le Sous-Comité avait noté que la PCIME était une stratégie importante (non pas un programme) qu'il conviendrait d'inclure dans les programmes de réforme du secteur de la santé afin de réduire la morbidité et la mortalité des enfants de moins de cinq ans.
208. La nécessité d'intégrer la PCIME dans les programmes de formation de base des agents de santé comme moyen d'institutionnaliser la stratégie a été soulignée. Le Sous-Comité a également identifié certains facteurs essentiels pour la réussite de la mise en oeuvre de la PCIME.
209. Vu l'importance de la PCIME, le Sous-Comité a exprimé le souhait que sa mise en oeuvre soit étendue à tous les pays de la Région.
210. Lors de la discussion sur cette partie du rapport du Sous-Comité du Programme, le Comité régional a souligné que la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant était une bonne stratégie qui permettra d'économiser des ressources et pourra servir de modèle pour l'intégration des prestations de santé. Pour que cette stratégie donne les résultats escomptés, il sera

important de pouvoir compter sur des approvisionnements pharmaceutiques et des ressources humaines suffisants, des systèmes efficaces d'orientation/recours et la participation des communautés. L'OMS a été invité à aider les pays à réunir ces conditions du succès de la stratégie.

211. Les délégués ont suggéré que la stratégie devrait être adaptée aux réalités locales. Ainsi, là où la prévalence du VIH/SIDA est élevée comme c'est le cas dans beaucoup de pays de la Région, le VIH/SIDA devrait être couvert par la stratégie, étant donné le nombre croissant d'enfants infectés. Des délégués ont également sollicité différentes formes de soutien technique pour introduire la stratégie dans leurs pays et/ou en accélérer la mise en oeuvre.
212. Le Dr A. Kaboré, du Secrétariat, a réaffirmé que la PCIME était une stratégie qui vise à intégrer, coordonner et optimiser les prestations déjà assurées dans les pays aux enfants de moins de cinq ans. Il a ajouté qu'ils envisageaient d'organiser un atelier d'orientation vers le début de l'an 2000 pour étendre la PCIME aux pays lusophones.
213. Le Dr Kaboré a convenu que la stratégie devait être adaptée au contexte épidémiologique et socio-culturel de chaque pays. Il a informé le Comité que, conscient de l'importance de la participation des communautés à la mise en oeuvre de la PCIME, le Bureau régional avait renforcé ses capacités dans cet aspect de la stratégie.
214. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC49/R4.

Médicaments essentiels dans la Région africaine de l'OMS :

Analyse de la situation et des tendances (document AFR/RC49/11)

215. Le Dr Niang a indiqué que le Sous-Comité avait recensé les différentes dimensions de la question des médicaments qui suscitent de grandes préoccupations, à savoir : la disponibilité limitée des médicaments essentiels de qualité; l'absence d'accès régulier à des médicaments essentiels de qualité, l'usage inapproprié des médicaments, l'absence de normes, de réglementations et de législations pertinentes, l'incidence des accords commerciaux internationaux sur la fabrication locale des médicaments et la forte proportion de médicaments importés qui sont contrefaits ou illicites.
216. Le Sous-Comité du programme a souligné la nécessité d'encourager les achats groupés des médicaments afin de réduire les coûts; d'entreprendre un contrôle plus systématique de la qualité des médicaments; de fournir des efforts coordonnés avec les partenaires concernés pour s'attaquer aux problèmes des médicaments contrefaits ou illicites et de veiller à ce que les médicaments essentiels soient disponibles à tous les niveaux du système de santé.

-
217. Au cours de la discussion de cette partie du rapport du Sous-Comité du Programme, le Comité régional a invité l'OMS à élaborer une stratégie concernant le rôle de la médecine traditionnelle dans les soins de santé et à appuyer plus activement la recherche sur les plantes médicinales.
 218. Le Sous-Comité a recommandé que les pays révisent leurs politiques fiscales afin de réduire le coût des médicaments et de lever ainsi un obstacle à leur plus large distribution. Des délégués ont également prié l'OMS de soutenir l'Association des Centrales d'Achat de Médicaments essentiels en vue des achats groupés de médicaments essentiels.
 219. Le Comité a estimé qu'étant donné l'ampleur et la gravité de la vente de médicaments illicites ou contrefaits qui constitue une sérieuse menace pour la santé publique, il faudrait lancer une campagne concertée à l'échelle de la Région pour résoudre rapidement ce problème. Il a donc invité l'OMS à élaborer une stratégie régionale pour combattre la menace que représentent les médicaments illicites et contrefaits.
 220. Le Comité a demandé que soit étendue la mise en oeuvre du programme intensifié sur les médicaments essentiels dans la Région africaine et a prié l'OMS de participer activement aux prochaines négociations de l'OMC sur les accords ADPIC dont l'issue aura une influence significative sur le prix des médicaments essentiels.
 221. Le Secrétariat a assuré le Comité que, conformément aux demandes qui ont été faites, une attention particulière serait donnée à la médecine traditionnelle dans les domaines suivants : recherches sur les plantes médicinales et utilisation des connaissances acquises dans ce domaine; production et distribution de remèdes traditionnels d'efficacité avérée et moyens d'intégrer les pratiques de la médecine traditionnelle dans les services de santé.
 222. Le Comité a adopté la résolution AFR/RC49/R5.

Politique de la Région africaine en matière de technologie sanitaire

(document AFR/RC49/12)

223. Le Dr Niang a informé le Comité régional que le Sous-Comité avait accueilli favorablement le document et l'avait qualifié de progrès décisif pour la Région dans la mesure où la plupart des pays ne disposent pas de politiques clairement définies ou de stratégies cohérentes en matière de gestion des technologies sanitaires.
224. Les domaines possibles de coopération technique entre les pays de la Région en matière de technologie sanitaire ont été identifiés et la nécessité de développer et d'inculquer une culture de la maintenance a été soulignée.

-
225. Lors de l'examen de cette partie du rapport du Sous-Comité du Programme, les délégués ont fait observer que le principal défi était d'arriver à une coopération effective entre pays en matière d'achat, d'utilisation et de maintenance des technologies de la santé. L'OMS peut jouer un rôle important en facilitant et en encourageant la coopération nécessaire dans ce domaine, moyennant l'élaboration de lignes directrices appropriées à cet effet.
226. Il est indispensable que les gouvernements fassent preuve de meilleures capacités de gestion dans ce domaine. Par exemple, il ne faudrait pas commander du matériel sans disposer d'un plan précis de formation des personnes chargées de le faire fonctionner et de l'entretenir.
227. Les délégués se sont dits préoccupés par les dons de matériel sanitaire qui ne prennent en compte ni les capacités techniques et économiques des pays ni leur situation épidémiologique. Ils ont d'autre part fait observer que des matériels ayant fait l'objet de dons étaient parfois obsolètes. L'OMS a donc été invitée à donner des avis aux pays pour veiller à ce que les dons soient conformes aux besoins des pays.
228. Le paquet essentiel de technologies de santé établit un lien entre les méthodes cliniques essentielles définies pour divers niveaux du système de soins et les technologies nécessaires; il indique aussi leurs incidences financières compte tenu de leur durée de vie, des besoins en ressources humaines ainsi que des structures d'appui. Il a été souligné que le paquet présentait un intérêt pour tous les pays et que, pour cette raison, l'OMS devrait continuer à aider les pays à définir des paquets de technologies essentielles de santé pour divers types de services de santé ou divers niveaux de systèmes de prestations sanitaires.
229. Le Dr M. Belhocine, du Secrétariat, a rappelé qu'en 1994, le Comité régional avait adopté une résolution sur les technologies de la santé dans laquelle il recommandait notamment que soient préparés et diffusés des guides à l'intention des pays membres et que soit défini un paquet essentiel de technologies. Depuis, le Bureau régional a travaillé selon trois grands axes : amélioration de l'orientation fournie par l'OMS aux pays, renforcement des capacités institutionnelles nationales et réponse aux demandes des pays.
230. En collaboration avec le Siège de l'OMS et d'autres partenaires, le Bureau régional a créé à la fin de 1996 un groupe d'experts qui a rédigé un guide pour la formulation d'une politique nationale concernant le matériel biomédical. Le déplacement du Bureau régional a retardé la finalisation de ce guide, qui sera toutefois prêt vers la fin de l'année pour être distribué aux pays membres.

-
231. Le Dr Belhocine a ajouté que le problème des dons de matériel avait été examiné en détail au Siège de l'OMS car d'autres Régions sont confrontées aux mêmes problèmes. Un guide préparé avec la participation d'experts africains est en cours d'impression et sera disponible sous peu.
 232. Pour renforcer les capacités institutionnelles des pays, l'OMS a encouragé la mise au point d'une méthodologie pour le choix des paquets de matériels essentiels. Cette tâche est confiée à un centre collaborateur de l'OMS en Afrique du Sud. Cette méthodologie est actuellement disponible sous forme d'outil informatique complet.
 233. Le Dr Belhocine a ajouté que le Bureau régional encourageait la formation de techniciens et de gestionnaires de haut niveau et a conclu en précisant que les suggestions et recommandations formulées par le Comité seraient prises en compte dans la préparation des futurs plans d'action et programmes de coopération avec les pays.

Examen de la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako

(document AFR/RC49/13)

234. Le Dr Niang a rappelé que, comme l'a noté le Sous-Comité, si l'Initiative de Bamako s'est révélée pertinente pour résoudre les problèmes de santé, notamment au niveau des communautés, les gouvernements ne doivent pas renoncer à leur responsabilité, qui est de garantir la prestation des soins de santé de base à toutes leurs populations. En d'autres termes, les efforts des communautés devraient simplement compléter ceux des gouvernements.
235. Le Sous-Comité a identifié les contraintes qui freinent la mise en oeuvre de l'Initiative, ce que le document n'avait pas fait de façon exhaustive.
236. Le Sous-Comité a souligné que l'OMS devrait définir un nouveau cadre de mise en oeuvre de l'Initiative dans le contexte des réformes en cours dans le secteur de la santé.
237. Lors de l'examen de cette partie du rapport du Sous-Comité du Programme, des délégués ont déclaré qu'il ne fallait pas considérer les gouvernements comme les seuls prestataires de soins; les communautés doivent elles aussi participer activement au développement de leur santé et de leur bien-être.
238. Le Directeur régional a été invité à aller de l'avant et à proposer un nouveau cadre opérationnel pour la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako, comme l'a recommandé le Sous-Comité.
239. L'OMS devrait aider les pays Membres à faire un bilan de l'impact de l'Initiative de Bamako dix ans après le début de sa mise en oeuvre et promouvoir un échange de données d'expérience.

-
240. Au niveau communautaire, il est nécessaire de rapprocher le programme pour les médicaments essentiels de l'Initiative de Bamako et de mettre au point des approches nouvelles pour que les gens puissent prendre en main leur propre santé.
241. Il convient également de relier l'Initiative de Bamako aux questions macroéconomiques qui se posent dans les pays membres. Pour ce faire, il faudrait que les ministères de la santé travaillent en étroite collaboration avec les ministères des finances.
242. En réponse aux observations faites, le Dr Sambo, du Secrétariat, a rappelé au Comité que la santé était un droit fondamental de l'être humain que les Etats devaient garantir, les communautés participant, quant à elles, à l'amélioration de leur santé et de leur bien-être. Il a toutefois souligné que le problème de la pauvreté et du faible pouvoir d'achat des communautés devait également être pris en compte dans les débats sur la santé.
243. Il a informé le Comité que l'OMS allait convoquer, de concert avec l'UNICEF, un groupe de travail technique composé de nationaux et d'experts pour mettre au point le nouveau cadre opérationnel pour la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako. On développera au préalable les liens entre l'Initiative et les activités génératrices de revenus afin de s'attaquer au problème de la pérennisation.
244. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC49/R6.
245. Après avoir conclu son débat sur les diverses parties du rapport du Sous-Comité du Programme, le Comité régional a remercié les membres pour l'excellent travail accompli et a approuvé le rapport du Sous-Comité.
246. Le Président a rappelé au Comité que le mandat du Rwanda, de Sao Tomé et Principe, du Sénégal, des Seychelles, de la Sierra Leone et du Swaziland arrivait à expiration à la fin de la quarante-neuvième session du Comité régional et que ces pays seraient remplacés par l'Angola, le Bénin, le Botswana, le Burkina Faso, le Burundi et le Cameroun. Les nouveaux membres devront désigner les nationaux appelés à siéger au Sous-Comité du Programme.
247. Le Comité régional a donc noté la nouvelle composition du Sous-Comité du Programme, qui comprend les pays suivants : Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Ouganda, Tanzanie, Togo, Zambie et Zimbabwe. La Tanzanie a été portée à la présidence du Sous-Comité, dont la première réunion aura lieu à Harare en juillet 2000. Les dates exactes de cette réunion seront communiquées ultérieurement par le Secrétariat.

DISCUSSIONS TECHNIQUES

(documents AFR/RC49/TD/1 et AFR/RC49/TD/2)

Présentation du rapport des Discussions techniques (document AFR/RC49/14)

248. Parallèlement aux travaux du Comité régional, les Discussions techniques se sont tenues sur le thème "La lutte contre la maladie dans la Région africaine au 21^{ème} siècle".
249. Le rapport des Discussions techniques a été présenté par son Président, le Professeur Peter Ndumbe.
250. Le Comité s'est félicité de l'excellente qualité du rapport et de la pertinence de ses recommandations qui étaient adressées à l'OMS, aux Etats Membres et à leurs partenaires.
251. Le Directeur régional a remercié le Président, le Vice-Président et les participants d'avoir contribué au succès des Discussions techniques, ajoutant que leurs recommandations seraient mises en oeuvre.
252. Le Comité a pris note du rapport des Discussions techniques, qui sera annexé à celui du Comité régional.

Choix du sujet des Discussions techniques de l'an 2000

(document AFR/RC49/15)

253. Le Comité régional a choisi le thème suivant pour les Discussions techniques de sa cinquantième session en l'an 2000 : "*Réduire la mortalité maternelle, un défi pour le 21^{ème} siècle*".

Désignation du Président et du Président suppléant des Discussions techniques pour l'an 2000 (document AFR/RC49/16)

254. Le Comité a désigné le Professeur Kelsey Atangamuerino Harrison (Nigéria) Président et le Dr Maria do Rosario de Fatima Madeira Rita (Angola) Président suppléant des Discussions techniques qui auront lieu à la cinquantième session du Comité régional de l'Afrique en l'an 2000.

DATES ET LIEUX DE LA CINQUANTIEME ET DE LA CINQUANTE ET UNIEME SESSIONS DU COMITE REGIONAL (document AFR/RC49/17)

255. Conformément aux dispositions de son Règlement intérieur, le Comité régional a accepté l'offre du Burkina Faso d'accueillir sa cinquantième session à Ouagadougou, à compter du 28 août 2000. La République du Congo a offert d'accueillir la cinquante et unième session. Une décision sera prise à ce sujet à la cinquantième session du Comité régional.

ADOPTION DU RAPPORT DU COMITE REGIONAL

(document AFR/RC49/18)

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

CLOTURE DE LA QUARANTE-NEUVIÈME SESSION DU COMITE REGIONAL

Remarques de clôture du Directeur régional

257. Le Directeur régional a remercié les délégués d'avoir fait en sorte que cette réunion soit non seulement couronnée de succès, mais constitue également une rencontre historique par le nombre de participants et par l'intérêt et le sérieux avec lesquels ils ont donné des orientations au Secrétariat sur les mesures à prendre pour améliorer la situation sanitaire dans la Région.
258. Il a noté que le Comité avait recensé les problèmes auxquels il fallait s'attaquer d'urgence et donné des orientations sur les mesures à prendre pour surmonter ces problèmes au cours de ces prochaines années. Il a affirmé que le Secrétariat se mettrait immédiatement au travail.
259. Le Directeur régional a exprimé sa gratitude aux Etats Membres pour le second mandat qu'ils lui ont accordé et a remercié le Tout-Puissant de cette occasion qui lui était donnée de servir l'Afrique. Il a ajouté qu'il allait servir l'ensemble des pays, et non seulement certains d'entre eux, car il avait reçu ce nouveau mandat du Comité régional.
260. Il a terminé en lançant un appel aux délégués pour qu'ils conjuguent leurs efforts en tant qu'Africains afin de mettre un terme aux divisions créées par les colons.

Motion de remerciements

261. La motion de remerciements au Gouvernement et au peuple de la Namibie a été présentée par le Dr Saleh Meky, Ministre de la Santé de l'Erythrée. Elle a été adoptée par le Comité régional.

Allocution du Président et clôture de la réunion

262. Mme Libertina Amathila, Président de la quarante-neuvième session du Comité régional, a remercié les délégués pour la qualité et le niveau exceptionnel de leur participation qui était le signe qu'ils étaient venus au Comité avec pour mission d'aborder le prochain millénaire avec un objectif, une vision claire et la détermination de trouver des solutions aux problèmes de santé du continent.

-
263. Elle a invité les délégués à rentrer chez eux avec la ferme détermination de traduire en actions concrètes les résolutions adoptées, compte tenu des énormes problèmes de santé que connaît le continent et dont la solution va au-delà de ces quelques résolutions.
 264. Il faut que les gouvernements fassent preuve de persévérance et de détermination et acceptent des sacrifices pour que l'Afrique ne soit plus au bas de l'échelle en ce qui concerne le développement sanitaire et ne détienne plus le record en matière de maladies et de pauvreté.
 265. Mme Amathila a noté que les délégués avaient marqué leur confiance au Directeur régional et à son équipe en optant pour la continuité. Elle a invité le Directeur régional et les autres membres du Secrétariat à redoubler d'efforts et a exhorté les autres partenaires du développement à poursuivre leur appui.
 266. Elle a exprimé sa gratitude aux délégués pour leur coopération, ce qui a contribué au succès de la réunion.
 267. Elle a ensuite déclaré clos la quarante-neuvième session du Comité régional.

ANNEXE I: LISTE DES PARTICIPANTS

1. Représentants des Etats Membres

Algérie

M. Abbas Mohamed Larbi
*Secrétaire général du Ministère de la Santé
et de la Population*

Chef de Délégation

Dr Mohamed Lamine Chergui
Chargé des Relations internationales

M. Tefiani Mohamed
Ambassadeur d'Algérie en Namibie

Angola

Dr Adelino Manassas da Silva Neto
Ministro da Saúde

Chefe da Delegação

Dr Augusto Rosa Mateus Neto
*Director do Gabinete do Intercâmbio
Internacional*

Dra Maria Filomena Wilson
Directora do Programa IEC

Dr Carlos Alberto António
Director de Comunicação

Dr. Gonçalves António Miguel
Funcionário do Ministério das Relações Exteriores

Sra. Maria Julia Navalha
Secretária

Bénin

Dr Marina d'Almeida-Massougboji
Ministre de la Santé publique

Chef de Délégation

Dr Pascal Dossou-Togbé

*Secrétaire général du
Ministère de la Santé publique*

Dr Antonin Jacques Hassan
Directeur national de la Protection sanitaire

M. Ahlin Achille Massougboji
*Vice-Doyen, Faculté des Sciences de la Santé,
Université nationale du Bénin*

M. Hilaire Comlanvi
*Assistant du Directeur de Cabinet,
Ministère de la Santé publique*

Botsouana

Hon. Dr Chapson J. Butale
Minister of Health

Head of Delegation

Dr John Katatu M. Mulwa
*Permanent Secretary,
Ministry of Health (MOH)*

Mr John Botsang
Chief Pharmacist

Mr L. T. Lesetedi
*Chief Principal Officer,
Primary Health Care*

Mrs K. Mmatli
Principal of Lobatse Institute of Health Sciences

Mrs Virginia S. Chakalisa,
Mental Health Coordinator

Mr Steven Kebakile
Chief Planning Officer, Ministry of Health

Mr M. D. Matlhape
Planning Officer, Ministry of Health

Burkina Faso

M. Alain Ludovic Tou
Ministre de la Santé

Chef de Délégation

Dr Arlette Sanou/ Ira
Conseiller technique du Ministre

Dr Célestin Traoré
*Responsable du Bureau de la Planification/
DEP Santé*

Dr Sibiri Clément Zidouemba
*Chef du Service de la Surveillance
épidémiologique*

Burundi

Dr Juma Mohamed Kariburyo
Ministre de la Santé publique
Chef de Délégation
Dr Jean Rirangira
Directeur général de la Santé publique
Ambassadeur Jean-Baptiste Mbonyingingo
Chef de Mission
Présidence de la République
Ambassadeur Balthazar Habonimana
Directeur général, Amérique du Nord,
Europe et Organisations internationales
Ministère des Relations extérieures
et de la Coopération
M. Gédéon Magete
Ambassadeur du Burundi en
République Sud-Africaine

Cameroun

Prof. Gottlieb Lobe Monekosso
Ministre de la Santé publique
Chef de Délégation
Dr Yaou Boubakari
Inspecteur général,
Ministère de la Santé publique
Dr (Mme) Cécile Bomba-Nkolo
Chef de Division de la Coopération,
Ministère de la Santé publique
Dr Basile Kollo
Directeur de la Santé communautaire,
Ministère de la Santé publique
Dr Martin Ekéké Monono
Provincial Delegate of Health,
South-West Province

Cap-Vert

Dr J. B. Ferrreira Medina
Ministro da Saúde
Chefe da Delegação
Dr Rosa M. Soares Silva
Directora-Geral da Saúde

République centrafricaine

Dr Prosper Thimossat
Ministre de la Santé publique et de la Population
Chef de Délégation
Dr Gilbert Nzil'Koué Dimanche
Directeur général de la Santé publique et de la
Population
Prof. Jean-Luc Mandaba
Membre du Conseil exécutif de l'OMS

Tchad

S. E. M. Kedella Younous Hamid
Ministre de la Santé publique
Chef de Délégation
Dr Mosurel Ndeikoundam Ngangro
Chef de la Division des Maladies transmissibles
Membre suppléant du Conseil exécutif de l'OMS

Comores

M. Mohamed Nassur Mohamed
Ministre de la Santé publique, des Affaires sociales
et de la Condition féminine
Chef de Délégation
Dr Mbaé Toyb
Directeur général de la Santé

Congo (République du)

Dr Léon-Alfred Opimbat
Ministre de la Santé, de la Solidarité et
de l'Action humanitaire, Chef de Délégation
Dr Damasc Bodzongo
Directeur général de la Santé
Dr André Enzanza
Conseiller à la Santé du Ministre de la Santé,
de la Solidarité et de l'Action humanitaire
Mme Valérie Antoinette Ossie
Directrice de la Coopération
M. Paul Hervey Kengouya
Conseiller juridique et administratif du Ministre
M. Anatole Kondo
Ambassadeur du Congo en
République Sud-Africaine
M. Alphonse Ndzanga Konga
Chargé d'Affaires a.i. du Congo en Namibie

République démocratique du Congo

M. Oscar Kambu Kabangu

Vice-Ministre de la Santé

Chef de Délégation

M. Kambu Mwakasa

Secrétaire particulier du Vice-Ministre de la Santé

Côte d'Ivoire

M. Pannan Souleymane Coulibaly

Directeur de Cabinet du Ministre de la Santé

Chef de Délégation

Prof. Auguste Kadio

Chef de Service des Maladies infectieuses

Prof. Alimata Jeanné Diarra-Nama

Directeur de l'Institut national de Santé publique

Dr David Koffi

Directeur de la Santé communautaire

Guinée équatoriale

S. E. Juan Antonio Bibang Nchuchuma

Ministre de la Santé et du Bien-Être social

Chef de Délégation

Dr Edelmiro Castano Bizantino

*Directeur général de la Santé publique
et de la Planification*

Dr Manuel Nguema Ntuntumu

MPN/WCT/EQG

Erythrée

Hon. Mr Saleh Mcky

Minister of Health

Head of Delegation

Dr Mismay Gebrehiwet

Director of Primary Health Care,

Ministry of Health

Ethiopie

Dr Lamesso Hayesso

Vice-Minister of Health

Head of Delegation

Mr Alemayehu Seifu

Head of Epidemiology & AIDS Department

Gabon

M. Faustin Boukoubi

Ministre de la Santé publique et de la Population

Chef de Délégation

Prof. Pierre-André Kombila

*Professeur de Cardiologie, Directeur général
de la Santé*

M. Eugène Abel Lengota

Attaché de Cabinet

Gambie

H. E. Mrs Isatou Njie-Saidy

*Vice-President and Secretary of State for Health,
Social Welfare and Women's Affairs*

Head of Delegation

Mr Abdoulie Mam Njie

*Permanent Secretary, Department of State
for Health, Social Welfare and Women's Affairs*

Mr William John Joof

Permanent Secretary, Office of the President

Mr Cherno Jallow

Deputy Permanent Secretary

Department of State for Foreign Affairs

Dr Yankuba Kassama

*Director of Medical Services, Department of State
for Health, Social Welfare and Women's Affairs*

Ghana

Dr Nana Paddy Acheampong

Deputy Minister of Health

Head of Delegation

Dr Abdulai Issaka-Tinorgah

Ag. Director of Medical Services

Dr N. A. Coleman

*Director, Policy Planning, Monitoring and
Evaluation*

Dr Issac Kofi Asare

Regional Director of Health Services Brong Ahafo

Guinée

Dr Mohamed Sylla
Secrétaire général du Ministère de la Santé
Chef de Délégation
Dr Momo Camara
Coordinateur national PEV/SSP/ME

Guinée-Bissau

Dr Justino Amadu Fadia
Ministro da Saúde e Assuntos Sociais
Chefe da Delegação
Dr Francisco Dias
Director-Geral da Saúde
Sr António Paulo Gomes
Chefe de Gabinete

Kenya

Dr Richard Muga
Director of Medical Services
Head of Delegation
Mrs Grace Kandie
Chief Nursing Officer

Lesotho

Hon. Tefo Mabote
Minister of Health and Social Welfare
Head of Delegation
Dr M. Mosotho
Principal Secretary
Dr T. Ramatlapeng
Director-General of Health Services
Dr Pearl Ntsekhe
Director, Disease Control

Libéria

Dr Nathaniel S. Bartee
Deputy Minister/Chief Medical Officer
Head of Delegation
Dr Ben Kanwee, A.P.
County Health Officer, Sinoe County

Madagascar

Prof. H. Ratsimbazafimahefa
Ministre la Santé
Chef de Délégation
Dr D. Rakotondramarina
Directeur de la Lutte contre les Maladies
transmissibles

Malawi

Mrs Lilian Estella Patel
Minister of Health and Population
Head of Delegation
Dr Wesley O. Sangala
Principal Secretary for Health and Population
Mrs Lillian D. Ng'oma
Director, Nursing Services

Mali

Mme Diakitè Fatoumata N'Diayc
Ministre de la Santé, des Personnes âgées
et de la Solidarité
Chef de Délégation
Dr Lasséni Konaté
Conseiller technique, Ministère de la Santé,
des Personnes âgées et de la Soidarité
M. Niaza Coulibaly
Conseiller technique chargé de la Communication
Ministère de la Santé, des Personnes âgées et de la
Solidarité
Dr Mamadou Adama Kané
Directeur national de la Santé publique
Ministère de la Santé, des Personnes âgées
et de la Solidarité

Mauritanie

Mme Ba Diyé
Ministre de la Santé et des Affaires sociales
Chef de Délégation
Dr Mohamed Ould Menou
Directeur de la Prévention sanitaire

Maurice

Mr Kaviraj R. Mudhoo
Permanent Secretary
Head of Delegation
Dr Necrunjun Gopee
WLO Mauritius

Mozambique

Dr Abdul Razak Noormahomed
Vice-Ministro da Saúde
Chefe da Delegação
Dr Aida Theodomira de Nobreza Libombo
Director Nacional de Saúde Adjunto
Dr João Fernando Lima Schwalbach
Director da Faculdade de Medicina
Universidade Eduardo Mondlane
Dr Olimpio Durão Mola
Director Provincial de Saúde, Sofala
Dr Judithe Perpétua Nehemias Machava
Chefe do Departamento de Cooperação
Internacional

Namibie

Hon. Dr Libertina Amathila
Minister of Health and Social Services
Head of Delegation
Dr Rev. Zedekia K. Mujoro
Deputy Minister of Health and Social Services
Mrs Hulda Shipanga
Adviser to the Minister of Health
Dr Kalumbi Shangula
Permanent Secretary, Ministry of Health
Dr Nestor Shivute
Undersecretary, Health Care Services
Mr Abner Axel Xoagub
Adviser to Namibian Delegation
Mrs Marianne Nujoma
Chief, Foreign Relations Officer in charge of
Multilateral Organizations
Mrs Kautoo Mutirua
Director, Policy, Planning and Human Resource
Development

Dr Magda L. Nghata Nga
Director, MOHSS
Mrs Elizabeth W. Lottering
Regional Director, MOHSS, Otjiwarongo
Dr Ndahafa A. Ngifindaka
Director, International Affairs
Office of the President, Department
of Women Affairs

Niger

M. Maman Sani Malam Maman
Ministre de la Santé publique
Chef de Délégation
Dr Gagara Magagi
Directeur de la Promotion de la Santé
Dr Hamidine Mahamane
Directeur départemental de la Santé d'Agadez

Nigéria

Hon. Dr Tim Menakaya
Minister of Health
Head of Delegation
Mr Alhaji S. A. Suleiman
Permanent Secretary,
Federal Ministry of Health
Dr Shchu Sule
Director, Planning, Research and Statistics,
Federal Ministry of Health (FMOH)
Dr E. A. Abebe
Director, PHC and Disease Control, FMOH
Dr Ololade O. Ojo
Deputy Director (Epidemiology), FMOH
Dr O. Salawu
Deputy Director (PHC) IMCI, FMOH
Ms C. Bob-Osamor
Special Assistant to the Minister of Health,
FMOH

Rwanda

Dr Ezéchias Rwabuhiri
Ministre de la Santé
Chef de Délégation
Dr Thomas Karengera
Directeur des Soins de Santé
Dr Fabienne Shumbusho
Médecin à l'Hôpital Kabutare
M. Joseph Karemera
Ambassadeur du Rwanda en Afrique du Sud,
Johannesbourg

São Tomé et Príncipe

Dr. António Marques de Lima
Ministro da Saúde
Chefe da Delegação
Sra. Elisabeth Agostinho de Carvalho
Resp. Programa, Saúde Reprodutiva

Sénégal

M. Assane Diop
Ministre de la Santé
Chef de Délégation
Dr Malick Niang
Directeur de la Santé
Dr Abdoulaye Ndiaye
Conseiller technique No 1
du Ministre de la Santé

Seychelles

Mr Jacquelin P. Dugasse
Minister of Health
Head of Delegation
Dr Rubell E. Brewer
Commissioner of Health Services

Sierra Léone

Hon. Dr Ibrahim Tejan-Jalloh
Minister of Health and Sanitation
Head of Delegation
Dr Kamara Sheku Tejan
Director-General of Medical Services

Afrique du Sud

Dr Mantombazana Tshabalala Msimang
Minister of Health
Head of Delegation
Dr A. Ntsaluba
Director-General, Department of Health
Dr Roland E. Mhlanga
Cluster Manager,
Maternal Child and Women's Affairs
Dr H. Zokufa
Deputy Permanent Secretary
Ms C. Makwakwa
Director, International Health Liaison
Mrs N. T. Molai
Director, Health Technology Policy
Dr E. N. Madela-Mntla
Deputy Director,
Mental Health and Substance Abuse
Dr N. Cameron
Director, Communicable Disease Control
Mr J. Van den Berg
Deputy Director
Dr M. Mazizi
Vaccines Manager

Swaziland

Dr Phetsile K. Dlamini
Minister of Health and Social Welfare
Head of Delegation
Dr John Mandla Kunene
Deputy Director of Health Services
Ministry of Health and Social Welfare
Mr Sydney Nkambule
Health Educator
Ministry of Health and Social Welfare

Togo

Prof. Kondi Charles Agba
Ministre de la Santé
Chef de Délégation
Dr Essosolem Batchassi
Directeur général de la Santé
Prof. A. M. D'Almeida
s/c WR/Cotonou

Ouganda

Mr Philip Byaruhanga
Minister of State for Health
Head of Delegation
Mr J. W. Wagona-Muguli
Permanent Secretary, Ministry of Health

République Unie de Tanzanie

Dr Aaron Daudi Chiduo
Minister of Health
Head of Delegation
Dr Saidi M. Egwaga
Acting Director, Preventive Services,
Ministry of Health

Zambie

Hon. Nkandu Luo
Minister of Health
Head of Delegation
Dr Gavin B. Silwamba
Director-General, Central Board of Health
Mr Alfred Malijani
Executive Secretary - Food and Drugs,
Ministry of Health

Mrs Grace Manyinza
District Director of Health
Mrs A. Mulenga
Nurse

Zimbabwe

Hon. Dr T. J. Stamps
Minister of Health and Child Welfare
Head of Delegation
Mr Thomas A. Zigora
Deputy Permanent Secretary
Alternate Head of Delegation
Dr Christopher Zishiri
Provincial Medical Director (Midlands)
Dr B. Makunike
Director, Epidemiology and Disease Control
Ministry of Health
Mrs Nyandoro
Assistant Director,
Family and Child Health
Ministry of Health

2. Représentants des Nations Unies et des Institutions spécialisées

Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation (FAO)

Dr Emelia Ethel Timpo
FAO Representative for Namibia
Sanlam Building
P.O. Box 24185, Windhoek
Namibia

Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD)

Mr Odovar Jakobsen
Deputy Resident Representative, UNDP
Private Bag 13329, Windhoek
Namibia

**Fonds des Nations Unies pour
l'Enfance (UNICEF)**

Mrs Rima Salah
Directeur régional
B. P. 443, Abidjan 04
Côte d'Ivoire

Mr David Bwangamoe Pulkol
Deputy Regional Director
UNICEF, ESARO
P.O. Box 44145, Nairobi
Kenya

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

Dr Jean-Michel Ndiaye
Conseiller régional, Santé/PEV
Bureau régional, UNICEF, WCARO
B.P. 443, Abidjan 04
Côte d'Ivoire

Mr Nathan Kenya-Mugisha
Senior Project Officer, Health
UNICEF, ESARO
P.O. Box 44145
Nairobi
Kenya

**Organisation des Nations Unies pour
l'Éducation, la Science et la Culture
(UNESCO)**

Mr Johnny A. McClain
UNESCO Representative to Namibia
5 Brahms St, Windhoek 9000
Namibia

**Fonds des Nations Unies pour la
Population (FNUAP)**

Mr Kemal Mustafa
UNFPA Representative in Namibia
Private Bag 13329, Windhoek
Namibia

Mr Mohamed Baraket
UNFPA/CST Adviser
P.O. Box 4775, Harare
Zimbabwe

**Programme conjoint des Nations
Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA)**

Dr Peter Piot
Directeur Exécutif, ONUSIDA
Genève,
Suisse

3. Représentants des organisations intergouvernementales

Banque Africaine de Développement (BAD)

Mr Walter Muchenje
Principal Health Analyst
B.P. V 316, Abidjan
Cote d'Ivoire

Secrétariat régional du Commonwealth pour la Santé

Dr Steve Shongwe
Coordinator of Family and Reproductive Health
P. O. Box 1009, Arusha
Tanzania

Banque Mondiale

Dr C. O. Pannenberg
Regional Director for Health, Nutrition and Population, African Region
1818 H. Street, N.W. , Washington, D.C.
USA

Lutte contre l'Onchocercose dans la Région du Bassin de la Volta

Dr B. Boatin
Chief of Planning, Evaluation and Transfer Unit, OCP
Ouagadougou
Burkina Faso

Conseil africain et malgache pour l'Enseignement supérieur (CAMES)

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

Dr A. Seketeli
Administrateur du Programme APOC
B.P. 549, Ouagadougou
Burkina Faso

Communauté sanitaire de l'Afrique de l'Ouest

Dr Kabba T. Joiner
Executive Director
6 Taylor Drive, PMB 2023, Yaba, Lagos
Nigeria

4. Représentants des organisations non gouvernementales

Fédération internationale de l'Association des Fabricants Pharmaceutiques

Dr Lorinda M. Kroukamp
Representative for IFPMA
(International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Association)
Smithkline Beecham
Private Bag X13, Sunwinghill, Johannesburg
South Africa

Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine (UEMOA)

M. Pedro A. Godinho Gomes
Commissaire chargé du Département des Ressources humaines
Commission de l'UEMOA
01 B.P. 543, Ouagadougou
Burkina Faso

Dr Amadou Moctar Mbaye
Chargé de la Santé et Promotion de la Femme
01 B.P. 543, Ouagadougou
Burkina Faso

5. Observateurs et distingués invités

Agence canadienne de développement international

Ms Sylvia Barrow
Health Specialist, Africa and the Middle East Branch
Pan Africa Programme
200, Promenade du Portage, Hull, Québec
Canada

Fédération des Associations de Fonctionnaires internationaux (FICSA)

Mr Alvaro José Da Silva Durao
General Secretary
Geneva,
Switzerland

Fondation Calouste Gulbenkian

Dr Victor Nunes Sá-Machado
Presidente da Fundação Calouste Gulbenkian
Avenida de Berna No 45 1050, Lisboa
Portugal

Dr Carmelo Rosa
Avenida de Berna No 45 1050, Lisboa
Portugal

Ligue des Femmes

Mrs Maria Da Conceição Lourence
P.O. Box 173, Windhoek
Namibia

North West Directorate

Dr Naftal T. L. Hamata
Regional Director
North West Directorate
P/Bag 5538, Oshakati
Namibia

ANNEXE 2 : ORDRE DU JOUR DE LA QUARANTE-NEUVIEME SESSION DU COMITE REGIONAL

1. Ouverture de la réunion
2. Constitution du Sous-Comité des Désignations
3. Election du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs
4. Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC49/1 Rév.3)
5. Nomination du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
6. Activités de l'OMS dans la Région africaine (document AFR/RC49/2)
 - Rapport annuel du Directeur régional pour 1998
 - Rapports d'activité sur des programmes spécifiques :
Santé reproductive; Qualité des soins; Surveillance épidémiologique;
Eradication de la poliomyélite et lutte contre la rougeole; Réadaptation
à base communautaire; Stratégie régionale de l'information, de
l'éducation et de la communication pour promouvoir la santé dans les
communautés africaines; Lutte antitabac; VIH/SIDA.
 - Situation du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique
7. Election du Directeur régional
8. Corrélacion entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de
l'Assemblée mondiale de la Santé
 - 8.1 Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées
par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif
(document AFR/RC49/3)
 - 8.2 Ordres du jour de la cent-cinquième session du Conseil exécutif et de la
Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé
(document AFR/RC49/4)
 - 8.3 Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé
(document AFR/RC49/5)
9. Rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC49/6)
 - 9.1 Réforme du secteur de la santé dans la Région africaine :
situation de la mise en oeuvre et perspectives (document AFR/RC49/7)
 - 9.2 Politique régionale de la santé pour tous au XXI^{ème} siècle
(document AFR/RC49/8b Rév.1)
 - 9.3 Stratégie régionale de la santé mentale (document AFR/RC49/9)
 - 9.4 Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant :
plan stratégique pour 2000-2005 (document AFR/RC49/10)

-
- 9.5 Médicaments essentiels dans la Région africaine :
Analyse de la situation et des tendances (document AFR/RC49/11)
 - 9.6 Politique de la Région africaine en matière de technologie sanitaire
(document AFR/RC49/12)
 - 9.7 Examen de la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako :
Rapport du Directeur régional (document AFR/RC49/13)
 10. Discussions techniques : La lutte contre la maladie dans la Région africaine au
21^{ème} siècle (document AFR/RC49/TD/1)
 11. Présentation du rapport des Discussions techniques (document AFR/RC49/14)
 12. Choix du sujet des Discussions techniques de l'an 2000
(document AFR/RC49/15)
 13. Nomination du Président et du Président suppléant des Discussions
techniques de l'an 2000 (document AFR/RC49/16)
 14. Décisions de procédure
 15. Dates et lieux de la cinquantième et de la cinquante-et-unième sessions du
Comité régional (document AFR/RC49/17)
 16. Adoption du rapport du Comité régional (document AFR/RC49/18)
 17. Clôture de la quarante-neuvième session du Comité régional.

Partie III

ANNEXES

ANNEX 3 : RAPPORT DE LA REUNION DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME TENUE DU 14 AU 18 JUIN 1999

Ouverture de la reunion

1. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni du 14 au 18 juin 1999 à Harare (République du Zimbabwe). Le bureau a été constitué comme suit :
Président : Dr Malick Niang (Sénégal)
Vice-Président : Dr Hassan A. Attas (Tanzanie)
Rapporteurs : Dr Gilberto José da Costa Frota (Sao Tomé-et Príncipe)
Dr Paul Sikosana (Zimbabwe)
2. La liste des participants figure à l'Appendice 1.
3. Le Dr Ebrahim M. Samba, Directeur régional, a souhaité la bienvenue aux participants et a saisi cette occasion pour exprimer sa reconnaissance envers le Gouvernement et le peuple du Zimbabwe pour tout ce qu'ils ont fait pour faciliter la vie des membres du personnel du Bureau régional de l'OMS. Il a ajouté qu'en dépit de tous les efforts accomplis, le Bureau avait toujours le statut de réfugié et que, de ce fait, les choses n'étaient pas parfaites.
4. Il a rappelé aux membres les attributions révisées du Sous-Comité du Programme et a souligné que les commentaires et recommandations du Sous-Comité serviraient de base pour l'examen des documents techniques durant le Comité régional.
5. Le Président du Sous-Comité du Programme, le Dr M. Niang, a exprimé sa reconnaissance en son nom personnel et au nom de son pays pour son élection à la présidence et a remercié le Directeur régional pour ses paroles de bienvenue. Il a ajouté que le Sous-Comité du Programme ferait appel aux compétences du Secrétariat pour faciliter ses délibérations. Il a félicité le Directeur régional et son personnel pour le travail accompli malgré les difficultés liées au transfert temporaire du Bureau régional de Brazzaville à Harare.
6. Le programme de travail provisoire (Appendice 2) a été adopté tel que présenté.
7. Le Sous-Comité du Programme a également adopté l'horaire de travail suivant : de 8h30 à 12h30 le matin et de 14h00 à 17h30 l'après-midi, y compris les pauses-café. L'ordre du jour figure à l'Appendice 3.

Réforme du secteur de la santé dans la région africaine : Situation de la mise en oeuvre et perspectives (document afr/rc49/7)

8. Le Dr L. G. Sambo, du Secrétariat, a présenté le document.
9. Il a rappelé qu'après deux décennies de développement et d'essor socio-économique non négligeable dans la plupart des pays indépendants d'Afrique, les années 80 ont marqué le début d'une ère de récession économique mondiale qui a eu des effets négatifs sur les économies de la plupart des pays de la Région africaine de l'OMS. Ceux-ci ont commencé à enregistrer des taux de croissance économique en baisse, voire négatifs. Cette évolution de l'environnement socio-économique a entraîné différentes sortes de réformes économiques dont certaines ont eu des incidences néfastes sur le secteur de la santé. Dans beaucoup de pays, les systèmes de prestation de soins ont été tellement affaiblis qu'ils se sont révélés incapables de relever des défis sanitaires toujours plus grands et de satisfaire les besoins de populations de plus en plus nombreuses, mais aussi désormais mieux informées de leur droit à des soins de qualité.
10. Cette situation a exigé une réforme du secteur de la santé, c'est-à-dire un processus de changement destiné à remédier à la détérioration de la situation sanitaire. Chaque pays de la Région s'est lancé dans une réforme du secteur de la santé sous une forme ou une autre dont la portée varie d'un pays à l'autre.
11. Le document préparé par le Directeur régional pour appeler l'attention du Comité régional sur la situation de la mise en oeuvre des réformes du secteur de la santé dans les pays de la Région et les perspectives futures s'articule autour de six chapitres : les paragraphes 1 à 6 forment l'introduction; le contexte de la réforme du secteur de la santé est brièvement résumé dans les paragraphes 7 à 13; la teneur des efforts de réforme en cours est décrite dans les paragraphes 14 à 18; la situation de la mise en oeuvre des réformes du secteur de la santé est examinée dans les paragraphes 19 à 35 tandis que les paragraphes 36 à 49 résument les défis et les perspectives; et les paragraphes 50 à 56 constituent la conclusion.
12. Le Dr Sambo a indiqué que le Sous-Comité du Programme était appelé à examiner le rapport sur l'état d'avancement des réformes et :
 - i) à faire des remarques sur la définition opérationnelle de la réforme du secteur de la santé, la façon dont le processus de réforme a été caractérisé, le cadre proposé pour associer la réforme du secteur de la santé à l'amélioration de la situation sanitaire, les principaux

enseignements tirés de l'examen des expériences faites par les pays, les facteurs essentiels de succès observés et, enfin, les futurs défis et perspectives énumérés;

ii) à fournir des directives et des orientations appropriées au Bureau régional pour lui permettre d'appuyer véritablement les Etats Membres dans leur action de réforme.

13. Les participants ont souligné l'adéquation, l'à-propos et la qualité du document de même que la manière claire dont il avait été présenté par le Secrétariat.
14. Tout en convenant qu'il n'existait pas de schéma directeur pour la réforme du secteur de la santé, ils ont insisté sur la nécessité d'utiliser les principes énumérés dans le document pour orienter la réforme du secteur de la santé dans tous les pays de la Région. Ils ont aussi fait valoir qu'il fallait présenter des résultats spécifiques afin de préserver le consensus tout au long du processus de réforme du secteur de la santé.
15. Le Sous-Comité a approuvé la définition opérationnelle donnée de la réforme du secteur de la santé; la façon dont a été caractérisée la réforme du secteur de la santé; le canevas permettant de lier la réforme du secteur de la santé à l'amélioration de l'état de santé; les principaux enseignements tirés et les facteurs fondamentaux de réussite soulignés; ainsi que les défis et les perspectives d'avenir énumérés.
16. Il a été noté que la réforme du secteur de la santé devrait se concentrer sur le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, pathologies qui constituent une forte proportion de la charge de morbidité dans la Région. Si l'on s'est félicité de l'adoption d'approches sectorielles pour la réforme du secteur de la santé, on a également constaté la difficulté d'accorder une attention suffisante aux programmes de santé prioritaires dont certains ont fonctionné avec succès en tant que programmes verticaux menés dans le cadre d'approches sectorielles.
17. Le Sous-Comité a d'autre part relevé que certaines réformes du secteur de la santé s'étaient heurtées à des obstacles dont le Ministère de la Santé n'avait pas la maîtrise, notamment l'absence de bonne gouvernance et l'opposition aux réformes souvent manifestée par des individus et/ou des groupes d'intérêt extérieurs au Ministère de la Santé.
18. La réaffectation des ressources en faveur des soins de santé primaires joue certes un rôle important dans le processus de réforme mais il faut veiller à ce que les soins secondaires et tertiaires ne soient pas pour autant négligés. De plus, si l'on alloue davantage de ressources aux services de santé de district, il faut tenir compte de la capacité d'absorption à ce niveau.

-
19. Le Sous-Comité a mis en garde contre le risque de voir dans la décentralisation – qui est bien sûr un aspect important de la réforme du secteur de la santé, particulièrement pour l'organisation et la gestion des services de santé – la panacée à tous les problèmes du secteur de la santé.
 20. Il a été observé que les bailleurs de fonds ont souvent mené des interventions sans réellement tenir compte des réalités et priorités locales en matière de santé. Le Sous-Comité a souligné qu'il était nécessaire que l'OMS prêle son concours aux pays pour l'élaboration de stratégies communes qui pourraient être adoptées pour faire en sorte que les bailleurs de fonds se conforment aux politiques et plans de développement sanitaires nationaux.
 21. Le Secrétariat a pris note de certaines observations portant sur des points particuliers et visant à améliorer le document.
 22. Le Dr Ebrahim M. Samba, Directeur régional, a remercié les participants pour leurs observations et propositions pertinentes. Il a ajouté que l'expérience des pays de la Région en matière de réforme du secteur de la santé, telle qu'elle a été présentée aux réunions interpays organisées avec la Banque mondiale, fera l'objet d'une synthèse qui sera diffusée ultérieurement. Il était nécessaire que les gouvernements jouent le rôle de locomotive à chaque étape du processus de réforme.
 23. Le Sous-Comité du Programme a préparé un projet de résolution (AFR/RC49/WP/1) à soumettre au Comité régional pour examen et adoption.

Politique régionale de la santé pour tous pour le XXI^e siècle
(document AFR/RC49/8(b) rév.1)

24. Le Dr L. G. Sambo, du Secrétariat, a présenté le document.
25. Il a indiqué que le document était conçu en deux parties, à savoir : un résumé de trois pages et une partie principale de 37 pages. Cette dernière est divisée en six sections : la section 1 donne un aperçu historique de la situation; la section 2 fait le bilan du développement sanitaire dans la Région; la section 3 contient les scénarios du futur; la section 4 traite de la vision du développement sanitaire en Afrique; la section 5 traite des questions fondamentales et des options stratégiques; et la section 6 contient l'agenda santé 2020.
26. Il a ajouté que la politique de la santé pour tous avait été élaborée par étapes étalées sur de nombreuses années et que son élaboration avait commencé au niveau des pays et avait été suivie par des consultations.

-
27. Cette politique, fondée sur un bilan du passé, une analyse du présent et une exploration systématique du futur, est l'expression à la fois des aspirations des populations à un meilleur état de santé et de la vision inspirée par le scénario retenu qui vise à leur assurer "Dignité et Santé".
 28. La vision du développement sanitaire au cours des décennies à venir, telle qu'elle est exprimée dans le document, tient compte d'une analyse de différents scénarios envisageables, caractérisés par des hypothèses portant sur des facteurs aléatoires susceptibles de conditionner le développement sanitaire. Deux de ces facteurs, à savoir la pauvreté et la disponibilité des soins essentiels, sont critiques. La pauvreté influence directement le niveau de santé des populations et l'évolution des déterminants de la santé. Elle conditionne également l'accès aux services sociaux. La bonne gouvernance ainsi que les attitudes et la motivation des divers acteurs sont également des facteurs qui conditionnent la disponibilité des soins essentiels de santé.
 29. Le scénario retenu est fondé sur des hypothèses positives quant à l'évolution de la pauvreté et de la disponibilité des soins de santé essentiels. Ce scénario, intitulé "Dignité et Santé", reflète une politique cohérente de développement humain et un souci d'efficacité dans le développement sanitaire. Il signifie que, d'ici 2020, les peuples s'affranchiront de la pauvreté et de l'exclusion, que les soins de santé seront effectivement dispensés, en particulier aux plus démunis, que les maladies liées à la pauvreté et à l'ignorance auront finalement nettement reculé et que l'Afrique affrontera l'avenir avec dignité.
 30. En tant que cadre de politique sanitaire, le document aborde la question des actions à entreprendre. L'Agenda Santé 2020 pour l'Afrique est formulé selon une liste d'options stratégiques, traduites en termes d'objectifs, de domaines d'actions, d'acteurs, de facteurs de succès et de résultats escomptés. Les options stratégiques résultent de choix sur les voies et moyens de réaliser, à l'horizon fixé, la vision. Ces choix constituent des réponses à des questions ayant trait à la manière dont la vision va se réaliser.
 31. L'Agenda Santé 2020 se traduira concrètement par des programmes d'action et des interventions spécifiques dans le secteur de la santé et inévitablement dans d'autres secteurs du développement humain.
 32. Le succès de la mise en oeuvre de toute politique dépendant fortement du degré d'adhésion et de consensus des différents acteurs, une place particulière a été accordée au rôle et à la responsabilité des acteurs, parmi lesquels les gouvernements et l'Organisation mondiale de la Santé, mais surtout les individus, les communautés et la société civile en général.

-
33. La politique de développement sanitaire proposée se fonde sur la politique de la Santé pour tous, telle qu'adoptée au niveau mondial à la Cinquante et Unième Assemblée mondiale de la Santé en 1998 et s'inspire de ses valeurs et de ses principes. L'Agenda Santé 2020 reflète les priorités et les cibles fixées pour l'action de manière à favoriser le développement sanitaire dans le monde.
 34. Le Dr Sambo a conclu en priant le Sous-Comité de faire des commentaires et des suggestions en ce qui concerne la pertinence du document, sa structure, sa teneur et sa longueur de même que le processus qu'il conviendrait de suivre pour le mettre au point.
 35. Le Dr Ebrahim M. Samba, Directeur régional, a fait observer que, contrairement aux autres documents soumis au Sous-Comité qui soit rendaient compte de la situation actuelle de la mise en oeuvre de certains programmes ou initiatives, soit présentaient une perspective à moyen terme, le document est futuriste et visionnaire. Ce sera un document de référence qui guidera le développement sanitaire dans la Région au cours des 20 prochaines années au moins. Le Directeur régional a insisté sur le fait que le document était un avant-projet et que le Secrétariat serait disposé à le remanier le cas échéant. Il a ensuite prié le Sous-Comité de fournir des conseils appropriés.
 36. Le Sous-Comité a félicité le Secrétariat des efforts déployés pour préparer le document détaillé qui abordait un sujet très pertinent. On s'est accordé à reconnaître que le document analysait de manière approfondie le processus de développement sanitaire dans la Région et, sur la base de cette analyse, tentait de tracer la meilleure route à suivre pour le développement sanitaire au cours des vingt prochaines années. Le Sous-Comité a toutefois estimé que, pour un document d'orientation, le texte manquait de concision et qu'il était assez difficile à comprendre. Sous sa forme actuelle, il comportait d'autre part certaines incohérences.
 37. Etant donné que certains facteurs qui vont infléchir à l'avenir le développement sanitaire échappent à la maîtrise du Ministère de la Santé et, aussi, que le scénario de développement sanitaire retenu exigera des apports au-delà de ce que le Ministère de la Santé peut faire, il faudra, pour élaborer le document d'orientation, d'autres consultations plus larges aux niveaux national et régional faisant intervenir d'autres secteurs et des partenaires de l'action de santé. Les consultations devraient en fait être multisectorielles, multidisciplinaires et multi-institutions.

-
38. Pour rendre le document plus compréhensible, il faudrait établir un glossaire définissant certains des concepts utilisés, présenter certaines parties du document sous forme d'annexes et simplifier la présentation à l'intention des lecteurs n'ayant pas de formation technique.
 39. Lors de la poursuite de l'examen du document, on a fait observer qu'il convenait de prendre en compte les points suivants : portée de la vision, qui ne doit pas être trop ambitieuse; rôle que jouera la médecine traditionnelle au siècle prochain; impact de la croissance démographique sur le développement durable; poursuite de l'analyse des données démographiques et épidémiologiques; stratégies des autres secteurs/organisations qui contribuent à la réduction de la pauvreté et à l'élimination de l'ignorance.
 40. Après un débat approfondi, le Sous-Comité est convenu de ce qui suit pour la suite des travaux :

Structure et contenu

Il a été proposé d'élaborer un document d'orientation plus concis et plus facile à lire constitué des quatre parties suivantes :

- i) préambule;
- ii) analyse de situation mettant en évidence les points forts, les faiblesses, les opportunités et les menaces;
- iii) vision assortie de buts, cibles et objectifs clairs et fondée sur le résultat de ii) et description du scénario permettant de concrétiser cette vision;
- iv) agenda santé 2020.

Processus

- i) rédaction d'une deuxième version comportant les observations et les suggestions du Sous-Comité;
- ii) présentation de la deuxième version au Comité régional à sa quarante-neuvième session pour qu'il l'examine et donne de nouvelles orientations;
- iii) rédaction d'une troisième version comportant les observations et les orientations formulées par le Comité régional à sa quarante-neuvième session;
- iv) organisation d'une réunion multisectorielle, multidisciplinaire et multi-institutions pour forger un consensus;
- v) rédaction d'une quatrième version comportant les observations et les suggestions de la réunion de consensus tout en maintenant les grandes orientations du Comité régional;

-
- vi) examen de la quatrième version par le Sous-Comité du Programme en juin 2000 et présentation au Comité régional à sa cinquantième session pour examen et adoption.

Ce processus a été suivi dans ses grandes lignes par au moins une autre Région de l'OMS lors de l'élaboration d'un document régional analogue.

- 41. Le Secrétariat a remercié le Sous-Comité de ses précieuses observations, suggestions et orientations et promis aux participants que le document révisé serait envoyé aux pays avant la fin juillet 1999 afin qu'ils aient le temps de l'examiner avant la quarante-neuvième session du Comité.

Stratégie régionale de la santé mentale (document AFR/RC49/9)

- 42. Le Dr M. Belhocine, du Secrétariat, a présenté le document.
- 43. Il a rappelé que la santé mentale est un élément essentiel et indissociable de la santé, telle qu'elle est définie dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé. De même que la santé ne consiste pas seulement en une absence de maladie, la santé mentale ne se réduit pas non plus à l'absence de pathologie ou de troubles mentaux, mais se caractérise aussi par un état positif de bien-être mental.
- 44. Il a fait observer que l'usage et l'abus de substances psychoactives (alcool, tabac et drogue) posent un problème de santé publique de plus en plus préoccupant dans la Région. De nombreux pays d'Afrique servent de voies de passage pour les drogues illicites dont l'usage se répand dans les populations locales, aggravant ainsi les problèmes pré-existants associés à la consommation de cannabis. Dans beaucoup de pays du Nord, la demande de tabac est menacée, ce qui incite à accroître les ventes dans les pays en développement où la consommation augmente de façon spectaculaire et où les enfants commencent à fumer très tôt.
- 45. De nombreux pays de la Région sont aux prises avec des conflits civils qui ont des conséquences négatives sur le bien-être mental des populations concernées. L'infection à VIH a considérablement aggravé les problèmes psychosociaux qui se posaient déjà dans beaucoup de pays, dans la mesure où elle oblige à fournir un soutien et un accompagnement supplémentaires aux personnes touchées, ainsi que des soins à leur entourage et notamment aux enfants survivants.

-
46. Le Dr Belhocine a rappelé au Comité que l'importance de la santé mentale, en tant qu'élément essentiel de la santé individuelle et collective, a été soulignée dans différentes résolutions adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé, les Comités régionaux, l'Assemblée générale des Nations Unies et le Programme des Nations Unies pour le Contrôle international des Drogues. Toutefois, les précédentes approches de la santé mentale dans la Région africaine n'ont su ni discerner les domaines prioritaires, ni élaborer des stratégies d'intervention appropriées. C'est pour cette raison que le document relatif à la stratégie a été rédigé.
 47. Les thèmes ont été abordés dans le document de la façon suivante : les paragraphes 1 à 5 soulignent la nécessité de réviser les stratégies existantes et d'élaborer un cadre stratégique d'ensemble applicable à la santé mentale ainsi qu'à la prévention et à la lutte contre les toxicomanies; les paragraphes 6 à 13 montrent l'ampleur du problème à l'échelle mondiale, énumèrent les facteurs qui contribuent à une mauvaise santé mentale dans la Région africaine et mentionnent les ressources disponibles pour faire face aux questions relatives à la santé mentale ainsi que pour la prévention et la lutte contre la toxicomanies; les paragraphes 14 à 18 exposent le but, les objectifs et les principes directeurs de la mise en oeuvre de la stratégie ainsi que les résultats attendus; les paragraphes 19 à 26 décrivent les interventions prioritaires; enfin, les paragraphes 27 à 34 donnent des précisions sur le cadre de mise en oeuvre.
 48. La Stratégie régionale de la santé mentale et de prévention et de lutte contre les toxicomanies pour la période 2000-2010 présentée est un instrument destiné à aider les Etats Membres et leurs partenaires à recenser les priorités ainsi qu'à élaborer et appliquer des programmes à différents niveaux du système de santé, en mettant particulièrement l'accent sur ce qui peut être fait aux niveaux du district et de la communauté.
 49. Le Sous-Comité du Programme a été invité à examiner le document, à formuler les orientations nécessaires en vue de l'améliorer et à l'adopter pour exécution.
 50. Le Sous-Comité du Programme s'est félicité du document et a souligné la nécessité de favoriser la sensibilisation aux problèmes de santé mentale ainsi qu'un changement d'attitude de façon à lutter contre la stigmatisation des malades mentaux et la discrimination dont ils sont victimes.

-
51. Le Sous-Comité a noté que la santé mentale restera un problème grave en raison de l'augmentation de la toxicomanie, de la prévalence des troubles civils et des guerres, de la détérioration de la situation socio-économique, de la violence au foyer contre les femmes et les enfants et de l'augmentation du chômage, notamment chez les jeunes diplômés.
 52. Il serait important de renforcer les moyens dont on dispose pour traiter efficacement ces problèmes de santé qui vont en s'aggravant. Cela suppose notamment l'introduction de modules de santé mentale dans les programmes de formation des personnels de santé en général et des spécialistes de la santé mentale, en particulier des femmes.
 53. Il a été noté que la législation actuelle concernant les malades mentaux contient des dispositions anciennes et draconiennes et qu'il faudrait la réviser.
 54. Il a été observé que, compte tenu de l'importance du programme, le document devrait être plus incisif, de façon à convaincre les autorités et les différents partenaires de la nécessité de mesures urgentes et appropriées.
 55. Au nombre des interventions importantes, il a été proposé d'ajouter des mesures visant à réduire la violence familiale contre les femmes et les enfants ainsi qu'à mettre en place des activités de conseil et de réadaptation, notamment pour les toxicomanes.
 56. Le Sous-Comité du Programme a reconnu l'importance du rôle joué par les guérisseurs traditionnels dans la prise en charge des malades mentaux et a recommandé que cela soit dûment pris en compte dans la mise en oeuvre de la stratégie.
 57. Les taxes perçues sur les produits présentant un risque pour la santé, comme le tabac et l'alcool, devraient être affectées au financement des services de santé généraux, y compris les services de santé mentale.
 58. Le Sous-Comité a fait d'autres observations et suggestions spécifiques pour améliorer le document.
 59. Le Directeur régional a remercié les membres de leurs observations constructives et a reconnu que la santé mentale n'avait pas reçu jusqu'à présent toute l'attention qu'elle mérite. Il a fait observer qu'en raison notamment de la dislocation des structures familiales et de la paupérisation grandissante, les troubles mentaux posent désormais un grave problème de santé publique auquel il convient d'accorder beaucoup plus d'attention.
 60. Le Sous-Comité a préparé un projet de résolution (AFR/RC49/WP/2) à soumettre au Comité régional pour examen et adoption.

Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) :
Plan stratégique pour 2000-2005 (document AFR/RC49/10)

61. Le Dr A. Kabore, du Secrétariat, a présenté le document.
62. Il a rappelé au Sous-Comité qu'environ 11 millions d'enfants de moins de cinq ans meurent chaque année d'affections banales et évitables, notamment infections respiratoires aiguës, diarrhée, paludisme, rougeole et malnutrition; d'autre part, les projections fondées sur une analyse de la morbidité mondiale effectuée en 1996 ont montré que ces affections seront encore des facteurs majeurs de morbidité et de mortalité en 2020, à moins que des efforts plus résolus ne soient consentis pour les combattre.
63. Il a ajouté que, depuis 1995, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique avait intensifié le soutien apporté aux Etats Membres en adoptant la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), qui vise à réduire la morbidité et la mortalité dans ce groupe vulnérable. En décembre 1998, la stratégie était appliquée dans 22 pays de la Région.
64. Il a fait observer que si la PCIME peut amener des progrès, elle n'en est pas moins soumise, aux niveaux de la Région, du pays et du district, à certaines contraintes dont il faut se préoccuper si l'on entend accélérer sa mise en oeuvre. Ces contraintes tiennent notamment à la modicité des moyens humains financiers ainsi qu'à la faiblesse des systèmes de santé.
65. Le document expose les arguments qui justifient la mise en oeuvre de la PCIME. Il présente une analyse claire de l'état actuel de cette mise en oeuvre dans les pays et décrit le plan stratégique régional pour la période 2000-2005. Il indique également les principes directeurs, les objectifs, les résultats attendus ainsi que les interventions prioritaires qui pourraient être entreprises et faire l'objet d'un suivi aux niveaux du pays, du district et de la communauté. Le cadre de mise en oeuvre de la stratégie clarifie le rôle des Etats Membres, de l'OMS et des différents partenaires. Le document indique aussi les conditions indispensables au succès de la stratégie.
66. Le plan stratégique régional PCIME pour 2000-2005 a été présenté au Sous-comité du Programme qui a été invité à l'examiner et à l'adopter pour accélérer la mise en oeuvre de la stratégie de la PCIME dans la Région.
67. Le Sous-Comité du Programme a félicité le Secrétariat d'avoir élaboré le plan stratégique pour la PCIME. Il a fait observer que la PCIME était une stratégie importante et non pas seulement un programme permettant de lutter de façon intégrée contre les maladies banales de l'enfant.

-
- Le Sous-Comité a souligné que la PCIME devait être l'une des stratégies importantes intervenant dans la mise en oeuvre de la réforme du secteur de la santé dans la Région.
68. Le Sous-Comité a également noté que la PCIME était une stratégie consommatrice de ressources et que cela pouvait donc gêner son application.
 69. On a insisté sur la nécessité d'institutionnaliser la PCIME afin de l'inscrire dans la durée. L'une des façons d'y parvenir serait d'inscrire la PCIME au programme de la formation de base des agents de santé.
 70. L'application réussie de la PCIME nécessiterait : l'instauration d'un consensus national sur l'utilité de la stratégie de la PCIME; une évolution des politiques, notamment en ce qui concerne les programmes verticaux et les médicaments; la fourniture d'un soutien suffisant aux districts ainsi que l'utilisation efficace des informations; des mesures d'éducation et de communication permettant d'atteindre les communautés dont la participation à l'application échelonnée et harmonieuse de la stratégie de la PCIME est très importante.
 71. Le Sous-Comité du Programme a noté que les données d'expériences provenant des 22 pays qui appliquent déjà la stratégie servent à guider l'extension de l'application de cette stratégie à d'autres pays de la Région.
 72. Après avoir obtenu du Secrétariat des éclaircissements sur certains points, le Sous-Comité a formulé des observations et des propositions visant à améliorer le document. Il s'agissait, entre autres, de souligner combien il est important que les pays définissent des indicateurs en vue de surveiller la mise en oeuvre de la stratégie au niveau communautaire.
 73. Le Sous-Comité du Programme fait observer que la période de cinq ans fixée pour le plan stratégique de la PCIME était différente de la période fixée pour les autres stratégies (dix ans) et qu'elle était aussi différente de celle de la politique de la SPT (vingt ans); il a alors demandé si une harmonisation ne s'imposait pas. En réponse à cette observation, le Secrétariat a expliqué que la politique de la SPT était une vision à long terme du développement sanitaire dans la Région, alors que le plan stratégique de la PCIME était un plan à moyen terme visant à accélérer la mise en oeuvre de la stratégie de la PCIME. Le Secrétariat a ajouté que les autres stratégies formulées actuellement pour une période de dix ans pourraient donner lieu à un plan à moyen terme de trois à cinq ans pour leur mise en oeuvre.
 74. Le Sous-Comité a préparé un projet de résolution (AFR/RC49/WP/3) à soumettre au Comité régional pour examen et adoption.

Médicaments essentiels dans la région africaine de l'OMS : **Analyse de la situation et des tendances** (document AFR/RC49/11)

75. Le Dr B. K. Nguyen, du Secrétariat, a présenté le document.
76. Il a rappelé que la publication de la première liste modèle des médicaments essentiels en 1977 a marqué le lancement du plaidoyer de l'Organisation en faveur du concept de "médicaments essentiels". La création du Programme d'action sur les médicaments essentiels (DAP) en 1981 a accéléré l'élaboration et la mise en oeuvre de politiques pharmaceutiques nationales. En 1999, 33 Etats Membres de la Région africaine disposaient d'une politique pharmaceutique nationale et plus de 40 pays d'une liste nationale des médicaments essentiels. Il a ajouté que le Comité régional avait adopté un certain nombre de résolutions sur les médicaments essentiels, mais qu'aucun rapport d'ensemble n'avait encore été présenté sur les progrès réalisés dans ce domaine. Le document a donc été élaboré pour informer les Etats Membres des réalisations accomplies et des activités menées par l'OMS au cours de ces 10 à 15 dernières années.
77. Les paragraphes 1 à 3 du document présentent la mission de l'OMS dans le domaine des médicaments essentiels; les paragraphes 4 à 7 indiquent l'environnement économique, sociopolitique, démographique et pathologique mondial et régional qui a influé sur l'élaboration et la mise en oeuvre de politiques pharmaceutiques nationales; les paragraphes 8 à 27 contiennent une analyse des tendances et des réalisations enregistrées en ce qui concerne certaines composantes des politiques pharmaceutiques nationales; les paragraphes 28 à 34 décrivent certains défis à relever ainsi que le cadre d'action; enfin, les paragraphes 35 à 38 définissent certaines perspectives d'avenir ainsi que le rôle de l'OMS.
78. Le Comité est appelé à noter que les progrès accomplis en matière d'élaboration et de mise en oeuvre des politiques pharmaceutiques nationales ont été lents mais réguliers, et que de sérieux défis se posent encore à la Région en ce qui concerne l'approvisionnement en médicaments essentiels, malgré les stratégies adoptées dans le passé et les efforts déployés par les Etats Membres pour relever ces défis. Le Comité doit examiner les composantes du Programme intensifié de médicaments essentiels et donner des orientations sur les voies et moyens que les pays doivent adopter pour appuyer la mise en oeuvre commune du programme et la mobilisation des fonds en vue de cette mise en oeuvre.

-
79. Le Directeur régional a souligné l'importance des médicaments essentiels dans les systèmes nationaux de fourniture des soins de santé, particulièrement au niveau du district. Il a ajouté que c'était la raison pour laquelle une réunion régionale de l'OMS avait été organisée au Cap-Vert en 1998 pour étudier les différents aspects de la production locale de médicaments essentiels, notamment pour identifier les domaines de collaboration entre les pays. Il a donc demandé au Sous-Comité de fournir des orientations sur ce sujet important.
 80. Le Sous-Comité a pris note des différentes dimensions du problème des médicaments qui suscitent une grande inquiétude. Au nombre de celles-ci figurent notamment la disponibilité restreinte des médicaments essentiels de qualité, qui ne sont pas régulièrement accessibles, l'utilisation inappropriée des médicaments, et l'absence de normes, de réglementation et de législation pertinente.
 81. Le Sous-Comité a noté que les achats groupés associant de nombreux pays peuvent avoir pour effet de réduire le coût des médicaments et, de ce fait, de les rendre plus abordables.
 82. Le Sous-Comité a pris note de l'impact des accords commerciaux internationaux sur la fabrication locale des médicaments ainsi que des incidences de la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé sur la stratégie pharmaceutique révisée. Il faudrait que les pays étudient très attentivement les incidences de ces accords et que toutes les parties intéressées (ministères de la santé, du commerce extérieur, du commerce et de l'industrie) soient impliquées dans la protection des intérêts de la santé publique.
 83. Le Sous-Comité a estimé que les professionnels de santé devaient collaborer avec les tradipraticiens afin de développer l'utilisation des produits médicinaux d'efficacité et d'innocuité avérées. A ce sujet, il a été rappelé au Sous-Comité que l'OMS était en train d'élaborer une stratégie concernant le rôle de la médecine traditionnelle dans les soins de santé.
 84. Il a été noté que des études scientifiques et des essais cliniques permettraient d'évaluer l'efficacité et l'innocuité des médicaments à base de plantes.
 85. Le Sous-Comité a insisté sur la nécessité de veiller à ce que les médicaments essentiels soient disponibles à tous les niveaux du système de santé afin de renforcer la mise en oeuvre des programmes (par exemple, paludisme, tuberculose et VIH/SIDA) et stratégies (par exemple, PCIME) prioritaires.

-
86. Le Sous-Comité a recommandé que les listes de médicaments essentiels pour les divers niveaux du système de santé soient révisées régulièrement pour tenir compte des maladies émergentes et ré-émergentes, de la résistance aux médicaments et des progrès réalisés dans l'industrie pharmaceutique.
 87. Le Sous-Comité s'est dit spécialement préoccupé par la forte proportion de produits illicites ou contrefaits parmi les médicaments importés. Il faudrait que l'OMS déploie, avec les partenaires concernés, des efforts coordonnés pour s'attaquer au problème aux niveaux national, régional et mondial.
 88. Bien qu'il y ait différents intérêts en jeu dans le domaine des produits pharmaceutiques, le Sous-Comité a estimé que les politiques pharmaceutiques nationales devaient chercher à répondre aux besoins de la population, notamment pour ce qui est de la mise en oeuvre du paquet sanitaire minimum au niveau du district.
 89. Le Secrétariat a pris note des observations et suggestions particulières formulées par le Sous-Comité pour améliorer le document.
 90. Le Sous-Comité a préparé un projet de résolution (AFR/RC49/WP/4) à soumettre au Comité régional pour examen et adoption.

Politique de la Région africaine en matière de technologie sanitaire (document AFR/RC49/12)

91. Le Dr B. K. Nguyen, du Secrétariat, a présenté le document.
92. Il a rappelé au Sous-Comité que le développement technologique a joué, et continue de jouer, un rôle essentiel dans la promotion de la prestation des soins de santé. Actuellement, l'introduction de technologies dans la Région est davantage guidée par des pressions exercées par les producteurs et les utilisateurs que par les besoins des pays. Cette situation résulte de la forte pression du marché aux niveaux national et mondial, de l'absence de normalisation du matériel médical ainsi que des dons de matériels de diverses origines.
93. Il a ajouté que le champ d'application des technologies sanitaires est très vaste et que le rapport présenté au Comité régional est donc axé sur le matériel biomédical qui constitue l'une des principales préoccupations des pays de la Région.
94. Dans ses paragraphes 5 à 9, le rapport expose le projet de politique en matière de technologie sanitaire qui vise à renforcer l'aptitude des pays à optimiser l'acquisition, la gestion et l'utilisation des moyens technologiques en vue

d'assurer un accès équitable et universel à des soins essentiels de qualité. Trois principes directeurs sont proposés pour assurer la mise en oeuvre efficace de cette politique. Les paragraphes 11 à 19 du rapport contiennent une analyse de la situation des technologies sanitaires dans la Région. La stratégie de mise en oeuvre du projet de politique est énoncée dans les paragraphes 30 à 51, en termes d'objectifs, de résultats attendus et d'interventions prioritaires. Dans les paragraphes 52 à 56, on présente le cadre de mise en oeuvre de la politique proposée. Et les facteurs décisifs du succès de cette mise en oeuvre sont exposés aux paragraphes 57 et 58.

95. Le succès de la mise en oeuvre de cette politique régionale dépendra, entre autres, d'un engagement politique à long terme, de l'instauration de conditions favorisant une véritable adhésion des pays au processus de mise en oeuvre, de la disponibilité permanente d'un noyau de personnel technique qualifié ainsi que de la mobilisation efficace des ressources et de l'affectation de crédits suffisants.
96. Il a conclu en rappelant que le Sous-Comité du Programme est appelé à examiner les différents éléments du projet de politique régionale en matière de technologie sanitaire et à formuler des suggestions de nature à l'améliorer en vue de son adoption. Le Comité, quant à lui, est appelé à débattre de la meilleure façon d'aider les Etats Membres à formuler des politiques nationales de développement des technologies sanitaires inspirées de la politique régionale, ainsi qu'à élaborer des plans cohérents qui contribueront à améliorer qualitativement et quantitativement la prestation des soins de santé, tout en limitant les coûts et en réduisant la dépendance extérieure.
97. Le Directeur régional a indiqué que la notion de technologie sanitaire devrait recouvrir à la fois le matériel et les procédures. Il a ajouté que dans le contexte régional, la technologie sanitaire devrait être perçue comme comportant aussi bien des éléments importés que des éléments locaux.
98. Le Sous-Comité du Programme a accueilli favorablement le document et l'a qualifié de progrès décisif pour la Région dans la mesure où la plupart de nos pays ne disposent pas de politiques clairement définies ou de stratégies cohérentes en matière de technologie sanitaire, ce qui entraîne des dysfonctionnements dans les différents aspects de la gestion de la technologie sanitaire, à savoir le choix, l'acquisition, l'utilisation, la maintenance et le remplacement du matériel.

-
99. Le Sous-Comité a constaté que la formation du personnel en matière de technologie sanitaire et de maintenance du matériel, les achats groupés et l'utilisation de la technologie moderne faisaient partie des domaines potentiels de coopération entre les pays dans la Région.
 100. Le Secrétariat a apporté des éclaircissements sur les différents points soulevés par le Sous-Comité.
 101. L'accent a été mis sur la nécessité d'entreprendre l'inventaire des technologies sanitaires aussi bien importées que locales, même les plus simples, ainsi qu'une évaluation de leur état de fonctionnement et de leur fiabilité. Les informations ainsi obtenues pourraient être mises à profit pour mieux planifier les choix technologiques ultérieurs.
 102. La nécessité de développer une culture de la maintenance a été soulignée. Cela pourrait inclure la budgétisation de la maintenance du matériel ainsi que l'organisation de la maintenance préventive.
 103. Le Sous-Comité a sollicité l'assistance de l'OMS pour la formulation de directives en vue de : i) normaliser les types de technologies sanitaires aux différents niveaux du système de santé et/ou des établissements sanitaires; et ii) réglementer les transferts de technologie sanitaire, que ce soit à titre gracieux ou onéreux.
 104. Le Sous-Comité a noté que, s'il était nécessaire de former des personnels de maintenance en nombre suffisant, il était tout aussi important de les motiver de façon appropriée afin de pouvoir les garder.
 105. Le Secrétariat a pris note des diverses observations et suggestions formulées en vue d'améliorer la qualité du document et a assuré le Sous-Comité du Programme qu'elles seraient intégrées dans le document lors de sa révision.
 106. Le Sous-Comité a recommandé que le document d'orientation sur la technologie sanitaire soit adopté et que sa mise en application tienne compte de la résolution AFR/RC44/R15 relative à la sélection et au développement des technologies de la santé au niveau du district.

Examen de la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako (document AFR/RC49/13)

107. Le Dr B. K. Nguyen, du Secrétariat, a présenté le document.
108. Il a rappelé que douze années se sont écoulées depuis le lancement, en 1987, de l'Initiative de Bamako, qui avait pour but de renforcer les soins de santé primaires (SSP). En septembre 1997, le Comité régional, à sa quarante-septième session, a demandé une évaluation de la mise en oeuvre de cette

-
- Initiative. A la suite de cette demande, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, en collaboration avec le Gouvernement du Mali et l'UNICEF, a tenu une réunion à Bamako (Mali) du 8 au 12 mars 1999 pour examiner la mise en oeuvre de l'Initiative dans la Région africaine.
109. Le Dr Nguyen a ajouté que le rapport présentait les résultats de cette réunion ainsi que le cadre de la mise en oeuvre de l'Initiative à l'avenir. Il a également défini le rôle de l'Initiative dans le cadre de la réforme du secteur de la santé en cours dans les pays de la Région.
 110. Les paragraphes 6 à 9 du document analysent les réalisations accomplies et les enseignements tirés. L'Initiative de Bamako est largement considérée comme une approche pertinente pour atteindre les objectifs des SSP. Dans les pays qui l'ont en grande mesure appliquée, elle a contribué à améliorer l'accessibilité et la couverture des services de santé. Elle a également permis d'élaborer un cadre juridique pour la participation communautaire. La gestion des médicaments a été améliorée, grâce à des systèmes de recouvrement des coûts, de co-financement et de rétention des fonds au niveau de la communauté. La plupart des pays ont défini un ensemble minimum de prestations de santé au niveau du district. L'Initiative a également joué un rôle catalyseur important dans le renforcement du système de santé de district.
 111. La volonté et la stabilité politiques, la participation d'autres secteurs, y compris le secteur privé, le soin mis pour éviter une dépendance excessive à l'égard des financements extérieurs sont quelques-uns des éléments importants des enseignements tirés au cours du processus de mise en oeuvre de l'Initiative.
 112. Les perspectives futures sont abordées dans les paragraphes 10 à 13 du rapport. Il conviendrait que l'Initiative de Bamako aborde l'aspect communautaire des réformes du secteur de la santé, de sorte qu'elle garde pour objectif le renforcement des capacités des communautés d'améliorer leur propre santé dans le contexte des réformes en cours. Il serait nécessaire de rattacher l'Initiative à des activités rémunératrices au niveau communautaire dans le souci de contribuer à l'atténuation de la pauvreté et au développement durable.
 113. Un nouveau cadre de mise en oeuvre est proposé dans le paragraphe 13 du rapport. L'Initiative de Bamako reste une stratégie efficace et pertinente pour promouvoir l'accès universel à des soins de qualité. Des actions à entreprendre dans le contexte d'un fort leadership de l'administration nationale afin d'atteindre les objectifs ont été proposées.

-
114. Le Sous-Comité du Programme était invité à prendre note des progrès importants réalisés par les Etats Membres dans la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako et à adopter le cadre de mise en oeuvre nouvellement proposé dans le rapport du Directeur régional. Le Comité est prié de donner des orientations en ce qui concerne les moyens d'engager les pays à mettre en oeuvre l'Initiative de Bamako en tant qu'élément communautaire des réformes du secteur de la santé, et d'obtenir que les partenaires nationaux et internationaux appuient véritablement les efforts faits par les gouvernements et les communautés dans ce domaine.
115. Le Sous-Comité du Programme a noté que les pays qui ont entrepris de mettre en oeuvre l'Initiative de Bamako voient dans celle-ci une approche pertinente pour résoudre les principaux problèmes de santé qui se posent aux communautés. En effet, les communautés jouent un rôle de plus en plus important et dynamique dans la recherche de solutions à leurs propres problèmes de santé.
116. Il est absolument nécessaire que l'Etat continue à jouer son rôle pour garantir la prestation optimale de soins de santé aux populations. La contribution des communautés doit venir compléter les efforts de l'Etat. Le Sous-Comité a invité l'OMS à apporter son concours pour convaincre les gouvernements de continuer à jouer leur rôle, qui est fondamental.
117. Il a été relevé que le document, sous sa forme actuelle, ne fait pas état des contraintes qui s'exercent sur la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako. A cet égard, les observations suivantes ont été formulées :
- l'Initiative de Bamako connaît des difficultés si les communautés ne sont pas bien préparées à l'avance à sa mise en oeuvre;
 - pour que le recouvrement des coûts fonctionne, il faut qu'il s'appuie sur un cadre législatif propice et que des dispositions soient prises pour ceux qui ne sont pas en mesure de contribuer; il faut également exclure la vaccination de la liste des prestations visées par ces efforts de recouvrement des coûts;
 - la gestion des ressources locales doit se faire dans le strict respect de l'obligation redditionnelle et de la transparence;
 - des dispositions doivent être prises dès le départ pour garantir la viabilité de l'Initiative et consacrer les fonds fournis par les donateurs aux besoins de santé prioritaires définis par les communautés;
 - la fourniture de médicaments à l'appui de l'Initiative de Bamako doit tenir compte des besoins particuliers des malades vivant avec le VIH/SIDA;

-
- des médicaments génériques de contrefaçon pourraient sans peine se retrouver rapidement dans les formations sanitaires périphériques;
 - on ne saurait trop insister sur la nécessité de garantir la qualité des soins de santé.
118. Le Sous-Comité a souligné la nécessité de créer un environnement porteur permettant aux partenaires et aux ONG de fournir des ressources à l'appui de l'Initiative de Bamako ainsi que d'étudier le rôle pertinent de la médecine traditionnelle. Il a également insisté sur la nécessité du dialogue et de la collaboration avec d'autres secteurs, ce que l'OMS devrait faciliter dans les pays.
119. S'agissant du nouveau cadre de mise en oeuvre, le Sous-Comité a noté que les pays étaient plus nombreux à envisager d'adopter l'Initiative de Bamako ou de poursuivre sa mise en oeuvre. Dans ces conditions, il serait nécessaire de définir de façon plus concrète le nouveau cadre de mise en oeuvre et il faudrait que l'OMS fournisse des lignes directrices claires et apporte un soutien. Dans ce cadre redéfini, il conviendrait d'indiquer les modifications envisagées au sein des réformes du secteur de la santé.
120. Le Sous-Comité a préparé un projet de résolution (AFR/RC49/WP/5) à soumettre au Comité régional pour examen et adoption.

Adoption du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC49/6)

121. Après avoir examiné le rapport, procédé à un court débat et apporté des amendements au texte, le Sous-Comité du Programme a adopté le rapport tel que modifié.

Attribution des responsabilités pour la présentation du rapport du Sous-Comité du Programme au Comité régional

122. Le Sous-Comité du Programme a convenu que son Président, le Dr Malick Niang, présenterait l'ensemble du rapport au Comité régional et, au cas où il ne serait pas en mesure de participer au Comité régional, le Vice-Président, le Dr H. A. Attas, présenterait le rapport.

Cloture de la réunion

123. Le Président a remercié les membres du Sous-Comité du Programme et les membres du Conseil exécutif qui ont participé à cette réunion de lui avoir facilité la tâche et les a félicités pour leurs excellentes contributions. Il a également exprimé au nom du Sous-Comité sa gratitude au Directeur régional, aux autres membres du Secrétariat et aux interprètes pour avoir contribué au succès de la réunion.
124. Le Directeur régional a exprimé sa reconnaissance aux membres du Sous-Comité du Programme et aux membres du Conseil exécutif ayant participé à cette réunion pour les orientations qu'ils avaient données et a réaffirmé que toutes les recommandations seraient dûment prises en compte par le Secrétariat. Il a vivement félicité le Président pour l'excellent travail accompli.
125. Il a informé le Sous-Comité que sa brève absence au cours de cette réunion était due au fait qu'il avait été invité à recevoir des contributions extrabudgétaires de la part de deux bailleurs de fonds. Grâce à ces contributions, les fonds extrabudgétaires sont passés de US \$30 millions en 1995 à US \$155 millions actuellement, chiffre qui pourrait atteindre US \$200 millions d'ici la fin de l'année 1999, selon certaines indications. Il a attribué cette évolution positive à la confiance des bailleurs de fonds, non seulement envers le Secrétariat, mais aussi envers le Comité régional et son Sous-Comité du Programme.
126. Le Président a ensuite déclaré la réunion close.

Appendice 1 : LISTE DES PARTICIPANTS

1. Etats Membres du Sous-Comité du Programme

ALGERIE*

M. Mohamed Liamine Chergui
Directeur des Etudes chargé des Relations
internationales au Ministère de la Santé

RWANDA

Dr D. Ndushabandi
Secretary General, Ministry of Health

SAO TOME ET PRINCIPE

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

SENEGAL

Dr Malick Niang
Directeur de la Santé

SEYCHELLES

Dr Rubell E. Brewer
Commissioner of Health Services

SIERRA LEONE

Dr Noah Conteh
Deputy Director-General of Medical Services

SWAZILAND

Dr Steven V. Shongwe
Deputy Director of Health Services

TANZANIE

Dr Hassan A. Attas
Director-General for Health (Zanzibar)
Dr Said Egwaga
Ag. Director, Preventive Services

TOGO

Prof. Aissah Agbetra
Professeur de Médecine

OUGANDA

Dr Alex A. Opio
Assistant Commissioner of Health Services

ZAMBIE

M. Nelson L. Magolo
Deputy Permanent Secretary

ZIMBABWE

Dr P.L.N. Sikosana
Secretary for Health and Child Welfare

2. Membres du Conseil executif

Dr Juna Mohamed Kariburyo
Ministre de la Santé publique
Burundi

Dr Ildo Carvalho
Adviser to the Minister of Health
Cape-Verde

Prof. Jean-Luc Mandaba
Ancien Ministre de la Santé
Ancien Premier Ministre, Chef du Gouvernement,
Professeur de Chirurgie infantile,
Chef de Service
République centrafricaine

* N'a pas pu participer

Appendice 2 : PROGRAMME DE TRAVAIL

PREMIER JOUR: **Lundi, 14 juin 1999**

- 09 h 00 - 12 H 30
- Arrivée des membres
 - Orientation des membres
 - Examen des documents

12 h 30 - 14 h 00 Pause-déjeuner

Première séance Points 1, 2, 3, 4 et 6 de l'ordre du jour

14 h 00 - 14 h 10 Point 1 de l'ordre du jour : Ouverture officielle

14 h 10 - 14 h 20 Point 2 de l'ordre du jour : Election du Président, du Vice-Président et des Rapporteurs

14 h 20 - 14 h 30 Point 3 de l'ordre du jour : Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC49/19)

14 h 30 - 16 h 00 Point 4 de l'ordre du jour : Réforme du secteur de la santé dans la Région africaine : Situation de la mise en oeuvre et perspectives (document AFR/RC49/7); point 6 de l'ordre du jour : stratégie régionale de la santé mentale (document AFR/RC49/9)

16 h 00 - 16 h 30 Pause-café

16 h 30 - 17 h 30 Point 6 de l'ordre du jour (suite).

DEUXIEME JOUR : **Mardi, 15 juin 1999**

Deuxième séance Points 7, 8 et 9 de l'ordre du jour

09 h 00 - 11 h 00 Point 7 de l'ordre du jour : Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant: Plan stratégique 2000-2005 (document AFR/RC49/10)

11 h 00 - 11 h 30 Pause-café

11 h 30 - 12 H 30 Point 8 de l'ordre du jour : Médicaments essentiels dans la Région africaine: analyse de la situation et des tendances (document AFR/RC49/11)

12 h 30 - 14 h 00 Pause-déjeuner

14 h 00 - 16 h 00 - Point 8 de l'ordre du jour (suite)

- **Point 9 de l'ordre du jour** : Politique de la Région africaine en matière de technologie sanitaire (document AFR/RC49/12)

16 h 00 - 16 h 30 Pause-café

16 h 30 - 17 h 30 **Point 9 de l'ordre du jour** (suite)

TROISIEME JOUR : Mercredi, 16 juin 1999
Troisième séance Point 5 de l'ordre du jour; projets de résolutions sur les points 4, 5, 6 et 9 de l'ordre du jour

10 h 00 - 11 h 00 Point 5 de l'ordre du jour : Politique régionale de la santé pour tous pour le 21ème siècle (document AFR/RC49/8 Rév. 1)

11 h 00 - 11 h 15 Pause-café

11 h 15 - 12 h 30 Point 5 de l'ordre du jour (suite)

12 h 30 - 14 h 00 Pause-déjeuner

14 h 00 - 15 h 30 Point 5 de l'ordre du jour (suite)

15 h 30 - 16 h 00 Pause-café

16 h 00 - 17 h 00 Discussion et adoption des projets de résolutions sur les points 4, 5, 6 et 9 de l'ordre du jour

QUATRIEME JOUR : Jeudi, 17 juin 1999
Quatrième séance Point 10 de l'ordre du jour, projet de résolution sur le point 10 de l'ordre du jour

09 h 00 - 11 h 00 - Point 10 de l'ordre du jour : Examen de la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako : Rapport du Directeur régional (document AFR/RC49/13)
- Discussion et adoption du projet de résolution sur le point 10 de l'ordre du jour

11 h 00... Suspension de la séance
(Elaboration du rapport)

CINQUIEME JOUR : Vendredi, 18 juin 1999
Cinquième séance Points 11, 12 et 13 de l'ordre du jour

16 h 00... Adoption du rapport
Attribution des responsabilités
Séance de clôture.

Appendice 3 : ORDRE DU JOUR

1. Ouverture de la session
2. Election du Président, du Vice-Président et des Rapporteurs
3. Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC49/19)
4. Réforme du secteur de la santé dans la Région africaine :
situation de la mise en oeuvre et perspectives (document AFR/RC49/7)
5. Politique régionale de la santé pour tous pour le 21^{ème} siècle
(documents AFR/RC49/8a et 8b)
6. Stratégie régionale de la santé mentale (document AFR/RC49/9)
7. Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant :
plan stratégique pour 2000-2005 (document AFR/RC49/10)
8. Médicaments essentiels dans la Région africaine : analyse de la situation et des
tendances (document AFR/RC49/11)
9. Politique de la Région africaine en matière de technologie sanitaire
(document AFR/RC49/12)
10. Examen de la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako :
Rapport du Directeur régional (document AFR/RC49/13)
11. Adoption du rapport du Sous-Comité du Programme
(document AFR/RC49/6)
12. Attribution des responsabilités pour la présentation du rapport du
Sous-Comité du Programme au Comité régional
13. Clôture de la session.

ANNEXE 4 : RAPPORT DE LA REUNION DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME, TENUE LE 2 SEPTEMBRE 1999

Introduction

1. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni le jeudi 2 septembre 1999 à Windhoek (Namibie), immédiatement après la quarante-neuvième session du Comité régional de l'Afrique. Il était composé des représentants des Etats Membres suivants : Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Tanzanie, Ouganda, Zambie et Zimbabwe.

Election du président

2. Le Sous-Comité du Programme a confirmé le représentant de la Tanzanie, Vice-Président sortant, au poste de Président.
3. Le Sous-Comité du Programme a convenu d'élire son Vice-Président et son Rapporteur à sa prochaine réunion en juillet 2000.
4. 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.

Orientation des nouveaux membres

5. 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. 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.

Date et lieu de la prochaine réunion

6. 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.

ANNEXE 5 : RAPPORT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES

Lutte contre la maladie dans la Région africaine au XXIème siècle

Introduction

1. Les Discussions techniques ont eu lieu à Windhoek (Namibie) le 1er septembre 1999 pendant la session du Comité régional. Des représentants des Etats Membres y ont participé. Le bureau a été constitué comme suit :
Président : **Professeur Peter Ndumbé (Cameroun)**
Vice-Président : **Professeur Auguste Kadio (Côte d'Ivoire)**
2. La liste de participants figure à l'Appendice 1.
3. Après les observations liminaires du Dr A. Kabore, Directeur, Division de la Lutte contre les maladies transmissibles, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, et du Dr M. Belhocine, Directeur, Division des Maladies non transmissibles, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, le Président a présenté le document de travail (document AFR/RC49/TD/1).
4. Le Président a souligné que les acquis du XXème siècle en matière de lutte mondiale contre les maladies transmissibles étaient remis en question à l'aube du XXIème siècle. De plus, les maladies non transmissibles gagnent largement du terrain, et ce parce que les acquis en matière de maladies transmissibles ne se sont pas maintenus et que les modes de vie évoluent alors même que la Région a connu de multiples conflits qui n'ont fait que renforcer le problème des maladies non transmissibles.
5. Le Professeur Ndumbe a évoqué le but général et les objectifs de la lutte contre la maladie au XXIème siècle, les conditions préalables du succès de la lutte contre la maladie au XXIème siècle, les priorités régionales de la lutte contre la maladie ainsi que la lutte contre la maladie dans les Etats Membres. Les experts étaient invités à répondre aux questions suivantes :
 - i) Quels sont les engagements optimaux à prendre par les gouvernements pour que les maladies transmissibles et non transmissibles soient maîtrisées au XXIème siècle ?
 - ii) Quelles seraient les conditions optimales pour la mise en place d'un programme intégré de surveillance et de dépistage dans les pays, y compris la préparation face aux maladies émergentes ?
 - iii) Comment fixer les priorités nationales de la lutte contre la maladie ?
 - iv) Quelles devraient être les responsabilités des divers acteurs (individus, communautés, gouvernements, OMS, partenaires du développement) dans les initiatives de lutte contre la maladie ?

-
- 5) Quelles sont les conditions requises pour mener durablement les programmes de lutte contre la maladie ?
 - 6) Quels sont les mécanismes requis pour que les pays appliquent les recommandations issues des Discussions techniques ?

Organisation et méthode de travail

6. Le Professeur Kadio, Vice-Président, a ensuite donné des précisions sur la méthode de travail. Les participants ont été divisés en trois groupes : anglophone, francophone et mixte (francophone, anglophone et lusophone). Travaillant dans trois salles différentes, ils devaient élire un Président et un Rapporteur. Ceux-ci ont été élus comme suit :
 - Groupe anglophone : Président : Dr B. Makunike (Zimbabwe)
Rapporteur : Dr Saidi Egwaga (Tanzanie)
 - Groupe francophone : Président : Prof. Alimata Diarra-Nama (Côte d'Ivoire)
Rapporteur : Dr Magagi Gagara (Niger)
 - Groupe mixte : Président : Dr R. E. Brewer (Seychelles)
Rapporteur : Dr Aida Libombo (Mozambique)

Discussions techniques ne font pas partie des travaux du Comité régional. Le Président des Discussions techniques présentera néanmoins un rapport au Comité régional dans le cadre du point 11 de l'ordre du jour (document AFR/RC49/14). (Le programme de travail figure à l'Appendice 2).

Engagements politiques optimaux

7. En séance plénière, les engagements politiques optimaux ci-après ont été définis : existence d'un document cadre national (législation), qui fasse clairement ressortir les initiatives en matière de lutte contre la maladie et contienne un plan stratégique ainsi qu'une évaluation des coûts; existence de ressources humaines et financières; formation appropriée et motivation des agents de santé; gestion rationnelle et transparente des ressources; décentralisation et déconcentration des ressources; intégration des programmes, notamment au niveau du district; enfin, responsabilisation et participation des communautés.
8. Il a également été proposé de renforcer la coopération sous-régionale ainsi que d'intensifier la planification inter pays.

Surveillance intégrée des maladies

9. On a souligné que les lignes directrices en matière de surveillance des maladies devaient être mises au point par les pays, sur la base de celles qu'a définies l'OMS. Ces lignes directrices doivent fixer les données de base nécessaires pour agir, donner les définitions de cas types et préciser les outils normalisés à utiliser pour la collecte, la notification et l'analyse des données.
10. Il faut mettre en place des laboratoires de référence nationaux et régionaux, de même que créer un réseau de laboratoires fonctionnels qui alertera les pays en cas d'apparition de maladies émergentes et réémergentes. La question de la formation du personnel, notamment au niveau du district, y compris les moyens de le motiver, doit être envisagée par tous les pays. Les agents de santé devraient tous être sensibilisés à la surveillance des maladies.
11. Il faudrait créer une équipe de riposte rapide à tous les niveaux du système de santé, y compris aux niveaux sous-régional et régional, et mettre à sa disposition les moyens lui permettant de communiquer rapidement. Il faudrait formuler des plans de préparation et de riposte aux situations d'urgence et prévoir les ressources suffisantes à cet effet.

Définition des priorités nationales concernant les maladies

12. Cette tâche sera accomplie compte tenu de la charge de morbidité, du rapport coût/efficacité des interventions, de la façon dont la communauté perçoit le fardeau de la maladie et, enfin des priorités sous-régionales, régionales et mondiales.

Responsabilités des différents acteurs

13. Les **communautés** devraient participer à la définition des priorités, à la mobilisation des ressources, à la notification des maladies, et être responsables autant que possible de leur propre santé. Le **gouvernement** devrait formuler les politiques nationales de lutte contre la maladie, allouer les ressources suffisantes, coordonner l'appui extérieur et assurer l'équité, la diffusion de l'information et la participation de groupes communautaires tels que les tradipraticiens.
14. L'**OMS** devrait, avant tout, jouer son rôle d'orientation en aidant les pays à assurer des services de santé en général. Elle devrait aider les Ministères de la Santé à formuler et à mettre à l'essai des politiques et des stratégies, et devrait également apporter un appui technique et mobiliser des ressources en faveur des pays.

-
15. Les autres *partenaires du développement* devraient eux-aussi appuyer les politiques et stratégies fixées par les gouvernements en évitant de s'engager dans des systèmes parallèles. Il faudrait amener le secteur privé à participer aux activités de lutte contre la maladie, pour autant que cela ne favorise pas les inégalités. Il est bien entendu que les individus participeront eux-mêmes à la lutte contre la maladie en adoptant des modes de vie sains et en s'informant régulièrement sur les questions de santé.

Viabilité à long terme

16. Le Ministère de la Santé devrait prendre la tête de la lutte contre la maladie avec l'aide d'autres partenaires, en affectant des crédits budgétaires, en assurant une structure fonctionnelle, en veillant à la formation continue des agents de santé, en facilitant la participation communautaire et en faisant appel aux interventions les plus rentables.

Application des recommandations des discussions techniques

17. Les pays seront encouragés à appliquer les recommandations issues des discussions techniques en définissant des indicateurs et des repères-clés pour suivre les progrès accomplis et en engageant des ressources suffisantes. L'OMS quant à elle devrait suivre les progrès par l'intermédiaire de ses bureaux de pays et faciliter l'organisation de réunions nationales, interpays et sous-régionales.
18. L'information issue des discussions techniques devrait être largement diffusée à toutes les instances concernées.

Conclusion

19. En conclusion, les participants aux Discussions techniques ont reconnu que les facteurs ci-après faciliteraient beaucoup la lutte contre la maladie dans la Région africaine au XXIème siècle :
 - la paix et la démocratie dans tous les pays;
 - l'existence d'une bonne gouvernance (gestion transparente et rationnelle des ressources);
 - la production et la distribution équitable des richesses pour faire reculer la pauvreté;
 - la cohérence dans les choix opérés;
 - l'intégration des services de santé à tous les niveaux autant que possible.

Recommandations

20. Les participants aux Discussions techniques ont formulé les recommandations suivantes :
- 1) Les programmes axés sur la lutte contre certaines maladies devraient trouver les moyens de renforcer le développement des services de santé de manière à faciliter l'intégration des services et accroître l'efficacité et le rendement de la lutte contre la maladie.
 - 2) Tous les pays devraient accroître la proportion des crédits budgétaires affectés à la santé pour arriver à un minimum de 15%.
 - 3) Les pays devraient accélérer la mise en oeuvre du processus de réforme du secteur de la santé pour asseoir solidement le développement sanitaire.
 - 4) Il faudrait accroître les ressources humaines et financières des bureaux de l'OMS dans les pays pour qu'ils puissent fournir aux initiatives de lutte contre la maladie l'appui dont elles ont tant besoin.

Appendice 1 : Composition des groupes de travail

Groupe de travail no 2 (anglais seulement)

1. Botswana	Dr L. T. Lesetedi
2. Gambie	Dr Yankuba Kassana
3. Ghana	Dr A. Tinorgah, Dr Kofi Asare
4. Kenya	Dr R. O. Muga, Mrs Gracc Kandie
5. Lesotho	Dr Ramatlapeng, Dr P. Ntsekhe
6. Libéria	Dr B. A. P. Kanwee
7. Namibie	Dr N. T. Hamata, Mr Abner A. Xoagub
8. Nigéria	Dr E. A. Abebe, Dr Shehu Sule
9. Sierra Leone	Dr S. T. Kamara
10. Afrique du Sud	Dr Neil Cameron
11. Swaziland	Dr J. M. Kunene
12. Tanzanie	Dr Said M. Egwaga
13. Ouganda	Dr Alex Opio
14. Zimbabwe	Dr D. Makunike, Ms M. T. Nyandoro
Observateur :	Dr Kabba T. Joiner, Directeur exécutif, Communauté sanitaire de l'Afrique de l'Oucst.

Groupe de travail No 3 (français seulement)

1. Burkina Faso	Dr S. C. Zidouemba, Dr C. Traoré
2. Comore	Dr Toyb Mbaé
3. Congo	Dr Enzanza, Mme V. A. Ossie
4. Côte d'Ivoire	Dr Koffi David, Prof. Diarra Nama Alimata
5. Gabon	Prof. P. A. Koumbila
6. Madagascar	Prof. Dinissa Rakoton Dramarina
7. Mali	Dr M. Kané
8. Niger	Dr Gagara Magagi
9. République démocratique du Congo	Prof. Mampuza Ma Miezi
10. Sénégal	Dr A. N'diaye
11. Tchad	Dr Ndeikoundam Ngangro Mosurd
12. Togo	Dr Batchassi Essosolem, Dr Moustafa Sidatt

Groupe de travail No 1 (anglais, français portugais)

- | | |
|------------------------------|--|
| 1. Angola | Dr Filomena Wilson, Dr A. R. Matens Neto |
| 2. Bénin | Dr Hassan Jacque |
| 3. Burundi | Dr Jean Rirangira |
| 4. Cameroun | Dr B. Kollo, Dr M. Ekeke Monono |
| 5. Guinée | Dr Momo Camara |
| 6. Guinée-Bissau | Dr Francisco Dia |
| 7. Mozambique | Dr A.T.N. Libombo, Dr O.D. Mola |
| 8. République centrafricaine | Dr D. G. Nzil'koue |
| 9. Seychelle | Dr E. Brewer |
| 10. Zambie | Mrs Nayinza, Mrs Mulenga |

Secrétariat OMS

(pour tous les groupes) : Dr L. Ramos, Dr Houenassou Houangbe, Dr Y. Kassankogno, Dr A. Ntabona, Dr L. C. Sarr, Dr Lusamba-Dikassa, Dr A. Ndikuyeze.

Appendice 2 : Programme de travail

Date : 1er septembre 1999

Langue : Anglais, français, portugais

8h00 - 9h00 **Première séance plénière**

- Remarques introductives par le Dr A. Kaboré, Directeur, Division de la Lutte contre les Maladies transmissibles, OMS/AFRO et le Dr M. Belhocine, Directeur, Division de la Lutte contre les Maladies non transmissibles, OMS/AFRO
- Présentation du document de travail (AFR/RC49/TD/1) par le Professeur P. Ndumbe, Président des Discussions techniques
- Présentation des lignes directrices sur l'organisation et la conduite des Discussions techniques par le Professeur A. Kadio, Vice-Président des Discussions techniques
- Questions et clarifications

9h00 - 9h15

- Constitution des groupes de travail

9h15 - 10h30

- Travaux de groupes (anglophone, francophone, trilingue)
 - Election des présidents de groupes
 - Discussions
 - Recommandations

10h30 - 11h00

- Pause-café

11h00 - 13h00

- Poursuite des travaux de groupes

13h00 - 14h00

- Pause-déjeuner

14h00 - 15h30

- Séance de clôture
- Présentation et synthèse des rapports de groupes

**ANNEXE 6 : ALLOCUTION DE BIENVENUE DU
DR LIBERTINA AMATHILA, MINISTRE DE LA SANTE
ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA NAMIBIE**

Monsieur le Maître des Cérémonies,
Monsieur le Dr Sam Nujoma, Président de la République de Namibie,
Madame le Dr Brundtland, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé,
Monsieur le Dr Salim Ahmed Salim, Secrétaire général de l'OUA,
Madame Assetou Koite, Secrétaire générale de l'Organisation panafricaine des Femmes,
Monsieur le Dr Ebrahim M. Samba, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique,
Mesdames et Messieurs les Ministres de la République de Namibie,
Mesdames et Messieurs les Ministres de la Santé de la Région africaine de l'OMS,
Mesdames et Messieurs les Membres du Corps diplomatique,
Mesdames et Messieurs,
C'est pour moi un très grand honneur, au nom du Gouvernement et du peuple de la Namibie, de vous accueillir tous à cette cérémonie d'ouverture de la quarante-neuvième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

Ici en Namibie, nous sommes toujours heureux d'accueillir nos frères et soeurs d'autres pays africains qui viennent dans ce magnifique coin d'Afrique. Nous n'oublierons jamais le soutien que tous vos pays nous ont apporté pendant notre long combat contre le colonialisme et le racisme et nous vous en remercions une fois encore. Votre présence ici, aujourd'hui, est une manifestation du succès de ce combat. Nous espérons qu'au cours de votre séjour; vous aurez maintes occasions de constater et d'apprécier les résultats de ce combat et de votre soutien.

Depuis notre accession à l'indépendance en 1990, nous avons fait tout ce qui était en notre pouvoir, sous l'éminente autorité du président Sam Nujoma, pour améliorer la santé et le bien-être de notre peuple. A cet égard, nous avons enregistré quelques succès notables, mais la lutte continue.

Le Ministère a restructuré les services de santé, auparavant marqués par la ségrégation raciale et le cloisonnement, pour en faire un service moderne uniforme et cohérent, adapté aux besoins de la nation. Nous avons adopté un cadre directeur où sont énoncés les principes d'équité, d'égalité d'accès à des services abordables et

de participation communautaire. Nous avons adopté des lignes directrices nationales pour les soins de santé primaires à assise communautaire qui constituent la base de nos services de santé.

Nous avons mis en place des programmes de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme et d'autres maladies transmissibles de même que défini une charte des patients et des politiques concernant les médicaments, la santé bucco-dentaire et les transports - pour n'en citer que quelques-unes. Nous avons créé un système unique de retraite et d'autres prestations sociales pour les personnes vulnérables.

Mesdames et Messieurs les Ministres de la Santé et délégués,

Nous savons que de très importantes délibérations et décisions vous attendent ces cinq prochains jours. Mais nous savons aussi que c'est, pour certains d'entre vous, la première et peut-être la dernière fois que vous vous trouvez en Namibie. C'est pourquoi nous espérons que, pendant ou après la session, vous aurez le temps de vous rendre sur certains des sites les plus intéressants de notre capitale et de notre pays. Il vous sera distribué dans le courant de la semaine une liste des sites à visiter.

Nous voulons que vous vous sentiez chez vous, et nous sommes résolu à tout faire pour cela, dans l'esprit de notre traditionnelle hospitalité namibienne.

Mesdames et Messieurs, nous vous souhaitons un agréable séjour et une session fructueuse.

ANNEXE 7 : ALLOCUTION D'OUVERTURE DU DR T. J. STAMPS, PRESIDENT DE LA QUARANTE-HUITIEME SESSION DU COMITE REGIONAL

J'ai l'honneur et le plaisir de présenter mon rapport en tant que président des Ministres de la Santé de la Région africaine au cours de ces 12 derniers mois.

Bien que l'an 2000 ne soit qu'un simple chiffre, le fait que le présent Comité régional soit le dernier à se tenir en Afrique au cours du présent millénaire nous invite tous à méditer et à réfléchir sur le passé pour consolider le présent et élaborer des projets pour l'avenir.

En santé, comme en religion, nous devons agir comme si nous vivions notre dernier jour sur terre et élaborer nos projets comme si l'avenir était assuré.

Au cours de l'année écoulée, nous avons enregistré de nombreux progrès dans le domaine de la santé en Afrique. L'élimination virtuelle de la poliomyélite dans la presque totalité des pays et les énormes progrès réalisés ces derniers temps dans la lutte contre le poliovirus sauvage dans les foyers d'endémie constituent un sujet de fierté pour nos pays et pour notre continent. Nous pouvons éliminer cette maladie d'ici le début du prochain millénaire, dont certaines personnes affirment, de façon plutôt pédante, qu'il commence en l'an 2001 et non en janvier prochain. (Il n'y a pas eu d'année zéro).

Nous avons mis en place le dispositif autour duquel s'édifiera un mécanisme durable pour Faire reculer le Paludisme en Afrique; et nous devons remercier le Directeur général ainsi que le Directeur régional pour les actions concertées qu'ils mènent actuellement pour que les efforts consentis au niveau national se concrétisent au niveau de la Région.

Nous mesurons tous désormais la gravité de la pandémie de SIDA et la nécessité de mettre définitivement un terme au débat sur l'existence réelle ou non de ce syndrome, débat qui a tant retardé et détourné inutilement nos efforts au cours de la dernière décennie. Il faut que les discours sur une génération libérée du SIDA se traduisent rapidement par des nations libérées du SIDA et par un continent libéré de cette maladie.

Il semble que l'instauration de la Santé pour tous d'ici l'an 2000 ait été un objectif trop optimiste. Cependant, le concept des soins de santé primaires et les huit principes qui le sous-tendent, tels que définis à la Conférence d'Alma-Ata, nous ont enseigné ou rappelé de nombreux éléments qui jouent un rôle déterminant dans les

progrès vers un continent en santé et qui faisaient défaut dans les anciens programmes verticaux. L'adoption, à partir de ce concept, d'une approche sectorielle des problèmes de santé, de nutrition et de population par les principaux investisseurs internationaux en matière de santé est une heureuse évolution que nos pays doivent saisir pour affranchir nos populations du cercle vicieux de l'ignorance, de la mauvaise santé, de la pauvreté et du sous-développement.

Les changements qui se sont produits ces dernières années suscitent à la fois de grands espoirs et beaucoup de prudence. Les acquis nouveaux dans le domaine des sciences biomédicales offrent des possibilités de changer notre avenir grâce à des méthodes qui, il y a quelques décennies encore, relevaient purement de la science-fiction. Des manipulations génétiques pour trouver des solutions nouvelles à des problèmes mondiaux tels que le développement de coeurs humanoïdes chez les porcs pour des transplantations et la mise au point de plantes résistantes aux insectes et à la décomposition, constituent de nouveaux défis, voire de nouveaux dangers, pour l'avenir immédiat. Je voudrais signaler en passant que mon rêve est que des manipulations génétiques sur le tabac puissent produire un médicament facile à obtenir pour le traitement de l'infection à VIH et de la tuberculose.

Les nouveaux défis que doit relever l'Afrique ne se posent pas seulement à l'échelle mondiale. Le profil démographique de notre continent résulte en grande partie de l'impact des maladies transmissibles classiques. Mais le développement exponentiel de la mondialisation, des migrations, des voyages, du tourisme et des moyens de communication nous expose aujourd'hui à un double danger : celui des anciennes pathologies non maîtrisées et celui des maladies non transmissibles associées aux pays développés. De fait, cette transition épidémiologique est presque désormais une réalité dans certains pays d'Afrique, en particulier dans les petits Etats insulaires de l'Océan Indien où le diabète, l'hypertension, les maladies cardio-vasculaires et le cancer tendent à supplanter les maladies infectieuses en tant que première cause de mortalité.

Je voudrais terminer sur une mise en garde. Il était autrefois fréquent de rencontrer de nouveaux Ministres de la Santé chaque année, de sorte qu'on avait l'habitude de dire, au sein du Commonwealth, que le mandat des Ministres de la Santé était en moyenne inférieur à un an et demi. Je remercie mon Président, le Camarade R. G. Mugabe, de m'avoir non seulement nommé au poste le plus élevé que j'aie jamais occupé dans ma vie, mais également d'avoir suffisamment confiance

dans mes compétences et dans mon intégrité pour me maintenir si longtemps au poste de Ministre de la Santé. J'ai tiré un immense profit de cette expérience, surtout en cette période marquée par des changements rapides dans notre discipline. J'espère également avoir apporté ma modeste contribution aux progrès, si pénibles soient-ils, vers l'instauration de la santé pour tous. Je suis intimement convaincu que le leadership n'est pas synonyme de domination de l'Afrique, comme ce fut le cas avec les Romains qui livraient des chrétiens aux lions dans des arènes, avec les négriers venus d'Europe ou d'Arabie, ou avec les colons qui ont démembré notre continent il y a plus d'un siècle. Ils ont profité de notre désunion pour nous opposer les uns aux autres sur les plans ethnique, religieux et régional.

A mon avis, le préalable que nous devons impérativement remplir pour atteindre notre objectif est l'unité. Nous devons bâtir notre unité pour la santé en mettant l'accent sur notre objectif commun et en minimisant nos divergences. C'est de cette manière que nous pouvons remporter la victoire. Il faut que nous réalisons l'unité pour la santé pour que chacun de nous soit vainqueur.

ANNEXE 8 : ALLOCUTION D'OUVERTURE DU DR EBRAHIM M. SAMBA, DIRECTEUR REGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE

Excellence, Monsieur le Président de la République de Namibie,
Monsieur le Président du Comité régional,
Madame le Directeur général de l'OMS,
Mesdames et Messieurs les ministres, hauts responsables et habitants de ce beau
pays qu'est la Namibie,
Mesdames et Messieurs les Ministres et Chefs de délégation des 46 pays membres
de la Région africaine
de l'OMS,
Mesdames et Messieurs les membres du corps diplomatique,
Monsieur le Représentant du Secrétaire général de l'OUA,
Mesdames et Messieurs les Représentants du système des Nations Unies ainsi que
des organisations multilatérales, bilatérales et non gouvernementales,
Honorables délégués,
Mesdames et Messieurs,
Je voudrais avant toute chose remercier le Président Sam Nujoma de nous avoir
invités à Windhoek pour cette session historique du Comité régional de l'OMS
pour l'Afrique - la dernière du 20ème siècle. Nous vous remercions, Excellence,
vous et votre Gouvernement pour l'accueil très chaleureux qui nous a été réservé et
les excellentes dispositions prises en vue de garantir le succès de cette réunion.

Je voudrais également, au nom de tous les Etats Membres de la Région africaine de
l'OMS, exprimer notre sincère gratitude au Président Robert Mugabe, à son
Gouvernement et au peuple du Zimbabwe, qui ont bien voulu nous accorder refuge
au cours des moments très difficiles qui ont suivi notre évacuation forcée de
Brazzaville. Aujourd'hui, les effectifs du Bureau régional de l'OMS travaillant à
Harare atteignent près de 300 personnes.

Pourquoi nous sommes-nous retrouvés à Harare ? J'ai répondu à cette question à
Sun City en septembre 1997 et à Harare en septembre 1998.

Le Gouvernement du Zimbabwe et les responsables de l'Hôpital Parirenyatwa
n'épargnent aucun effort pour rendre aussi confortable que possible notre séjour à
Harare. Mais nous n'en demeurons pas moins des réfugiés, avec toutes les
tensions et les contraintes que cela suppose. Il n'a pas été facile de gérer une telle

situation. Certains membres du personnel ont été profondément traumatisés; ils ont perdu leurs biens; leurs familles ont été disloquées, avec toutes les conséquences psychologiques que cela entraîne. Je passe une bonne partie de mon temps à pallier les effets négatifs de ce départ de Brazzaville pour Harare.

La troisième partie du document AFR/RC49/2 est consacrée à cette question et nul doute que le Directeur général de l'OMS et le Ministre de la Santé du Congo Brazzaville reviendront l'un et l'autre sur la situation à Brazzaville. Permettez-moi seulement de souligner que notre séjour à Harare revêt un caractère temporaire, conformément aux résolutions que vous avez adoptées à Sun City et à Harare. J'ai maintenu le contact avec les autorités de Brazzaville. Nous aurions dû commencer à retourner progressivement à Brazzaville en janvier 1999. Mais la guerre civile a repris à nouveau en décembre 1998.

Mesdames et Messieurs les Ministres, Honorables délégués,

Permettez-moi, en votre nom à tous et en mon nom personnel, de remercier le personnel du Bureau régional pour la qualité du travail accompli malgré notre situation de réfugiés.

C'est ainsi que les documents destinés aux 46 Etats Membres ont été expédiés un mois au moins avant la date d'aujourd'hui, grâce au dévouement de notre personnel.

Nous vous prions de nous excuser pour les lacunes que vous pourriez éventuellement constater dans la traduction ou l'impression de ces documents. Nous avons, à notre Bureau à Brazzaville, un matériel de pointe pour l'impression de nos documents. Aujourd'hui, nous sommes obligés pour cette tâche de recourir à des entreprises extérieures.

Malgré les conditions difficiles dans lesquelles nous travaillons, le Bureau régional de l'OMS a enregistré des résultats encourageants.

Les rapports avec le Siège de l'OMS et l'appui qu'il nous apporte s'améliorent de jour en jour. Le Directeur général, le Dr Brundtland et le personnel de Genève nous soutiennent sans relâche et restent en contact permanent avec nous par téléphone, grâce à l'organisation régulière de conférences vidéo et de retraites et par d'autres moyens. Au moment de mon élection en 1994, j'ai promis d'améliorer la collaboration avec le Siège. Le Dr Brundtland ne cesse de répéter : "Il y a une seule OMS, oeuvrons ensemble".

Nos partenaires du développement que sont les ONG et les organismes multilatéraux et bilatéraux mettent tout en oeuvre pour nous fournir l'appui dont nous avons besoin. C'est ainsi que les financements volontaires que nous avons reçus cette année sont plus de cinq fois supérieurs à ceux de 1995. Lorsque j'ai pris mes fonctions en 1995, le fonds du Conseil exécutif se montait à 30,5 millions de dollars des Etats Unies. En juillet 1999, ce fonds était passé à 156 millions et continue d'augmenter

La collaboration avec les Etats Membres s'améliore de jour en jour. En accord avec le Directeur général, nous avons délégué des pouvoirs accrus aux bureaux de l'OMS dans les pays, notamment pour la gestion du personnel et des finances, permettant ainsi à ces bureaux de répondre plus rapidement et plus efficacement aux besoins des pays. Je trouve également très utile mes visites dans les bureaux de pays. A leur invitation, je me suis rendu dans la majorité d'entre-eux. Le courrier électronique est disponible dans tous les 46 pays et je voyage toujours avec mon ordinateur personnel. Tous ceux qui agissent en mon nom sont dotés de tous les pouvoirs nécessaires pour le faire.

Permettez-moi de citer quelques exemples :

i) *Réforme du secteur de la santé :*

Dans le cadre de l'Initiative spéciale du système des Nations Unies pour l'Afrique et en collaboration avec la Banque mondiale, le PNUD, l'UNICEF, le FNUAP, l'UNESCO, les ONG et d'autres acteurs, nous avons organisé des consultations fort utiles à Cotonou pour l'Afrique de l'Ouest et du Nord, à Addis-Abéba pour l'Afrique de l'Est et du Centre, et à Maputo pour l'Afrique australe et les îles de l'Océan Indien et la dernière a eu lieu il y a quelques mois, ce qui a permis de couvrir les 46 pays de la Région africaine de l'OMS. Un rapport détaillé vous sera soumis en temps voulu. Dans toutes les consultations, il est pour nous très important que les Africains aient la maîtrise des activités. Nos activités ne doivent pas être inspirées par les bailleurs de fonds.

ii) *Paludisme*

Nous avons lancé l'Initiative africaine de Lutte contre le Paludisme. Par la suite, le Dr Brudtland a conçu le projet "Faire reculer le paludisme". Ensemble, nous avons maintenant mis en place le projet "Faire reculer le paludisme", dont l'Afrique constituera le fer de lance. Le Dr Kabore du Bureau régional de l'OMS pour

l'Afrique vous donnera, au cours de cette réunion des informations détaillées sur les remarquables progrès accomplis à ce titre. Pas plus tard qu'hier à l'aéroport, j'ai reçu un appel téléphonique m'annonçant que le Canada ferait un don de 500 000 dollars au Bureau régional. Le Siège s'occupe de la coordination internationale et en partie de la mobilisation des fonds. Le Bureau régional s'occupe en partie de la mobilisation des fonds et appuie les pays dans les activités de lutte.

L'efficacité d'un travail d'équipe est ainsi démontrée. La majorité des ressources provient de l'extérieur de l'Afrique mais la plupart des activités se déroulent en Afrique.

iii) VIH/SIDA

La pandémie de VIH/SIDA ravage l'Afrique. Nous poursuivons là aussi nos efforts pour la combattre. Dans ce même hôtel, il y a quelques semaines, nous avons organisé une consultation très utile sur les questions brûlantes de la confidentialité, de la notification et des droits de l'homme. Nous devons protéger et soigner les malades touchés par le VIH/SIDA mais nous devons également protéger les personnes qui ne sont pas infectées. Grâce à vos efforts, vous les Etats Membres, et au soutien de nos partenaires, nous progressons même si ce n'est que lentement.

Récemment, nous avons fait connaître les résultats impressionnants enregistrés par l'Ouganda. Dans quelques semaines, certains d'entre vous recevront un stock de médicaments et de matériels pour les soins aux malades touchés par le VIH/SIDA.

Le Dr Peter Piot, Directeur exécutif de l'ONUSIDA, sera bientôt parmi nous et nous donnera plus de détails sur notre collaboration.

iv) Poliomyélite

Avec nos partenaires, les Etats Membres, le Siège de l'OMS, l'UNICEF, l'USAID, le Rotary International et d'autres, nous faisons des progrès significatifs vers l'éradication de la poliomyélite en Afrique. Lorsque nous avons décidé d'organiser des Journées nationales de vaccination en République démocratique du Congo, beaucoup ont pensé que nous n'étions pas réalistes. Nous avons lancé un appel aux autorités du Congo, au Secrétaire général des Nations Unies, à d'éminentes personnalités africaines, au Rotary International et à d'autres partenaires. Or, nous venons d'achever la première journée de vaccination dans ce pays ravagé par la guerre. Les résultats bien qu'encore partiels sont sans aucun doute impressionnants. A l'échelle du pays, nous avons vacciné environ 90 % des 10

millions d'enfants visés. Nous avons rencontré quelques problèmes dans la région de Kisangani, comme certains d'entre vous le savent mais, même dans cette région, la couverture vaccinale a atteint environ 70 %.

v) ***Santé de la reproduction***

Le Bureau régional a lancé une stratégie de lutte contre les problèmes associés à la santé reproductive. Ceci parce que les problèmes tels que la mortalité maternelle, les grossesses chez les adolescentes et la violence à l'encontre des femmes restent d'importants problèmes en Afrique. Aussi s'agit-il maintenant pour nous de traduire la stratégie en actions, de pair avec les Etats Membres.

vi) ***Egalité entre hommes et femmes***

Pour moi, la participation équitable des femmes à la vie de la société est plus qu'un voeu pieux. A la fin des années 60, j'avais eu des difficultés à faire inscrire les petites filles dans notre école locale. C'est ainsi que j'ai décidé de construire une école où les filles peuvent bénéficier du même accès à l'éducation que les garçons. Cette école, ouverte en 1975, est la plus grande de mon pays et compte plus de 2000 élèves.

Depuis 1995, en tant que Directeur régional, j'ai multiplié le nombre de femmes détenant des postes de direction au Bureau régional. Je suis en effet convaincu que, comme les femmes représentent plus de la moitié de la population africaine, nous ne pourrons assurer un développement durable que si les femmes participent entièrement aux activités de développement à tous les niveaux.

vii) ***Développement des ressources humaines, renforcement institutionnel et recherche en Afrique***

Dans ces trois domaines, nous avons fait des progrès importants. Notre appui aux Etats Membres moyennant le programme de bourses est maintenant plus focalisé et a gagné en pertinence. Des représentants de nos centres collaborateurs en Afrique se sont retrouvés à Harare grâce à un financement de l'OMS, et ont proposé des recommandations opérationnelles réalistes que nous sommes en train de mettre en oeuvre ensemble.

Les Représentants de l'Association des scientifiques africains ont tenu une réunion avec moi récemment pour examiner les moyens d'améliorer le rendement de la recherche en Afrique. Dans quelques semaines aura lieu une réunion d'envergure à Harare pour définir une vision à long terme des besoins de la recherche et les modalités de mise en oeuvre en Afrique dans les 20 prochaines années.

Ce ne sont là que quelques-unes de nos initiatives et activités destinées à améliorer la situation sanitaire en Afrique.

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

Permettez-moi en conclusion, de vous remercier très sincèrement de cette occasion que vous m'avez donnée d'exercer la fonction de Directeur régional pendant ces quatre dernières années. Ce fut une tâche ardue, un grand honneur et un privilège spécial d'être le capitaine du vaisseau de l'espoir qu'est la Région africaine de l'OMS.

Je pense que vous aimeriez savoir comment, après quatre années à la tête du Bureau régional, je vois les perspectives sanitaires de l'Afrique à l'approche du 21^{ème} siècle.

Je dois dire qu'après quatre années passées à la direction des affaires de la Région africaine de l'OMS et fort de l'expérience que j'ai acquise auprès du Programme de lutte contre la cécité des rivières en Afrique de l'Ouest qui a atteint ses objectifs, je suis très optimiste. En dépit de l'ampleur des problèmes auxquels nous sommes confrontés aujourd'hui, je suis convaincu que nous pouvons engranger des succès notables dans l'action engagée pour améliorer la santé de nos populations et leur assurer une meilleure qualité de vie au 21^{ème} siècle.

Nous avons tous les éléments du succès. Les Etats Membres sont tout à fait déterminés. Le Directeur général de l'OMS et le Siège de l'OMS nous accordent un appui de très haut niveau. Nos partenaires dans le développement ont de plus en plus confiance dans la capacité de nos prestations. Le personnel du Bureau régional est maintenant une équipe hautement motivée et dévouée. Dans tout ce que nous faisons en collaboration avec nos partenaires, la maîtrise des activités par les Africains est le souci premier.

Voilà les conditions préalables au succès. Il y aura inévitablement des obstacles tout au long du chemin, mais je suis sûr que, si nous disposons du temps nécessaire et si nous continuons d'avoir votre soutien, nous réussirons.

Je vous remercie de votre attention.

**ANNEXE 9 : ALLOCUTION DU DR GRO HARLEM BRUNDTLAND,
DIRECTEUR GENERAL DE L'ORGANISATION
MONDIALE DE LA SANTE**

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

C'est un grand plaisir pour moi d'être ici avec vous dans ce magnifique pays, dans cet immense continent au centre de l'attention du monde. Nous sommes tous reconnaissants au Gouvernement de la Namibie d'accueillir cette réunion du Comité régional de l'OMS.

Je voudrais aujourd'hui saisir cette occasion pour vous faire part de l'orientation du travail de l'Organisation mondiale de la Santé après une année de changements. Vous connaissez notre mandat, nous partageons les mêmes valeurs et les mêmes engagements : nous souhaitons une meilleure donne pour la santé dans le monde. Une meilleure donne dans le but, principalement, d'assurer à tous, mais spécialement aux pauvres, un avenir meilleur et une meilleure santé.

Pour changer réellement la santé dans le monde, l'OMS doit faire en sorte que les choses changent en Afrique. En aspirant à jouer un rôle directeur dans le développement international, l'OMS doit effectivement jouer un rôle directeur ici, dans cette Région.

En conjuguant clairvoyance, engagement, leadership efficace et bonne organisation, et en travaillant de concert avec vous, nous pourrons faire des progrès notables ces prochaines années.

Si nous y parvenons, de nombreux pauvres dans le monde ne seront plus victimes, comme c'est le cas aujourd'hui, de décès prématurés et de trop nombreuses incapacités. Cela aura un impact direct sur les niveaux de pauvreté. Mais cela ne se fera pas tout seul. Des efforts extraordinaires seront nécessaires de la part des gouvernements, de la société civile, des établissements financiers et du secteur privé. Il faudra une nouvelle donne pour répartir les ressources, partager les innovations et assurer que les personnes et les pays qui en ont besoin disposent de médicaments et de vaccins.

Monsieur le Président,

Pendant de nombreuses années, vous avez entendu l'appel de l'OMS en faveur de la santé pour tous. C'est un idéal sur la justice sociale et l'égalité d'accès.

Nous ne sommes plus qu'à quelques mois de l'an 2000. Un milliard de personnes au moins - dont plus de la moitié vivent dans cette Région - aborderont le siècle prochain sans avoir bénéficié des bienfaits de la révolution sanitaire du XX^{ème} siècle.

Nous devons changer cela. Les connaissances qui ont produit la révolution de ces dernières décennies peuvent encore ramener parmi nous le milliard d'exclus.

Travailler ensemble plus efficacement, dans une seule et même OMS, voilà la clé. Cela vaut pour nous tous : face à de nombreux défis conflictuels, nous devons tous apprendre à *centrer* notre attention sur les questions de santé qui ont le plus d'importance - et nous devons mener une politique d'ouverture et convaincre nos partenaires de faire de même. Nous - à l'OMS - ne pouvons tout faire, mais ce que nous décidons de faire, nous devons bien le faire.

Nous devons *recentrer* notre travail dans les pays et avec les pays. Nous devons être plus attentifs à la façon dont nous pouvons utiliser au mieux nos maigres ressources humaines et financières. Vous devez savoir exactement ce que vous pouvez attendre de l'OMS. Ensemble, nous devons définir clairement les responsabilités communes. Cela fait partie de la meilleure donne.

Je voudrais vous dire aujourd'hui comment nous évaluons notre activité dans la Région de l'Afrique, par rapport à **quatre** orientations stratégiques mondiales.

Premièrement, nous devons réduire le fardeau dû au surcroît de mortalité et d'incapacités, spécialement celui qui pèse sur les pauvres et les populations marginalisées - le milliard d'exclus que j'ai mentionné.

Dans de nombreux pays de la Région de l'Afrique, jusqu'à 40 % de toutes les vies en bonne santé perdues le sont du fait de cinq maladies de l'enfance. Des politiques et des budgets nationaux donnant la priorité aux interventions dont nous connaissons l'efficacité auraient plus d'impact sur la santé des plus pauvres - malgré les contraintes financières actuelles.

Cela suppose que soit intensifiée l'action contre les maladies de l'enfance les plus meurtrières - et qu'une attention spéciale soit en outre accordée à la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose.

De tous les défis pour la santé en Afrique, l'épidémie de VIH/SIDA est certainement le plus grave et le plus difficile à relever. En coordination avec l'ONUSIDA, l'OMS, par le biais de son Bureau régional, aide à renforcer la capacité des pays à faire barrage à l'épidémie. Les autorités nationales et internationales et la communauté des bailleurs de fonds réitèrent leur engagement face à la crise profonde qui touche en particulier les pays d'Afrique australe, où l'espérance de vie, sous l'effet du SIDA, a été réduite de 10 à 15 ans.

L'engagement de l'OMS à combattre le VIH/SIDA dans le monde est inébranlable et nous l'attaquons sur tous les fronts, de la sécurité transfusionnelle et de la transmission de la mère à l'enfant à l'utilisation des thérapeutiques antirétrovirales et aux soins aux personnes vivant avec le VIH et, bien sûr, à la double épidémie d'infection à VIH et de tuberculose. Nous encouragerons la mise au point de nouveaux médicaments et, en définitive, du vaccin contre le VIH. Et nous soutiendrons toute solution qui contribuera à mettre ces innovations à la disposition de tous - y compris sur ce continent.

Même sans le VIH, son mortel allié, la tuberculose est une menace majeure pour la santé dans le monde et elle exige une action urgente et massive. Il y a un mois, j'ai regroupé toutes les activités de lutte contre la tuberculose de l'OMS sous l'initiative Halte à la tuberculose. Celle-ci redoublera d'efforts pour associer de nouveaux partenaires à la coalition qui s'emploie à combattre la tuberculose, et son but est de doubler les dépenses mondiales consacrées à la lutte antituberculeuse en trois ans.

J'ai aussi demandé au Programme spécial de Recherche sur les Maladies tropicales de se charger de la mise au point d'un programme mondial de recherche sur la tuberculose qui réponde véritablement aux besoins des personnes, des familles et des communautés.

Dans la Région africaine, nous devons tous nous engager à porter à 100 % avant 2005 la couverture par la stratégie DOTS de lutte antituberculeuse - stratégie d'ailleurs née en Afrique.

De même que pour notre action contre le VIH/SIDA et contre la tuberculose, Faire reculer le paludisme est un élément critique de la meilleure donne pour la santé dans le monde. D'année en année, le fardeau qui pèse sur les pauvres du fait du

paludisme s'alourdit. Il serait pourtant possible de réduire de moitié d'ici à 2010 la mortalité associée au paludisme si les interventions existantes étaient utilisées conformément aux données factuelles disponibles. Cet objectif pourra être atteint dès lors que les services de santé aideront davantage les communautés à centrer leur attention sur les maladies prioritaires.

Le partenariat mondial pour Faire reculer le paludisme a été lancé en octobre dernier et consolidé au mois de décembre. En juin, les partenaires se sont réunis à Harare pour soutenir l'action déployée en Afrique pour Faire reculer le paludisme, sous la conduite des dirigeants de l'OUA avec, en première ligne, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. Les responsables de la santé d'une quarantaine de pays travaillent maintenant avec d'autres secteurs gouvernementaux, la société civile, le secteur privé, la communauté de la recherche et les organismes de développement pour déterminer la meilleure façon de Faire reculer le paludisme dans leurs pays. Ils étudient les leçons des années de lutte antipaludique écoulées et ils examinent les nouveaux concepts, fondés sur les recherches et les évaluations récentes.

Pour une réussite durable, Faire reculer le paludisme nécessitera de meilleures interventions et des mesures préventives et des traitements nouveaux. Nous devons innover. L'instauration de nouvelles alliances pour accroître l'efficacité des recherches et du développement des produits telles que l'Initiative multilatérale sur le paludisme et l'opération Médicaments antipaludiques est l'une des conditions de cette réussite.

Les recherches appropriées, qui déboucheront sur la mise au point de produits efficaces et d'un coût abordable, doivent commencer dès maintenant. L'action et la recherche doivent aller de pair. Je veux voir mis en place un système d'information opérationnel qui permette au Cabinet mondial, où je rencontre les Directeurs régionaux, de savoir où le paludisme recule, et où il ne recule pas - et où il conviendrait d'accroître légèrement l'appui de l'OMS pour opérer un grand changement.

Nous ne relâchons en aucune façon nos autres efforts.

La campagne de l'éradication mondiale de la poliomyélite en est à la dernière ligne droite et chaque jour qui nous reste jusqu'à la fin de l'an prochain doit être consacré à l'accomplissement de cette tâche. Un monde libéré de la poliomyélite : quel don pour les générations du siècle à venir ! Et ici, en Afrique, tout doit être mis en oeuvre, en cas de conflit, pour amener les parties à respecter pleinement les trêves nécessaires pour que chaque enfant soit vacciné.

Au cours des années à venir, nous intensifierons nos activités visant à réduire la mortalité maternelle, une question d'une importance cruciale en Afrique. Une bonne vingtaine de pays africains présentent des taux de mortalité maternelle d'un niveau inacceptable. Pour faire avancer le programme de santé génésique, l'OMS a mis au point une stratégie visant à rendre la grossesse plus sûre et un projet a été diffusé à nos collègues régionaux pour qu'ils présentent leurs observations. L'initiative pour une grossesse à moindre risque encouragera les gouvernements et nos partenaires internationaux à faire en sorte que la maternité sans risque - une question à la fois de responsabilité sociale et de bon sens économique - figure en bonne place dans les programmes politiques.

Il y a ensuite le domaine des vaccinations. Au cours de l'année écoulée, la question des vaccins et de la vaccination a été réexaminée par l'OMS avec ses principaux partenaires, à savoir l'UNICEF, la Banque mondiale, les donateurs bilatéraux et le secteur privé.

Chacun a reconnu que, si nous disposons déjà d'un éventail de solutions efficaces, il faut intensifier les efforts pour améliorer l'accès à des services durables, introduire de nouveaux vaccins d'un bon rapport coût/efficacité et accélérer la mise au point de nouveaux vaccins, surtout contre le VIH, la tuberculose et le paludisme.

Afin d'y parvenir, nous avons décidé de mettre sur pied une alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination avec toutes les parties concernées et sous la présidence de l'OMS pendant les deux premières années.

La nouvelle alliance couvrira en fait les domaines d'activité de l'initiative pour les vaccins de l'enfance, lancée en 1992. Les cofondateurs de l'initiative qui font partie de l'alliance ont donc décidé de mettre fin à l'initiative. L'un des nouveaux instruments financiers qui contribuera à accélérer les efforts est un fonds pour les vaccins de l'enfance, dont s'occupera l'UNICEF.

Monsieur le Président,

Je souhaiterais évoquer brièvement la **deuxième** orientation stratégique. Pour mettre l'accent sur les problèmes importants, il ne suffit pas de s'occuper des maladies, mais il faut tenir compte aussi des **risques potentiels pour la santé** découlant de crises économiques, d'environnements malsains et de comportements à risque.

Je tiens à parler d'une menace à laquelle nous sommes déjà confrontés en plein - une épidémie émergente qui est sur le point de déferler sur les pays en développement. Je veux parler du tabagisme.

Les pays africains, déjà confrontés à de multiples fléaux, peuvent certainement faire l'économie d'une épidémie de tabagisme. Or, c'est désormais en priorité les pays en développement et l'Afrique que l'industrie du tabac a en point de mire, et surtout les femmes et les enfants africains, devenus les cibles privilégiées de son arsenal publicitaire.

Nous disposons d'une réelle possibilité d'éviter à l'Afrique un fardeau supplémentaire. J'ai préconisé une action régionale concertée à l'appui de nos efforts mondiaux de lutte contre le tabac. Je constate avec plaisir qu'on a commencé à apporter une réponse panafricaine à l'épidémie de tabagisme et qu'une réunion des parlementaires africains francophones poursuivra sur cette lancée en octobre. Et, toujours en octobre, nous accueillerons les représentants africains à la réunion du groupe de travail de la convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac qui aura lieu à Genève.

Certains n'en soutiennent pas moins que le tabac peut être utile à l'économie en raison des recettes fiscales qu'il engendre. Mais cette affirmation est pour le moins discutable. L'OMS s'occupe de santé et donc, sur ce point, nous laissons le soin à la Banque mondiale de répondre, ce qu'elle fait dans son dernier rapport - *Curbing the Epidemic* -, où elle dit clairement que le tabac n'est pas seulement néfaste à la santé mais aussi à l'économie.

Monsieur le Président,

Le **troisième** domaine stratégique concerne les systèmes de santé. L'OMS doit s'efforcer d'aider les pays à mettre en place des systèmes de santé qui contribuent à réduire les inégalités en matière de santé dans chaque société, qui répondent aux besoins légitimes des gens et qui soient financièrement équitables.

Le défi consiste à assurer une *couverture des soins de santé pour tous*. C'est là le message clé du nouvel universalisme que l'OMS a énoncé dans le Rapport sur la santé dans le monde de cette année. En clair, nous devons apprendre à mieux fixer nos priorités.

Il y aura des choix difficiles à faire : non seulement pour décider les services que les gouvernements devront couvrir, mais pour déterminer comment il faudra financer les soins de santé. Il faut payer pour obtenir des soins de santé, mais une solidarité

fondée sur un type de cotisation impose une charge moins lourde pour les groupes défavorisés que des systèmes fondés sur le paiement direct. De plus en plus, il apparaît que les cotisations constituent une politique financière efficace et équitable.

En m'entretenant avec les ministres et les professionnels de la santé au cours de mes visites dans les pays et lors de l'Assemblée, j'écoute les nombreuses préoccupations dont ils font état concernant la réforme des systèmes de santé et les conseils qu'ils demandent à l'OMS. Ils voudraient que l'OMS s'attache à leur montrer comment faire face à la croissance rapide des soins médicaux privés et comment capter les énergies du secteur privé pour atteindre les objectifs publics. Nous répondrons à cet appel.

Quant aux objectifs que les systèmes de santé doivent atteindre, quant aux moyens d'évaluer les résultats obtenus, il faut être clair. L'amélioration de la santé est, bien entendu, un indicateur, mais si nous nous soucions aussi de l'équité, nous devons aussi savoir comment les améliorations de la santé se répartissent au sein de la population.

Nous devons être en mesure de comprendre pourquoi le système de santé du pays A donne de meilleurs résultats que celui du pays B. Nous devons nous prévaloir de nos succès dans des domaines comme la vaccination et nous en inspirer pour aborder des problèmes plus larges. Cette prise de conscience des succès, des échecs et des meilleures pratiques doit sous-tendre le nouveau programme de réforme des systèmes de santé. L'ensemble du Rapport sur la santé dans le monde, 2000 est consacré à cette question, ce qui témoigne bien de son importance.

Monsieur le Président,

La **quatrième** orientation concerne le programme de développement lui-même. Je me suis engagée à faire mon possible pour mettre la santé au cœur de ce programme, c'est-à-dire à sa juste place en tant que clé du développement et du progrès humains.

Je voudrais mentionner un domaine où je propose que l'OMS soit plus active et se fasse entendre davantage au cours des prochaines années. Je veux parler de l'allègement de la dette.

L'initiative de Cologne pour l'allègement de la dette couvre 42 pays particulièrement endettés dont 34 appartiennent à l'Afrique subsaharienne - et regroupe les trois quarts environ des 700 millions d'habitants de la Région. Dans beaucoup de ces pays, l'espérance de vie n'atteint pas même 50 ans et la mortalité infantile peut être plus de 17 fois supérieure à celle des pays riches.

L'initiative de Cologne franchit un pas important en vue de sortir de l'impasse de la dette, mais il ne s'agit que d'un point de départ pour les autres efforts qui devront être consentis. L'OMS collaborera avec les pays endettés, le G8, le FMI, la Banque mondiale et d'autres partenaires sur plusieurs fronts.

Tout d'abord, nous soutiendrons qu'en matière d'allègement de la dette il faut envisager l'ensemble des ressources dont les gouvernements des pays endettés ont besoin pour faire face aux crises sociales urgentes, et notamment au VIH/SIDA et au paludisme. La fourniture de ressources nouvelles doit aller de pair avec la réduction de la dette.

Ensuite, nous ferons valoir que les investissements spécifiques et fondamentaux dans le domaine de la santé doivent être protégés lorsqu'on s'occupe de la réorientation des budgets et du règlement de la dette. Pour les détails de ces investissements fondamentaux, il faudra encore adapter les solutions aux besoins des différents pays, et notamment assurer la participation équitable de ceux qui sont le plus touchés par les crises sociales. Au cours des mois à venir, j'annoncerai des mesures spécifiques pour contribuer à ce que l'allègement de la dette soit bien mis à profit pour améliorer la santé des plus pauvres.

Monsieur le Président,
Mesdames et Messieurs les Ministres,

En matière de développement, vous êtes confrontés à de nombreux acteurs et nous sommes tous confrontés à de nombreux acteurs en matière de santé internationale. En tant que chef de file dans le domaine de la santé avec un large mandat, l'OMS doit affiner son rôle et déterminer les meilleurs moyens de servir ses Etats Membres. Je voudrais vous faire part de certains des problèmes qui se posent. Ils seront d'ailleurs portés à votre attention alors que nous commençons la planification du budget pour l'exercice 2002-2003. Dans le cadre de ce processus, un rôle clé sera confié aux Représentants de l'OMS qui devront définir les besoins avec chaque Etat Membre. Puis, nous mobiliserons l'OMS entière pour exécuter les autres programmes de travail que nous définirons ensemble.

Dans chaque domaine - qu'il s'agisse par exemple du VIH/SIDA ou des efforts en vue d'une grossesse à moindre risque -, nous devons nous demander où se situe vraiment l'avantage comparatif de l'OMS. Quelles sont les fonctions que nous sommes le mieux à même de remplir ? Quelles sont les choses qu'il vaut mieux

laisser à d'autres organisations ou aux gouvernements ? Nous demander aussi quand nous pouvons faire appel à nos centres collaborateurs qui jouent un rôle crucial. Nous avons révisé les procédures de désignation et de redésignation de ces centres, qui seront soumises au Conseil exécutif en janvier prochain.

L'OMS est une organisation technique et non un grand donateur. Dans un monde toujours plus interdépendant, nous devons nous considérer comme un *catalyseur* aux niveaux national et international - nous forgeons des alliances, nous dégagons des consensus dans des contextes nombreux et différents. Ce rôle de catalyseur est au coeur même de toutes nos fonctions essentielles et ce sera un thème dominant de l'établissement de notre budget pour l'exercice 2002-2003.

Cibler notre action nous oblige à clarifier davantage nos priorités. Il faut pour cela mettre un terme à certaines de nos activités actuelles pour nous permettre d'avoir un maximum d'impact là où les besoins sont les plus grands. Je rappellerai l'exemple d'un pays qui a reçu US \$4,9 millions du budget ordinaire de l'OMS et réparti ce montant pour couvrir les dépenses de 428 activités prioritaires dans le cadre de 44 différents programmes nationaux de santé. Ce n'est pas là le meilleur moyen de créer la différence et nous devons pouvoir en tirer une leçon.

Dans trop de pays, nos ressources sont réparties entre des activités trop nombreuses et trop disparates et il n'y a guère de coordination entre les activités des Régions et du Siège. Nous sommes en train de changer cela, et j'espère que vous nous soutiendrez dans cette tâche.

A la différence des problèmes de santé, les ressources de l'OMS ne vont pas se multiplier en un tournemain. Des discussions plus explicites s'imposent avec nos Etats Membres, c'est-à-dire avec vous, pour "resserrer" notre action. Une approche plus stratégique implique une rupture avec le passé à différents égards. Il faudra se préoccuper beaucoup plus de résultats. Nous devons être en mesure de démontrer que notre contribution au développement de la santé nationale apporte des résultats concrets. Des résultats qui influencent dans un sens positif la vie des plus défavorisés.

Je tiens aussi à faire quelques remarques sur la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé concernant le budget et les travaux en cours pour y donner suite. L'Assemblée a décidé de ne pas compenser l'augmentation des coûts. En outre, nous avons été priés de réorienter des ressources de domaines moins prioritaires vers des domaines plus prioritaires.

Cela n'a pas été facile, mais je crois que nous avons trouvé une solution réaliste en évitant d'interrompre nos activités clés.

En réexaminant les options concernant l'efficacité, j'ai envisagé d'abord des mesures applicables à l'ensemble de l'OMS. Nous nous efforçons de réduire nos dépenses liées aux déplacements, et nous portons un regard critique sur ce que nous publions, et ce que nous achetons. Dans l'ensemble, j'ai arrêté à ce stade un montant pour les mesures d'efficacité qui est de l'ordre de US \$50 à 60 millions en me conformant aux demandes de l'Assemblée. Je vous demanderai d'apporter votre coopération en tant que ministres lorsqu'il faudra déterminer les fonds qui seront affectés à des domaines de santé prioritaires dans votre pays.

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

Je voudrais enfin conclure par quelques mots pour marquer mon admiration.

Nous mettons l'accent à juste titre sur les problèmes et les défis de l'Afrique. La charge de morbidité a de quoi vous intimider. Au cours des dernières décennies, le secteur social en Afrique a dû apprendre à faire plus avec moins de ressources. L'Afrique a vu davantage de fonds quitter le continent pour régler la facture des importations et le service de la dette qu'elle n'en a reçus sous forme d'aide et pour la vente de ses propres produits. Le ménage africain moyen consomme moins aujourd'hui qu'il y a 25 ans. Il faut inverser ces tendances et pour cela vous pouvez compter sur l'OMS qui sera à vos côtés.

Mais, face à l'énormité de la tâche, on a trop souvent tendance à oublier ce que l'Afrique a brillamment réussi à faire. L'Afrique a mis sur pied un remarquable système de surveillance des maladies. Elle a ouvert la voie à la maîtrise de maladies complexes comme l'onchocercose. Elle a fourni des exemples éclatants de ce que la coopération régionale et la fidélité des donateurs peuvent accomplir pour améliorer la situation sanitaire de façon spectaculaire.

Avant que l'épidémie de SIDA ne vienne si tragiquement remettre en cause les acquis de la santé après des décennies d'efforts, la mortalité infantile avait été fortement réduite dans de nombreux pays. Contre vents et marées, l'Afrique a néanmoins démontré qu'il est possible d'inverser les tendances pour améliorer la santé.

Le message que j'ai à vous transmettre aujourd'hui est le même que lors de mon périple africain en avril : il faut rendre hommage aux efforts colossaux consentis par les agents de santé dans des conditions difficiles. Sans le dévouement de toutes ces personnes courageuses, la situation sanitaire dans beaucoup de pays africains aurait été bien pire. Et beaucoup d'autres pays peuvent tirer des leçons précieuses des politiques et des pratiques de santé novatrices de l'Afrique fondées sur ses larges réseaux de participation communautaire.

Je vous remercie.

ANNEXE 10 : DISCOURS PRONONCE PAR SON EXCELLENCE SAM NUJOMA, PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE DE NAMIBIE

Monsieur le Maître des Cérémonies,
Madame le Dr Libertina Amathila, Ministre de la Santé et des Services sociaux,
Mesdames et Messieurs les Ministres des Etats Membres de l'Organisation mondiale de la Santé,
Mesdames et Messieurs les membres du Parlement,
Madame le Dr Brundtland, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé,
Monsieur le Dr Samba, Directeur régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique,
Mesdames et Messieurs les Membres du Corps diplomatique,
Monsieur le Maire de Windhoek,
Mesdames et Messieurs,

C'est pour moi un grand plaisir de m'adresser à vous ce matin. Permettez-moi de me joindre au Dr Libertina Amathila, Ministre de la Santé et des Services sociaux, pour vous souhaiter la bienvenue en République de Namibie.

Lorsque j'ai reçu l'invitation me demandant d'ouvrir cette session, je n'ai pas hésité à me libérer spécialement pour cette occasion. En effet, mon Gouvernement est très conscient des liens essentiels qui existent entre la santé et le développement et il l'a prouvé en allouant régulièrement près de 16 % de son budget opérationnel annuel à des activités sanitaires. Je suis donc particulièrement heureux que la Namibie ait été choisie pour accueillir la quarante-neuvième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, 123 jours avant l'aube du nouveau millénaire.

J'aimerais souhaiter en particulier la bienvenue en Namibie au Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé. J'ai gardé un merveilleux souvenir de la visite d'Etat que j'ai faite en Norvège en 1993, quand le Dr Brundtland était Premier Ministre de son pays. J'aimerais, Madame, que vous vous sentiez chez vous parmi vos frères et vos soeurs de Namibie et que vous bénéficiiez pleinement de leur hospitalité.

Monsieur le Maître des Cérémonie,

Cette quarante-neuvième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique se tient à un moment particulièrement difficile pour les systèmes de santé de notre continent qui se trouvent confrontés à de nombreux défis. L'Organisation

mondiale de la Santé a été créée dans le but de coordonner et de promouvoir des activités et des programmes conçus pour améliorer la situation sanitaire dans le monde entier. Il est réconfortant de noter qu'en 51 années d'existence, l'Organisation mondiale de la Santé a par son action permis de franchir des étapes décisives vers l'amélioration de la santé de millions d'individus partout dans le monde. Cela est particulièrement vrai du sud en développement.

De nombreux succès sont à porter à l'actif de l'OMS et je citerai notamment l'éradication de la variole. On peut aussi parler des nombreuses maladies potentiellement mortelles qui ont été maîtrisées dans la mesure où leur incidence et leur prévalence ont été sensiblement réduites, de même que les pertes en vies humaines qu'elles entraînaient.

Cela nous permet d'espérer que d'autres maladies, et notamment la poliomyélite, seront elles aussi éradiquées. Parmi les autres succès qu'il faudrait citer figure la diffusion d'informations sur les maladies et les épidémies afin de les prévenir et de les combattre.

Toutefois, malgré ces réalisations, la population mondiale doit encore affronter de nombreux problèmes alors qu'elle aborde le nouveau millénaire. Des infections nouvelles, notamment le VIH/SIDA, menacent de réduire à néant les acquis de ces dernières décennies. Le VIH/SIDA représente maintenant la plus grave menace pour la santé publique et le défi le plus considérable pour la médecine moderne.

Comme nous le savons tous, le virus responsable du SIDA se propage rapidement dans le monde entier mais il est important de souligner que c'est sur le continent africain que la charge de la maladie est la plus lourde. En bref, c'est l'Afrique qui est le plus durement touchée par la pandémie de SIDA.

Cette épidémie impose un lourd fardeau à nos systèmes de santé et a un impact très négatif sur notre développement socio-économique. Les éléments les plus productifs de nos populations, c'est-à-dire les jeunes, sont les plus exposés au risque de l'infection. L'épidémie a aussi des effets dévastateurs sur ce qui constitue le tissu de nos sociétés puisqu'elle menace la survie de la cellule familiale. La question que nous devons maintenant nous poser est la suivante : qu'allons-nous faire face à cette situation ?

Cette épidémie exige à n'en pas douter que soient mises en oeuvre des stratégies novatrices de prévention. Elle exige que ceux qui sont infectés ou touchés soient traités avec humanité et compassion et parmi les personnes touchées je compte les

veufs et les veuves, les orphelins et même la famille élargie. Cette épidémie exige surtout que les gouvernements et toutes les instances concernées se donnent à fond et fassent preuve de volonté politique mais elle demande aussi que des fonds soient mobilisés et alloués pour une action de lutte bien coordonnée et ciblée.

Monsieur le Maître des Cérémonies,

Nous savons tous que la Région africaine supporte une charge de morbidité disproportionnée, qu'il s'agisse des maladies transmissibles ou des maladies non transmissibles. Outre le VIH/SIDA, c'est dans cette Région que l'on trouve le plus grand nombre de cas de tuberculose, de paludisme et d'autres maladies infectieuses. Or, les moyens financiers qui sont alloués à notre continent sont hors de proportion avec la charge de morbidité qui est la sienne. C'est pourquoi je me félicite des efforts déployés par le Directeur général pour tenter de combler cet écart de façon plus systématique. J'ai également l'espoir que toutes les instances concernées, y compris les gouvernements, le secteur privé et les ONG, intensifieront leurs efforts pour redresser la situation sanitaire en Afrique. C'est en vérité une grande injustice que certaines parties du monde bénéficient de tout ce que peuvent apporter les sciences de la santé et la médecine alors que la plus grande partie de l'humanité manque des services médicaux les plus élémentaires.

Monsieur le Maître des Cérémonies,

Le Gouvernement de la République de Namibie souscrit au principe, énoncé par l'Organisation mondiale de la Santé, selon lequel la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain. La Constitution de la République de Namibie garantit ce droit fondamental. En fait, ce principe, qui est à la base même de la politique de santé de la Namibie, recouvre également les notions d'équité, d'accès à des services d'un coût abordable et de participation communautaire. A cet égard, nous nous sommes engagés à mettre en place des systèmes de santé appropriés qui soient en mesure de répondre aux besoins de notre peuple, ce qui devrait apporter une contribution positive à notre développement socio-économique .

Il est bien évident que le développement de services de santé, comme tous les autres secteurs de l'activité humaine, ne peut être assuré que dans un climat de paix et de stabilité, en l'absence de guerre et de tout autre type de conflit. Aussi est-il particulièrement inquiétant de constater que, parmi les États Membres de la Région africaine de l'Organisation mondiale de la Santé, pas moins de vingt soient impliqués dans une forme ou une autre de conflit armé.

Ces conflits entraînent des morts, des incapacités, des déplacements de populations et des destructions de biens. L'exode et la grande mobilité des réfugiés et personnes déplacées dans leur propre pays hypothèquent d'autant plus la capacité des systèmes de santé d'assurer des services de santé de qualité. Comme nous le savons tous, les situations créées par une grande mobilité de la population ainsi que par l'agitation sociale et l'insécurité peuvent aussi accroître la vulnérabilité à l'infection. Les familles sont souvent disloquées, alors même que disparaissent les filets de sécurité et structures sociales de protection qui apportent une aide à ceux qui en ont besoin. Les services de santé normaux tels que vaccination, soins prénatals et traitement des maladies sont compromis. Dans la même veine, les structures de santé, la logistique et les réseaux de communication risquent de s'écrouler, privant ainsi la population exposée des services de soins nécessaires.

Je voudrais rendre hommage à l'Organisation mondiale de la Santé qui, malgré la guerre en République démocratique du Congo, a réussi à mener la campagne de vaccination antipoliomyélitique. Je me réjouis de constater que l'on a pu ainsi atteindre 90 % de la population cible.

Cela montre que, même en période de conflit, nos médecins sont prêts à aider ceux qui doivent être soignés. Cela montre également que, pour autant que la volonté politique se maintienne et que des ressources suffisantes soient là, des percées peuvent être réalisées même dans des situations apparemment intenable.

Monsieur le Maître des Cérémonies,

L'autre question qui me préoccupe est celle des mines terrestres. Neuf ans après la fin de la lutte armée pour la libération nationale de la Namibie, certains de nos citoyens sont encore victimes d'explosions provoquées par des mines terrestres - lesquelles continuent par ailleurs à mutiler ou à tuer dans des pays touchés par la guerre d'une façon ou d'une autre. Les mines terrestres sont des ennemis invisibles qui frappent avant tout les innocents et les personnes vulnérables. Elles sèment la mort, la destruction et l'incapacité.

Afin de contribuer à l'élimination des mines terrestres en tant qu'armes de guerre, la Namibie a signé la Convention sur l'interdiction de l'utilisation, du stockage, de la production et du transfert des mines antipersonnel et sur leur destruction. Cette Convention a été ratifiée par le Parlement namibien le 21 septembre 1998 et nous avons déjà déposé les instruments nécessaires auprès de l'Organisation des Nations Unies.

Comme je l'ai dit auparavant, cette session se déroule à l'aube du nouveau millénaire et c'est donc une excellente occasion de faire le point des objectifs fixés pour l'an 2000 dans le secteur de la santé, tant pour les pays qu'au niveau international. Ce faisant, il est important de repérer nos insuffisances afin de savoir pourquoi nos programmes n'ont pas toujours donné les résultats escomptés et pourquoi nos objectifs n'ont pas toujours pu être atteints. Il est également important de faire le bilan de nos succès et d'en tirer des enseignements.

Je voudrais d'autre part souligner l'importance de l'interdépendance des nations dans la coopération internationale en vue d'améliorer la situation sanitaire dans le monde entier. Ce que nous voulons aujourd'hui c'est lancer un appel en faveur d'une action collective pour mener à bien l'entreprise que nous avons engagée afin d'améliorer le niveau de vie et l'état de santé de nos populations.

La question de l'autonomisation des femmes est tout aussi importante, vu leur rôle déterminant dans nos sociétés. Elles ne sont pas seulement mères : elles éduquent et nourrissent aussi leur famille. Ce sont elles les infirmières et les sages-femmes, en particulier dans les communautés qui manquent d'infrastructures sanitaires de base. Aussi l'autonomisation des femmes doit-elle être considérée comme

le point de départ de l'amélioration du bien-être de la famille ainsi que du développement sanitaire et socio-économique de nos sociétés.

Monsieur le Maître des Cérémonies,

Ces prochains jours, vous aurez pour tâche d'examiner de nombreuses questions de santé importantes pour la Région africaine. Vous serez appelés à exercer votre sagesse et votre intelligence collectives pour résoudre ces questions brûlantes et rechercher des solutions afin de libérer l'Afrique des graves problèmes de santé auxquels elle est confrontée. Je peux vous assurer à cet égard de l'appui sans faille de tous les Chefs d'Etat ou de Gouvernement. Au nom de tous les Chefs d'Etat ou de Gouvernement africains, je vous adresse tous mes vœux de succès dans vos travaux et espère que vos délibérations seront des plus fructueuses.

Vous vous souviendrez sans doute que les Chefs d'Etat ou de Gouvernement des pays membres de l'OUA ont adopté à Harare une Déclaration sur le paludisme. La trente-cinquième session ordinaire des Chefs d'Etat ou de Gouvernement de l'OUA qui a eu lieu à Alger du 12 au 14 juillet 1999 a d'autre part approuvé la Déclaration de Windhoek sur les femmes et le VIH/SIDA adoptée lors de la

conférence régionale de l'Organisation panafricaine des Femmes. Cela montre que les dirigeants africains s'emploient activement à trouver des solutions aux problèmes de santé de notre continent.

Nous travaillons par ailleurs sans relâche pour parvenir à un règlement pacifique des conflits et des troubles qui ont ravagé l'Afrique et plongé ses enfants dans d'indicibles souffrances. Notre but est de garantir la paix en Afrique. Nous voulons que l'Afrique soit en paix avec elle-même et avec le reste du monde. Je voudrais souligner une fois encore que c'est seulement dans un climat de paix et de stabilité sociale que l'Afrique pourra mobiliser ses énergies afin d'améliorer le niveau de vie des populations. Cela est particulièrement vrai en ce qui concerne l'amélioration et la prestation de services de santé de qualité à des populations qui ont beaucoup enduré.

Après ces quelques mots, j'ai maintenant le plaisir de déclarer officiellement ouverte la quarante-neuvième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique.

Je vous remercie.

ANNEXE 11 : ORDRE DU JOUR PROVISOIRE DE LA CINQUANTIEME SESSION DU COMITE REGIONAL

1. Ouverture de la session
2. Constitution du Sous-Comité des Désignations
3. Election du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs
4. Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC50/1)
5. Nomination des membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
6. Activités de l'OMS dans la Région africaine : 1998-1999
(document AFR/RC50/2) :
 - Rapport biennal du Directeur régional
 - Rapport d'activités sur des programmes spécifiques
 - Situation du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique
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/RC50/3)
 - 7.2 Ordres du jour de la cent-septième session du Conseil exécutif et de la Cinquante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé
(document AFR/RC50/4)
 - 7.3 Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé
(document AFR/RC50/5)
8. Rapport du Sous-Comité du Programme
 - 8.1 Projet de Budget Programme 2002-2003
 - 8.2 Politique de la santé pour tous dans la Région africaine pour le 21ème siècle
 - 8.3 Promouvoir le rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé : Stratégie de la Région africaine
 - 8.4 Santé et développement des adolescents : stratégie régionale
 - 8.5 Stratégie régionale pour les maladies non transmissibles
 - 8.6 Cadre de mise en oeuvre de la stratégie de lutte contre le VIH/SIDA/les MST dans la Région africaine
 - 8.7 Cadre de mise en oeuvre de la stratégie Faire reculer le paludisme dans la Région africaine
9. Discussions techniques : Réduire la mortalité maternelle : un défi pour la 21ème siècle

-
10. Présentation du rapport des Discussions techniques
 11. Choix du sujet des Discussions techniques de 2001
 12. Nomination du Président et du Président suppléant des Discussions techniques de 2001
 13. Décisions de procédure
 14. Dates et lieux des cinquante et unième et cinquante-deuxième sessions du Comité régional
 15. Adoption du rapport du Comité régional
 16. Clôture de la cinquantième session du Comité régional.

ANNEXE 12 : LISTE DES DOCUMENTS

Référence	Titre du document
AFR/RC49/INF/01	- Bulletin d'information
AFR/RC49/1Rév.3	- Ordre du jour
AFR/RC49/2	- Activités de l'OMS dans la Région africaine 1998 - Rapport du Directeur régional
AFR/RC49/3	- Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif
AFR/RC49/4 Rév.1	- Ordres du jour de la cent-cinquantième session du Conseil exécutif et de la Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé
AFR/RC49/5	- Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé
AFR/RC49/6	- Rapport du Sous-Comité du Programme
AFR/RC49/7	- Réforme du secteur de la santé dans la Région africaine : Situation de la mise en oeuvre et perspectives
AFR/RC49/8b Rév.1	- Politique régionale de la santé pour tous pour le XXI ^{ème} siècle
AFR/RC49/9	- Stratégie régionale de la santé mentale
AFR/RC49/10	- Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) : Plan stratégique pour 2000-2005
AFR/RC49/11	- Médicaments essentiels dans la Région africaine : Analyse de la situation et des tendances
AFR/RC49/12	- Politique de la Région africaine en matière de technologie sanitaire
AFR/RC49/13	- Examen de la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako
AFR/RC49/TD/1	- Discussions techniques : Lutte contre la maladie dans la Région africaine au XXI ^{ème} siècle
AFR/RC49/TD/2	- Directives relatives à l'organisation et à la conduite des Discussions techniques

AFR/RC49/14	-	Rapport des Discussions techniques : Lutte contre la maladie dans la Région africaine au XXI ^{ème} siècle
AFR/RC49/15	-	Choix du sujet des Discussions techniques de la cinquantième session du Comité régional en l'an 2000
AFR/RC49/16	-	Désignation du Président et du Président suppléant des discussions techniques de l'an 2000
AFR/RC49/17	-	Dates et lieux de la cinquantième et de la cinquante et unième sessions du Comité régional
AFR/RC49/18	-	Rapport du Comité régional
AFR/RC49/19	-	Ordre du jour de la réunion du Sous-Comité du Programme
AFR/RC49/INF.DOC/1	-	Mise en oeuvre du volet Santé de l'Initiative spéciale des Nations Unies pour l'Afrique (ISNUA)
AFR/RC49/Conf.Doc./1	-	Allocution de bienvenue du Dr Libertina Amathila, Ministre de la Santé et des Services sociaux de la Namibie
AFR/RC49/Conf.Doc./2	-	Allocution d'ouverture du Dr T. J. Stamps, Président de la quarante-huitième session du Comité régional
AFR/RC49/Conf.Doc./3	-	Allocution d'ouverture du Dr Ebrahim M. Samba, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique
AFR/RC49/Conf.Doc./4	-	Allocution du Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur régional de l'Organisation mondiale de la Santé
AFR/RC49/Conf.Doc./5	-	Discours prononcé par Son Excellence Sam Nujoma, Président de la République de Namibie
AFR/RC49/Conf.Doc./6	-	Allocution d'ouverture du Dr Libertina Amathila, Ministre de la Santé et des Services sociaux de la Namibie, Président de la quarante-neuvième session du Comité régional
AFR/RC49/Conf.Doc./7	-	Discours de Mme Rima Salah, Directrice régionale de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre