

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
BUREAU RÉGIONAL DE L'AFRIQUE



TRENTIÈME SESSION
DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE
TENUE A BRAZZAVILLE, RÉPUBLIQUE POPULAIRE DU CONGO
DU 17 AU 24 SEPTEMBRE 1980

RAPPORT FINAL

BRAZZAVILLE

Novembre 1980

TABLE DES MATIERES

PARTIE I

	<u>Page</u>
DECISIONS DE PROCEDURE	1
1. Constitution du Sous-Comité des Désignations	1
2. Election du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs	1
3. Composition du Sous-Comité chargé de la Vérification des Pouvoirs	1
4. Vérification des Pouvoirs	2
5. Rapport sur les réunions de Comités d'Experts régionaux	2
6. Périodicité des Assemblées de la Santé	2
7. Appui des systèmes de santé aux SSP	3
8. Participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions	3
9. Plan de visites d'étude des Etats Membres	3
10. Désignation du Président des discussions techniques pour 1981	5
11. Choix du sujet des discussions techniques pour 1982	5
12. Dates et lieux des trente et unième et trente-deuxième sessions du Comité régional	5
RESOLUTIONS	6
AFR/RC30/R1 Allocution d'ouverture du Docteur Comlan A. A. Quenum à la trentième session du Comité régional de l'Afrique	6
AFR/RC30/R2 Déclaration du Docteur H. Mahler, Directeur général de l'OMS, à la trentième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique	6
AFR/RC30/R3 Programme spécial de coopération avec la République de Guinée équatoriale	7
AFR/RC30/R4 Rapport du Directeur régional	8
AFR/RC30/R5 Développement et coordination de la recherche biomédicale et sur les services de santé	9
AFR/RC30/R6 Incidence régionale des ordres du jour provisoires des organes délibérants	10
AFR/RC30/R7 Remboursement des frais de voyage aux représentants des Etats Membres assistant au Comité régional	11
AFR/RC30/R8 Étude des structures de l'Organisation eu égard à ses fonctions	12

	<u>Page</u>
AFR/RC30/R9 Stratégie régionale pour atteindre l'objectif social de la santé pour tous en l'an 2000	12
AFR/RC30/R10 Septième Programme général de Travail pour une période déterminée (1984-1989)	14
AFR/RC30/R11 Projet de Budget Programme 1982-1983	14
AFR/RC30/R12 Mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par les organes délibérants	15
AFR/RC30/R13 Signification de la coopération technique à l'OMS	16
AFR/RC30/R14 Lutte de libération et développement sanitaire en Afrique australe	17
AFR/RC30/R15 Coopération technique entre pays en développement (CTPD)	18
AFR/RC30/R16 Rapport du Sous-Comité du Programme	19
AFR/RC30/R17 Lutte contre le paludisme	20
AFR/RC30/R18 Programme d'action pour la prévention de la cécité avec accent sur la CTPD et les SSP	22
AFR/RC30/R19 Programme spécial de coopération avec la République du Tchad	23/24

PARTIE II

	<u>Paragraphes</u>
SEANCE D'OUVERTURE	1 - 4
ORGANISATION DU TRAVAIL	5 - 9
ACTIVITES DE L'OMS EN 1979	10 - 38
Engagement politique et stratégie nationale	20 - 21
Soins de santé primaires	22 - 28
Coopération technique entre pays en développement	29
Processus et mécanismes gestionnaires	30 - 32
Directives	33 - 38
RAPPORT SUR LES REUNIONS D'EXPERTS REGIONAUX	39 - 43
Sciences de la communication pour la promotion de la santé	40
Santé des travailleurs	41 - 43
DEVELOPPEMENT ET COORDINATION DE LA RECHERCHE	44 - 51
INCIDENCE REGIONALE DES ORDRES DU JOUR PROVISOIRES DES ORGANES DELIBERANTS	52 - 53
MODALITES DE MISE EN OEUVRE DES RESOLUTIONS D'INTERET REGIONAL ADOPTEES PAR L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE ET LE CONSEIL EXECUTIF	54 - 102

	<u>Paragraphe</u> s
IMPLICATIONS PROGRAMMATIQUES DE LA COOPERATION TECHNIQUE	103 - 110
APPUI DES SYSTEMES DE SANTE AUX SSP	111 - 115
PROJET DE BUDGET PROGRAMME 1982-1983	116 - 121
STRATEGIE REGIONALE POUR ATTEINDRE L'OBJECTIF SOCIAL DE LA SANTE POUR TOUS EN L'AN 2000	122 - 124
SEPTIEME PROGRAMME GENERAL DE TRAVAIL POUR UNE PERIODE DETERMINEE (1984-1989)	125 - 129
RAPPORT DU COMITE PERMANENT DE LA COOPERATION TECHNIQUE ENTRE PAYS EN DEVELOPPEMENT (CTPD)	130 - 135
RAPPORT SUR LA PARTICIPATION DES MEMBRES DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME AUX REUNIONS PROGRAMMATIQUES ET PLAN DE VISITES D'ETUDE DANS LES ETATS MEMBRES ...	136 - 140
SURVEILLANCE DE L'APPLICATION DE LA POLITIQUE ET DE LA STRATEGIE EN MATIERE DE BUDGET PROGRAMME	141 - 147
STRATEGIE DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME	148 - 152
RAPPORT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES 1980 : "SYSTEMES D'INFORMATION POUR LA GESTION DES PROGRAMMES SANITAIRES NATIONAUX"	153 - 158
DESIGNATION DU PRESIDENT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES POUR 1981	159 - 160
CHOIX DU SUJET DES DISCUSSIONS TECHNIQUES POUR 1982	161 - 163
DATES ET LIEUX DES TRENTE ET UNIEME ET TRENTE-DEUXIEME SESSIONS DU COMITE REGIONAL	164 - 168
ALLOCUTIONS D'INTERET PROGRAMMATIQUE	169 - 171
CONCLUSIONS	172 - 176
Mouvements de Libération nationale reconnus par l'OUA	173
Programmes de coopération	174
Corrélation entre les travaux des organes délibérants	175
Sous-Comité du Programme	176
CLOTURE DE LA SESSION	177 - 180

ANNEXES

	<u>Page</u>
1. Allocution d'ouverture prononcée par le Docteur Comlan A. A. Quenum, Directeur régional de l'OMS	57
2. Déclaration du Docteur H. Mahler, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé	70

	<u>Page</u>
3. Allocution du Dr F. E. Vaz, Vice-Ministre de la Santé de la République populaire du Mozambique, Vice-Président de la vingt-neuvième session	84
4. Allocution du Colonel Louis Sylvain-Goma, Membre du Bureau Politique, Premier Ministre, Chef du Gouvernement de la République populaire du Congo	87
5. Ordre du jour	89
6. Liste des participants	91
7. Liste des documents	112
8. Trente et unième session, Accra, septembre 1981 : Ordre du jour provisoire	114
9. Rapport du Sous-Comité du Programme	116
9a. Sous-Comité du Programme : Rapport de la réunion du 24 septembre 1980..	135
10. Systèmes d'information pour la gestion des programmes sanitaires nationaux : Rapport des discussions techniques	139

PARTIE I

DECISIONS DE PROCEDURE

1. Constitution du Sous-Comité des Désignations

Le Comité régional nomme un Sous-Comité des Désignations comprenant les représentants des 12 Etats Membres suivants : Angola, Congo, Gambie, Ghana, Côte d'Ivoire, Kenya, Lesotho, Madagascar, Rwanda, Sao Tomé et Principe, Togo, Zimbabwe.

Première séance, 17 septembre 1980
(AFR/RC30/WP/1)

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

Le Comité régional, après examen du rapport du Sous-Comité des Désignations, élit par acclamation :

Président : Hon. M. C. Jallow (Gambie)

Vice-Présidents : Dr A. Mendes de Carvalho (Angola)
Dr H. S. M. Ushewokunze (Zimbabwe)

Rapporteurs : Dr Mamadou Kpoussa (République centrafricaine)
Dr Z. M. Dlamini (Souaziland)
Dr A. Soares Marques de Lima (Sao Tomé et Principe)

Rapporteurs pour les discussions techniques :

Dr A. D. Pina (Cap-Vert)
Dr A. Habimana (Rwanda)
Dr P. S. Ngakane (Lesotho)

Conformément à l'Article 13 du Règlement intérieur, il est décidé par tirage au sort que le Dr A. Mendes de Carvalho sera le Premier Vice-Président, appelé à remplacer le Président en cas de besoin.

Première séance, 17 septembre 1980
(AFR/RC30/WP/1)

3. Composition du Sous-Comité chargé de la Vérification des Pouvoirs

Le Comité régional désigne un Sous-Comité chargé de la Vérification des Pouvoirs comprenant les représentants des 12 Etats Membres suivants : Bénin, Botswana, Comores, Guinée équatoriale, Gabon, Libéria, Mali, Mozambique, Niger, Nigéria, République unie de Tanzanie et Zambie.

Première séance, 17 septembre 1980
(AFR/RC30/SCC/1)

4. Vérification des Pouvoirs

Le Comité régional, sur proposition du Sous-Comité chargé de la Vérification des Pouvoirs, reconnaît la validité des pouvoirs présentés par les représentants des Etats Membres suivants : Angola, Bénin, Botswana, Burundi, Cap-Vert, République centrafricaine, Tchad, Comores, Congo, Guinée équatoriale, Ethiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Côte d'Ivoire, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Niger, Nigéria, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Seychelles, Souaziland, Togo, Ouganda, République unie du Cameroun, République unie de Tanzanie, Haute-Volta, Zaïre, Zambie et Zimbabwe.

Troisième séance, 19 septembre 1980
(AFR/RC30/SCC/2)

5. Rapport sur les réunions de Comités d'Experts régionaux

Le Comité régional a pris acte du rapport du Directeur régional¹ sur les réunions suivantes :

- Réunion d'Experts régionaux sur les Sciences de la Communication pour la Promotion de la Santé, et
- Réunion d'Experts régionaux sur la Santé des Travailleurs.

Le Comité remercie les membres des tableaux d'experts régionaux qui ont participé à ces réunions. Il demande au Directeur régional de poursuivre la mise en oeuvre de leurs recommandations, compte tenu des observations formulées par sa trentième session.

Deuxième séance, 18 septembre 1980

6. Périodicité des Assemblées de la Santé

Le Comité régional a examiné, conformément à la résolution WHA33.19, les conséquences que pourrait entraîner la tenue biennale des Assemblées de la Santé. Il prie le Directeur régional de transmettre au Directeur général, à l'intention du Conseil exécutif, les résultats de cet examen.

Conséquences techniques : Diverses délégations jugent peu opportun d'adopter le rythme biennal à un moment où sont formulés la stratégie de la santé pour tous et le Septième PGT.

¹ Document AFR/RC30/12.

Conséquences gestionnelles : Dans l'hypothèse où le rythme biennal serait adopté :

- i) un mécanisme devrait être trouvé pour resserrer les liens entre le Comité et le Conseil exécutif, qui resteraient seuls à se réunir à un rythme annuel;
- ii) certains représentants ne sont pas convaincus de la nécessité d'allonger la durée du Comité régional; dans l'hypothèse où il s'avérerait nécessaire d'étendre de huit à dix jours la durée des sessions du Comité pour faire face à un ordre du jour plus chargé, le coût de cette prorogation peut être chiffré comme suit :

	<u>US \$</u>
- 1981 - Accra	: 6 300
- 1982 - Libreville	: 7 080
- 1983 - Brazzaville	: 6 860

Troisième séance, 19 septembre 1980

7. Appui des systèmes de santé aux SSP

Le Comité prie le Directeur régional de transmettre au Directeur général le document AFR/RC30/17 et le chapitre de son rapport final intitulé "Appui des systèmes de santé aux SSP". Ceci constituera la contribution régionale aux discussions techniques à la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé.

Cinquième séance, 22 septembre 1980

8. Participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions

Le Comité régional invite les membres du Sous-Comité du Programme participant à une même réunion d'intérêt programmatique à présenter un rapport conjoint soulignant notamment les répercussions des conclusions et recommandations sur le programme régional.

Cinquième séance, 22 septembre 1980

9. Plan de visites d'étude des Etats Membres

Le Comité régional adopte le principe de visite par deux responsables de chaque pays d'une Sous-Région CTPD dans deux pays situés dans les autres Sous-Régions. Il approuve le plan quinquennal de visites (1980-1985) tel qu'indiqué au Tableau ci-après. Il invite le Directeur régional à appliquer ce plan avec toute la souplesse requise.

PLAN DE VISITE ENTRE PAYS

Année	Pays "Visiteur"	Pays à visiter
1980/81	Bénin, Cap-Vert, Gambie	Burundi, Angola, Guinée équatoriale, Sao Tomé et Príncipe, Kenya, Souaziland
	Burundi, Congo	Mali, Comores, Mauritanie, Angola
	Angola, Botswana, Comores Lesotho	Guinée-Bissau, Tchad, Gambie, Kenya, Cap-Vert, Burundi, Libéria, Ouganda
1981/82	Ghana, Guinée, Guinée-Bissau	Cameroun, Tanzanie, Congo, Mozambique, Gabon, Angola
	Tchad, Rép. centrafricaine, Guinée équatoriale	Haute-Volta, Madagascar, Niger, Maurice, Guinée-Bissau, Seychelles
	Madagascar, Malawi, Maurice	Sénégal, Zaïre, Nigéria, Kenya, Sierra Leone, Gabon
1982/83	Côte d'Ivoire, Libéria, Mali	Cameroun, Seychelles, Ethiopie, Botswana, République centrafricaine, Madagascar
	Ethiopie, Gabon	Guinée, Zimbabwe, Bénin, Maurice
	Mozambique, Namibie, Réunion, Sao Tomé	Guinée, Congo, Togo, Rwanda
1983/84	Mauritanie, Niger, Nigéria	Tchad, Zaïre, Ethiopie, Tanzanie
	Kenya, Rwanda, St Hélène	Nigéria, Malawi, Côte d'Ivoire, Madagascar
	Seychelles, Souaziland, Tanzanie	Cap-Vert, Nigéria, Gambie, Kenya, Ghana, Ethiopie
1984/85	Sénégal, Sierra Leone, Togo, Haute-Volta	Rwanda, Maurice, Cameroun, Lesotho, Congo, Comores, Rép. centrafricaine, Mozambique
	Cameroun, Ouganda, Zaïre	Sénégal, Zambie, Ghana, Côte d'Ivoire, Mozambique
	Zambie, Zimbabwe	Libéria, Ouganda, Ghana

10. Désignation du Président des discussions techniques pour 1981

Le Comité désigne le Dr Jagdis Chundur Mohith de Maurice comme Président des discussions techniques de la trente et unième session qui auront pour thème : "Le rôle des programmes ayant 1990 comme horizon pour atteindre l'objectif de la santé pour tous d'ici à l'an 2000".

Sixième séance, 23 septembre 1980

11. Choix du sujet des discussions techniques pour 1982

Le Comité choisit le sujet des discussions techniques suivant pour sa trente-deuxième session : "Mobilisation des collectivités en vue du développement sanitaire : approche et contraintes".

Sixième séance, 23 septembre 1980

12. Dates et lieux des trente et unième et trente-deuxième sessions du Comité régional

Le Comité décide de tenir sa trente et unième session à Accra (Ghana) en septembre 1981, et sa trente-deuxième session à Libreville (Gabon), en septembre 1982. La trente-troisième session se tiendra au Siège régional à Brazzaville en 1983. Il prend note de l'aimable invitation de l'Angola et de la Zambie pour 1984 et 1985.

Sixième séance, 23 septembre 1980

RESOLUTIONS

AFR/RC30/R1 Allocution d'ouverture du Docteur Comlan A. A. Quenum à la trentième session du Comité régional de l'Afrique

Le Comité régional,

Considérant la grande portée politique des options en matière de programme sanitaire mises en relief, notamment du paragraphe 9 au paragraphe 26 de l'allocution du Docteur Comlan A. A. Quenum lors de la séance inaugurale de la trentième session du Comité régional pour l'Afrique;

Considérant que cette allocution constitue un véritable manifeste qui doit inspirer et orienter la politique régionale et notamment le choix des actions indispensables pour réaliser l'objectif "La santé pour tous d'ici à l'an 2000";

Considérant la contribution que cette allocution apporte à la politique de l'OMS en matière de développement sanitaire des Etats Membres en général et des Etats de la Région en particulier,

1. ADOPTE l'allocution du Directeur régional comme document de base pour les travaux de la trentième session du Comité régional;
2. DEMANDE au Bureau régional de lui assurer une très large diffusion au niveau des Etats et Gouvernements de la Région;
3. FELICITE le Directeur régional de la qualité et de l'efficacité du travail qu'accomplit le Bureau régional pour mettre en oeuvre le programme de développement sanitaire intégral des Etats de la Région conformément aux directives données par les organes délibérants;
4. ASSURE le Directeur régional de son soutien dans la poursuite courageuse de l'action entreprise par le Bureau régional en vue d'instaurer "la santé pour tous d'ici à l'an 2000".

Sixième séance, 23 septembre 1980

AFR/RC30/R2 Déclaration du Docteur H. Mahler, Directeur général de l'OMS, à la trentième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique¹

Le Comité régional,

Ayant pris connaissance de la Déclaration du Directeur général à la trentième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique sur le thème : "Faites pleinement usage de votre OMS",¹

¹ Document AFR/RC30/11 Add.1.

1. FELICITE le Directeur général pour cette importante Déclaration;
2. CONSTATE avec satisfaction les efforts du Directeur général dans la recherche des voies et moyens pour soutenir l'action des Etats Membres dans le développement des soins de santé primaires en vue de la santé pour tous d'ici à l'an 2000;
3. INVITE les Etats Membres à élaborer des stratégies capables de faire accéder leurs peuples à un niveau de santé acceptable d'ici à l'an 2000;
4. PRIE le Directeur régional de transmettre au Directeur général la présente résolution.

Sixième séance, 23 septembre 1980

AFR/RC30/R3 Programme spécial de coopération avec la République de Guinée équatoriale

Le Comité régional,

Considérant la gravité de la situation sanitaire qui prévaut actuellement en République de Guinée équatoriale;

Notant les pertes tragiques en vies humaines, les dégâts matériels et la destruction de l'infrastructure sanitaire;

Affirmant en conséquence qu'une aide sanitaire d'urgence s'impose,

1. PREND note des requêtes, techniquement justifiées, faites par la République de Guinée équatoriale;
2. DECIDE de créer un Programme spécial de coopération avec la Guinée équatoriale;
3. INVITE les Etats Membres à apporter, dans le cadre de la CTPD et de la solidarité africaine, tout leur appui moral, technique, financier et matériel à ce programme;
4. PRIE le Directeur régional de :
 - i) étudier, en étroite collaboration avec le Sous-Comité du Programme, les possibilités de financer les requêtes de la République de Guinée équatoriale;
 - ii) utiliser les crédits des Programmes de Développement du Directeur régional et du Directeur général pour satisfaire aux requêtes les plus urgentes;
 - iii) transmettre la présente résolution au Directeur général pour soumission au Conseil exécutif et à l'Assemblée mondiale de la Santé;

5. PRIE le Directeur général de tout mettre en oeuvre pour :
- i) dégager les fonds nécessaires au financement du Programme spécial de coopération avec la République de Guinée équatoriale;
 - ii) rechercher, à cet effet, les contributions des banques de développement et des sources de financement bilatérales et multilatérales.

Sixième séance, 23 septembre 1980

AFR/RC30/R4 Rapport du Directeur régional

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport succinct du Directeur régional pour l'année 1979;¹

Notant que sa présentation est conforme aux directives données par le Comité lors de sa vingt-cinquième session,² et aux termes de la résolution WHA33.17,

1. FELICITE le Directeur régional pour la précision et la concision de son rapport;
2. INVITE les Etats Membres à :
 - i) signer la Charte de Développement sanitaire de la Région africaine au cas où ils ne l'auraient pas encore fait;
 - ii) renforcer l'ensemble de leurs processus gestionnaires pour le développement sanitaire;
 - iii) renforcer la surveillance épidémiologique et la lutte contre les principales maladies transmissibles;
 - iv) promouvoir les activités intéressant la santé des travailleurs et l'éducation pour la santé;
 - v) donner au Directeur régional, après étude de son rapport d'activités, les directives nécessaires à l'orientation du programme;
 - vi) envoyer au Directeur régional des contributions claires, précises et concises sur le déroulement de leurs programmes sanitaires pour inclusion dans le rapport biennal, et ce en utilisant autant que possible le canevas proposé;³
 - vii) intégrer la santé bucco-dentaire dans leurs programmes SSP;

¹ Document AFR/RC30/11.

² Résolution AFR/RC25/R2.

³ Document AFR/RC30/11 Add.2.

3. PRIE le Directeur régional de :
- i) promouvoir les processus et mécanismes gestionnaires, notamment la programmation sanitaire par pays, l'évaluation et les systèmes d'information;
 - ii) poursuivre l'expérience des Coordonnateurs nationaux, et coopérer avec les pays afin d'améliorer leur efficacité;
 - iii) tenir les pays de la Région informés des résultats de la lutte contre l'onchocercose menée dans les Bassins des Volta et du Fleuve Sénégal;
 - iv) accorder une priorité élevée à la formation, dans la Région, d'épidémiologistes de différents niveaux;
 - v) organiser une conférence sur le thème "Apartheid et la santé".

Sixième séance, 23 septembre 1980

AFR/RC30/R5 Développement et coordination de la recherche biomédicale et sur les services de santé

Le Comité régional,

Ayant pris connaissance du rapport de la Quatrième Réunion du Comité consultatif africain de la Recherche médicale (CCARM);¹

Après étude du rapport du Directeur régional,²

1. RAPPELLE aux Etats Membres et au Secrétariat de l'OMS les dispositifs des résolutions WHA32.15, AFR/RC29/R5, AFR/RC29/R6 et WHA33.25 qui doivent guider le Programme régional de Recherche;
2. APPROUVE le rapport du CCARM/4 complété par le rapport du Directeur régional concernant la mise en oeuvre de ses recommandations;
3. FELICITE les représentants de Madagascar et du Libéria pour les résultats obtenus au cours de leur mandat auprès des organes directeurs du Programme de Formation et de Recherche concernant les Maladies tropicales (TDR);
4. DESIGNE le Nigéria pour représenter les gouvernements contributeurs et le Malawi et le Mali pour représenter la Région auprès du programme TDR pendant une période de trois ans;

¹ Document AFR/MR/9.

² Document AFR/RC30/13.

5. INVITE les Etats Membres à :

- i) se rappeler l'intérêt que présente leur participation au Compte spécial africain pour la Recherche médicale du Fonds bénévole pour la Promotion de la Santé;¹
- ii) établir des structures d'accueil et des plans de carrière pour les chercheurs, y compris pour ceux en formation;
- iii) renforcer ou créer des comités nationaux consultatifs pour la recherche en leur fixant comme priorité les recherches appliquées visant à satisfaire les besoins fondamentaux des collectivités;
- iv) collaborer avec les autres Etats Membres dans le cadre de la CTPD pour développer leurs programmes nationaux de recherche et éviter ainsi les doubles emplois;
- v) tenir le Directeur régional régulièrement informé des activités de recherche, des possibilités offertes à la formation de chercheurs et des noms des nationaux disponibles pour servir comme experts régionaux;

6. INVITE le Directeur régional à :

- i) poursuivre les efforts pour promouvoir le Programme régional de Recherche, en recourant, dans toute la mesure du possible, aux experts et institutions de la Région et aux mécanismes de la CTPD;
- ii) développer les échanges de chercheurs, d'enseignants et d'informations entre les institutions régionales et celles des autres Régions;
- iii) mettre en place un Index Medicus africain en utilisant les ressources de la Région et les sources extrabudgétaires, y compris celles des programmes spéciaux;

7. INVITE le Directeur général à prendre les mesures propres à susciter les contributions au Compte spécial africain pour la Recherche médicale par l'ensemble des pays de la communauté internationale.

Troisième séance, 19 septembre 1980

AFR/RC30/R6 Incidence régionale des ordres du jour provisoires des organes délibérants

Le Comité régional,

Ayant pris connaissance des ordres du jour provisoires de la soixante-septième session du Conseil exécutif et de la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé;

¹ Résolution AFR/RC25/R6.

Rappelant l'Article 50 de la Constitution et les résolutions WHA33.17 et WHA33.19 concernant l'étude des structures de l'OMS eu égard à ses fonctions,

1. FELICITE le Directeur général et les Directeurs régionaux de l'heureuse initiative prise pour coordonner les ordres du jour des organes délibérants aux niveaux mondial et régional, et
2. RECOMMANDE le maintien de cette procédure;
3. CONSTATE avec satisfaction que diverses mesures ont conduit au renforcement progressif de son rôle comme forum régional de décisions politiques en matière de politique de développement sanitaire;
4. INVITE les Etats Membres à refléter cette coordination sur le plan national, notamment en ce qui concerne leur représentation aux divers organes délibérants;
5. PRIE le Directeur régional de transmettre au Directeur général cette résolution accompagnée de son rapport et de ses commentaires.

Troisième séance, 19 septembre 1980

AFR/RC30/R7 Remboursement des frais de voyage aux représentants des Etats Membres assistant au Comité régional

Le Comité régional,

Ayant pris note de la résolution EB65.R2;

Après avoir examiné les répercussions budgétaires du remboursement des frais de voyage aux représentants assistant aux sessions du Comité régional,

1. REAFFIRME l'importance de la pleine participation des Etats Membres aux travaux des sessions du Comité régional conformément à la résolution WHA33.17;
2. RECOMMANDE le remboursement des frais de voyage à raison d'un représentant pour chaque Etat Membre assistant aux sessions du Comité régional et à l'exception des frais de séjour;
3. INVITE les Etats Membres à faire des efforts accrus pour renforcer leurs représentations afin que leur participation au Comité régional puisse être la plus active possible;
4. PRIE le Directeur régional, conformément au paragraphe 2 du dispositif de la résolution EB65.R2, de transmettre cette résolution au Directeur général;
5. INVITE le Directeur général à soumettre ces recommandations à l'examen du Conseil exécutif lors de sa soixante-septième session en janvier 1981.

Troisième séance, 19 septembre 1980

AFR/RC30/R8 Etude des structures de l'Organisation eu égard à ses fonctions

Le Comité régional,

Ayant analysé de façon approfondie les implications de la résolution WHA33.17 et de la résolution 34/58 de l'Assemblée générale des Nations Unies;

Se référant à la résolution AFR/RC29/R7 par laquelle la vingt-neuvième session a reconnu la pertinence des structures du Bureau régional,¹

1. DECIDE la mise en oeuvre sans délai du dispositif de la résolution WHA33.17, notamment les paragraphes 2, 3, 5 et 6 intéressant les Etats Membres, le Comité régional et le Directeur régional;
2. INVITE le Directeur régional à prendre, de concert avec le Sous-Comité du Programme et le Directeur général, les mesures appropriées afin que l'étude des structures de l'OMS eu égard à ses fonctions permette à tous les Etats Membres d'atteindre l'objectif social "Santé pour tous en l'an 2000";
3. PRIE le Directeur régional de tenir le Comité régional informé, par l'intermédiaire des rapports périodiques, de l'évolution des structures du Bureau régional eu égard à ses fonctions.

Troisième séance, 19 septembre 1980

AFR/RC30/R9 Stratégie régionale pour atteindre l'objectif social de la santé pour tous en l'an 2000

Le Comité régional,

Considérant la résolution AFR/RC29/R16;

Ayant noté que près de la moitié des Etats Membres a signé la Charte de Développement sanitaire de la Région africaine d'ici à l'an 2000;

Notant que la plupart des pays de la Région ont formulé leurs stratégies nationales de développement ou ont envoyé au Bureau régional des éléments pertinents;

Faisant siennes les réponses apportées par le Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS) aux questions de fond telles que reflétées dans le texte,

1. APPROUVE la stratégie régionale pour atteindre l'objectif social de la santé pour tous en l'an 2000;²

¹ Document AFR/RC29/8.

² Document AFR/RC30/3.

2. FELICITE les Etats Membres pour avoir formulé des stratégies nationales réalistes, le CCADS et le Directeur régional pour le travail de synthèse effectué;
3. INVITE les Etats Membres à :
- i) signer, s'ils ne l'ont pas encore fait, la Charte de Développement sanitaire de la Région africaine;
 - ii) formuler des plans d'action nationaux détaillés en mettant l'accent sur les soins de santé primaires (SSP), les mécanismes de gestion, ainsi que sur la réorientation des systèmes de santé pour appuyer les SSP;
 - iii) mettre en oeuvre leurs stratégies nationales avec l'appui de l'OMS, de l'OUA, des organisations et institutions du système des Nations Unies et des autres sources extérieures de financement;
 - iv) prendre les mesures appropriées pour inscrire l'objectif de la santé pour tous d'ici à l'an 2000 à l'une des prochaines Réunions au Sommet de l'OUA;
4. PRIE le Directeur régional de :
- i) envoyer le document AFR/RC30/3 au Directeur général, comme contribution régionale à la stratégie mondiale;
 - ii) mettre en place les mécanismes pour évaluer, tous les deux ans, l'avancement des travaux et, tous les six ans, leur impact, conformément aux méthodes d'évaluation mises au point par l'OMS et acceptées par les organes délibérants;
 - iii) mettre en oeuvre la stratégie régionale;
 - iv) communiquer au Secrétaire général de l'OUA et au Secrétaire exécutif de la CEA cette stratégie;
 - v) inviter le Secrétaire général de l'OUA à inscrire le thème de la santé pour tous d'ici à l'an 2000 à une prochaine Réunion au Sommet de l'OUA, en s'appuyant sur la Charte et sur la stratégie régionale de développement sanitaire;
 - vi) assumer, en collaboration avec le Directeur général, le rôle constitutionnel dans la coopération sanitaire internationale en collaborant avec les Etats Membres à la recherche de sources extrabudgétaires de financement pour la mise en oeuvre des stratégies régionale et nationales.

AFR/RC30/R10 Septième Programme général de Travail pour une période déterminée (1984-1989)

Le Comité régional,

Considérant la résolution AFR/RC29/R13;

Ayant pris acte des éléments réunis pour la préparation du Septième Programme général de Travail (PGT.7);¹

Considérant l'importance du PGT.7 comme étape essentielle pour atteindre l'objectif de la santé pour tous d'ici à l'an 2000;

Considérant le caractère approprié des réponses apportées dans le document AFR/RC30/4 aux questions de fond posées au Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS),

1. APPROUVE le document AFR/RC30/4;

2. PRIE le Directeur régional de transmettre au Directeur général le document AFR/RC30/4 comme contribution régionale à la préparation du PGT.7;

3. INVITE le Directeur général à :

i) considérer la préparation d'un seul document PGT.7 pour l'ensemble de l'Organisation;

ii) utiliser pour le PGT.7 la nouvelle structure triangulaire proposée pour les programmes de l'OMS² en changeant le titre "Programme de technologie sanitaire" en "Programme de science et de technologie sanitaires".

Cinquième séance, 22 septembre 1980

AFR/RC30/R11 Projet de Budget Programme 1982-1983

Le Comité régional,

Après étude approfondie du rapport présenté par le Sous-Comité chargé du Projet de Budget Programme 1982-1983;³

Notant avec satisfaction que le budget programme a été établi en collaboration étroite et continue avec les Etats Membres;

¹ Document AFR/RC30/4.

² Document DGO/80.4.

³ Document AFR/RC30/2.

Constatant que ce budget programme est le dernier à avoir été préparé dans le cadre du Sixième Programme général de Travail (PGT) pour la période 1978-1983 et le premier à avoir été élaboré après la Conférence d'Alma-Ata sur les Soins de Santé primaires (SSP);

Notant que, suite à l'adoption du portugais comme troisième langue de travail dans la Région,¹ pour la première fois, ce document est publié en trois volumes (français, anglais et portugais);

Soulignant le fait que le Budget Programme 1982-1983 s'articule essentiellement sur les soins de santé primaires dont les huit composantes se voient accorder une priorité élevée;

Convaincu que les activités ont été largement axées sur l'objectif essentiel de la santé pour tous d'ici à l'an 2000,

1. SOULIGNE que l'étude détaillée du Sous-Comité du Programme facilite les travaux et les décisions du Comité régional;
2. SOUSCRIT aux conclusions et recommandations du Sous-Comité relatives au Projet de Budget Programme pour 1982-1983;
3. PREND acte de l'utilité du Programme du Directeur régional pour le Développement lors de la mise en oeuvre de nouveaux programmes, et en particulier pour le Zimbabwe lors de son accession à l'indépendance;
4. FELICITE le Directeur régional et tout le personnel du Bureau régional de l'exactitude et de la rationalité dont ils ont fait preuve dans la présentation du Budget Programme pour 1982-1983;
5. PRIE le Directeur régional de transmettre les propositions pour 1982-1983 au Directeur général pour examen et inclusion dans le Projet de Budget Programme de l'Organisation pour 1982-1983.

Cinquième séance, 22 septembre 1980

AFR/RC30/R12 Mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par les organes délibérants

Le Comité régional,

Après étude des propositions du Directeur régional concernant la mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par la Trente-Troisième Assemblée mondiale de la Santé et la soixante-cinquième session du Conseil exécutif,²

¹ Résolutions AFR/RC28/R13 et WHA32.5.

² Document AFR/RC30/15.

1. CONSTATE que la nouvelle présentation facilite la discussion et permet de mieux cerner les directives nécessaires pour orienter le programme régional;
2. FELICITE le Directeur régional de cette heureuse initiative;
3. FAIT SIENNES les propositions du Directeur régional;
4. INVITE les Etats Membres et le Directeur régional à les mettre en oeuvre;
5. PRIE le Directeur régional de lui rendre compte des mesures prises, pour l'exécution du plan d'action dans ses rapports biennaux d'activités.

Cinquième séance, 22 septembre 1980

AFR/RC30/R13 Signification de la coopération technique à l'OMS

Le Comité régional,

Après avoir étudié le document DGO/80.3 et le rapport du Directeur régional¹ y afférent,

1. APPROUVE le contenu de ces documents;
2. CONFIRME la définition de la coopération technique formulée en 1977, au cours de la cinquante-neuvième session² du Conseil exécutif;
3. NOTE avec intérêt et satisfaction la réorientation déterminée et irréversible des activités de l'OMS dans la Région vers la coopération technique;
4. SE FELICITE du rôle d'avant-garde joué par la Région africaine dans ce domaine;
5. INVITE les Etats Membres à utiliser l'approche de la programmation sanitaire par pays comme base de leur processus gestionnaire en vue de faciliter l'insertion de la coopération technique bilatérale, multilatérale et internationale dans les programmes nationaux de développement;
6. DEMANDE au Directeur régional de développer les mécanismes de concertation, de dialogue et de réflexion entre les pays de la Région et les pays des autres Régions et renforcer ainsi la coopération technique en vue d'instaurer la santé pour tous d'ici à l'an 2000;
7. PRIE le Directeur régional d'inclure dans les rapports biennaux sur les activités de l'OMS dans la Région toutes les informations concernant les progrès accomplis dans le domaine de la coopération technique;

¹ Document AFR/RC30/16.

² OMS, Actes officiels, No 238, 1977, Partie II, pp. 118-128 et 171-234.

8. INVITE le Directeur régional et le Directeur général à revoir et à tenir compte du concept de la coopération technique telle que définie par le Conseil exécutif en 1977 lors de la révision des structures de l'OMS eu égard à ses fonctions.

Cinquième séance, 22 septembre 1980

AFR/RC30/R14 Lutte de libération et développement sanitaire en Afrique australe

Le Comité régional,

Se référant à la résolution AFR/RC29/R8 concernant la santé et les luttes de libération en Afrique;

Ayant examiné le rapport du Directeur régional sur les mesures prises pour l'application des résolutions WHA33.33 "Aide aux Etats de la Ligne de Front" et WHA33.34 "Assistance à la République du Zimbabwe";

Tenant compte du paragraphe 3 (1) du dispositif de la résolution WHA33.17 "Etude des structures de l'Organisation eu égard à ses fonctions";

Notant les remarques du Directeur régional dans son allocution d'ouverture sur les interrelations étroites entre l'indépendance politique et la santé pour tous d'ici à l'an 2000;

Conscient du fait que la santé d'ici à l'an 2000 serait incomplète et irréalisable sans la liberté nationale des populations de Namibie et d'Afrique du Sud;

Considérant que la libération nationale est un préalable à la mise en place des soins de santé primaires;

Conscient du fait que la pression accrue de la communauté internationale sur l'Afrique du Sud se traduira par une oppression plus sévère des populations de l'Afrique du Sud et de la Namibie, par des attaques plus violentes contre les pays de première ligne, le Souaziland et le Lesotho,

RECOMMANDE à la soixante-septième session du Conseil exécutif d'adopter la résolution suivante :

"Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport du Directeur régional sur des questions intéressant le Comité de l'Afrique qui retiennent l'attention particulière du Conseil;

Se référant aux résolutions WHA33.33 et WHA33.34 concernant la collaboration avec le système des Nations Unies : Coopération avec les Etats ayant récemment accédé à l'indépendance et avec les Etats en voie d'y accéder en Afrique : lutte de libération en Afrique australe;

Notant avec satisfaction les mesures prises par le Directeur général et le Directeur régional pour la mise en application des résolutions précitées,

1. INVITE la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé à poursuivre son inappréciable soutien aux Mouvements de Libération nationale reconnus par l'OUA, aux Etats de la Ligne de Front, ainsi qu'au Souaziland et au Lesotho, victimes des agressions répétées et du chantage économique du régime raciste de l'Afrique du Sud;

2. PRIE le Directeur général de :

- i) poursuivre la coopération dans le domaine de la santé avec les Mouvements de Libération nationale reconnus par l'OUA et les Etats susmentionnés, en collaboration avec l'Organisation des Nations Unies, les institutions spécialisées et autres organismes;
- ii) renforcer le programme de développement sanitaire avec la jeune République du Zimbabwe."

Cinquième séance, 22 septembre 1980

AFR/RC30/R15 Coopération technique entre pays en développement (CTPD)

Le Comité régional,

Considérant le rapport du Comité permanent CTPD présenté à la trentième session du Comité régional;¹

Reconnaissant l'importance de la CTPD et de ses liens avec la coopération technique en général,

1. APPROUVE le rapport;

2. DEMANDE au Comité permanent de participer aux travaux du Groupe africain de Ressources "Santé 2000";

3. INVITE les Etats Membres à :

- i) s'assurer que la santé reçoit la place qui lui revient dans tous les accords de coopération technique;

¹ Document AFR/RC30/5.

- ii) renforcer le rôle du Ministère de la Santé dans tous les mécanismes multi-sectoriels chargés de promouvoir la coopération technique et notamment la CTPD;
- iii) tenir le Directeur régional régulièrement informé, à travers les rapports périodiques des Coordonnateurs des Programmes de l'OMS, des développements en matière de coopération technique, et ce pour améliorer les échanges d'information entre les Etats Membres;

4. PRIE le Directeur général de saisir l'Assemblée mondiale de la Santé des propositions susceptibles d'accroître les contributions bénévoles pour la Région africaine aux fins de :

- i) la mise en oeuvre des soins de santé primaires, notamment dans les pays les plus défavorisés;
- ii) l'appui aux Mouvements de Libération nationale reconnus par l'OUA;
- iii) la lutte contre les conséquences de désastres et catastrophes naturelles;
- iv) la recherche biomédicale et sur les services de santé;

5. DEMANDE au Directeur régional de :

- i) assurer la diffusion des données susceptibles de promouvoir la coopération technique en général et la CTPD en particulier;
- ii) faciliter la coopération technique entre les pays de la Région et les organismes bi- et multilatéraux, notamment pour la mise en oeuvre des programmes ayant 1990 pour horizon;
- iii) tenir le Comité régional régulièrement informé de la mise en oeuvre de la présente résolution.

Cinquième séance, 22 septembre 1980

AFR/RC30/R16 Rapport du Sous-Comité du Programme

Le Comité régional,

Considérant le rapport du Sous-Comité du Programme;¹

Notant avec satisfaction que l'application de la politique et de la stratégie en matière de budget programme est conforme aux directives des organes délibérants, notamment aux résolutions AFR/RC29/R11, AFR/RC29/R12 et AFR/RC29/R16,

¹ Document AFR/RC30/9.

1. APPROUVE l'ensemble du rapport;
2. INVITE les Etats Membres à :
 - i) veiller à la mise en oeuvre de la résolution 34/58 de l'Assemblée des Nations Unies pour mieux utiliser les ressources de la coopération technique en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici à l'an 2000;
 - ii) poursuivre, en liaison avec le Directeur régional, l'utilisation de l'expertise nationale pour la coordination des programmes de l'OMS au niveau des pays;
3. PRIE le Directeur régional de veiller à ce que les structures de l'OMS dans la Région africaine répondent d'une manière adéquate à l'évolution du programme;
4. INVITE le Sous-Comité du Programme à faire un rapport biennal sur la surveillance de l'application de la stratégie régionale en corrélation avec la préparation des projets de budget programme et des programmes généraux de travail pour une période déterminée.

Cinquième séance, 22 septembre 1980

AFR/RC30/R17 Lutte contre le paludisme

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du Directeur régional sur la stratégie de lutte anti-paludique;¹

Conscient des effets néfastes du paludisme sur la productivité et le développement socio-économique;

Constatant que depuis l'adoption du Programme régional de Lutte contre le Paludisme,² des éléments nouveaux sont intervenus, notamment l'adoption par la communauté internationale de l'objectif de la santé pour tous d'ici à l'an 2000 et de l'approche des soins de santé primaires (SSP);

Notant que la communauté internationale³ et le Comité régional⁴ demandent que soit intensifiée la lutte contre le paludisme;

Conscient du fardeau financier que cette lutte impose à certains pays de la Région,

1. REMERCIE le Directeur régional pour le réalisme de son rapport;

¹ Document AFR/RC30/18.

² Résolution AFR/RC25/R5 et document AFR/MAL/154.

³ Résolutions WHA31.35 et WHA 32.35.

⁴ Résolution AFR/RC29/R5.

2. INVITE les Etats Membres à :
- i) rationaliser la lutte antipaludique en formulant des stratégies nationales compte tenu des critères d'ordre épidémiologique, écologique, des ressources disponibles, de l'approche SSP et des mécanismes de la CTPD;
 - ii) formuler leurs stratégies nationales en suivant, autant que possible, le canevas figurant au document AFR/RC30/18;
 - iii) faire parvenir au Directeur régional leurs stratégies avant le 15 janvier 1981 pour lui permettre de formuler une stratégie régionale réaliste;
 - iv) accorder une priorité élevée à la lutte antipaludique en insistant sur les méthodes de dépistage, de prévention et de lutte simples et peu coûteuses, et en lui allouant dès maintenant les moyens financiers nécessaires;
 - v) renforcer les structures techniques pour mieux orienter, coordonner et gérer les activités antipaludiques dans un cadre multisectoriel et pluridisciplinaire;
 - vi) intensifier leur collaboration avec l'OMS et d'autres institutions et organismes intéressés au développement sanitaire;
3. PRIE le Directeur régional de :
- i) présenter à la trente et unième session du Comité régional une stratégie régionale revue et corrigée à la lumière des stratégies nationales;
 - ii) poursuivre la collaboration avec les Etats Membres pour planifier et mettre en oeuvre les activités antipaludiques axées sur les SSP, et former les personnels nécessaires à cet effet;
 - iii) promouvoir la coopération technique entre pays voisins et autres pays intéressés;
 - iv) intensifier la recherche dans tous les aspects de la lutte antipaludique (chimio prophylaxie, lutte biologique, médicaments traditionnels);
 - v) prévoir dans les futurs budgets programmes les fonds nécessaires à la mise en oeuvre de la stratégie (budget ordinaire et fonds extrabudgétaires);
4. PRIE le Directeur général et le Directeur régional de mettre tout en oeuvre pour rechercher auprès de la communauté internationale les fonds extrabudgétaires nécessaires à la mise en oeuvre de la stratégie régionale de lutte contre le paludisme.

AFR/RC30/R18 Programme d'action pour la prévention de la cécité avec accent sur la CTPD et les SSP

Le Comité régional,

Rappelant les résolutions WHA22.29, WHA25.55 et WHA28.54;

Notant avec inquiétude que dans de nombreux pays d'Afrique la cécité continue à poser de graves problèmes d'ordre sanitaire, économique et social;

Conscient du fait que des mesures simples permettent de guérir ou d'éviter de nombreux cas de cécité;

Reconnaissant la nécessité urgente d'intensifier l'action visant à prévenir la cécité;

Constatant que des problèmes complexes d'ordre financier, opérationnel et technique font souvent obstacle à l'élaboration des programmes réalistes de prévention;

Constatant en outre qu'en l'absence de tels programmes, la situation ne peut que se dégrader, ce qui entravera l'instauration de la santé pour tous d'ici à l'an 2000,

1. EXPRIME sa satisfaction du travail déjà accompli par l'OMS, les organisations gouvernementales, non gouvernementales et bénévoles, notamment en ce qui concerne la lutte contre l'onchocercose, la xérophtalmie et le trachome;

2. PRIE INSTAMMENT tous les Etats Membres de :

- i) accorder une priorité élevée à la prévention de la cécité dans le cadre de leurs programmes de santé, et notamment des SSP;
- ii) intensifier la coopération entre les pays de la Région et la collaboration avec l'OMS et les autres organisations intéressées, pour mobiliser les ressources nécessaires à ces activités;

3. PRIE le Directeur régional de :

- i) formuler des programmes de prévention de la cécité à moyen et long termes en tenant compte des activités de lutte en cours contre l'onchocercose, le trachome et la xérophtalmie;
- ii) coopérer, sur demande, avec les Etats Membres pour planifier, mettre en oeuvre et évaluer des programmes de prévention de la cécité;
- iii) mobiliser des ressources financières et autres et prêter appui aux organisations internationales, gouvernementales, non gouvernementales et bénévoles pour réaliser ces programmes, et
- iv) rendre compte au Comité des progrès accomplis, dans son rapport biennal.

AFR/RC30/R19 Programme spécial de coopération avec la République du Tchad

Le Comité régional,

Considérant la gravité de la situation sanitaire qui prévaut actuellement au Tchad;

Espérant que la paix sera bientôt rétablie dans ce pays meurtri par les hostilités actuelles;

Affirmant en conséquence qu'une aide sanitaire d'urgence s'impose,

1. DECIDE de créer un Programme spécial de coopération avec le Tchad;
2. SE FELICITE de la solidarité dont ont fait preuve les Etats voisins à l'égard du Tchad et invite tous les Etats Membres de la Région à apporter leur appui à ce programme;
3. PRIE le Directeur régional de :
 - i) utiliser les crédits des Programmes de Développement du Directeur régional et du Directeur général pour satisfaire aux requêtes les plus urgentes;
 - ii) transmettre la présente résolution au Directeur général pour soumission au Conseil exécutif et à l'Assemblée mondiale de la Santé;
4. PRIE le Directeur général de tout mettre en oeuvre pour :
 - i) dégager les fonds nécessaires au financement du Programme spécial de coopération avec la République du Tchad;
 - ii) rechercher, à cet effet, des sources extrabudgétaires de financement.

Sixième séance, 23 septembre 1980

PARTIE II

SEANCE D'OUVERTURE

1. La trentième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a été ouverte le 17 septembre 1980 au Siège du Bureau régional à Brazzaville, par le Dr F. E. Vaz, Vice-Président du Comité régional et Vice-Ministre de la Santé de la République populaire du Mozambique. Son Excellence le Colonel Louis Sylvain-Goma, Membre du Bureau politique, Premier Ministre, Chef du Gouvernement, Représentant du Président de la République populaire du Congo, a honoré de sa présence la séance d'ouverture à laquelle assistaient les membres du Gouvernement, du Comité central du Parti congolais du Travail et de l'Assemblée Nationale Populaire, le corps diplomatique ainsi que les représentants des 41 Etats Membres, d'un Mouvement de Libération nationale reconnu par l'OUA et de plusieurs organisations internationales, inter-gouvernementales et non gouvernementales.
2. Dans son allocution d'ouverture (Annexe 1), le Dr Comlan A. A. Quenum, Directeur régional, remercie d'abord le Premier Ministre de la République populaire du Congo de sa participation en tant que Représentant du Chef de l'Etat, témoignage de l'intérêt que la République populaire du Congo ne cesse de manifester à l'égard de l'OMS. Il fait ensuite part des regrets du Dr H. Mahler, Directeur général de l'OMS, de ne pas assister, pour la première fois depuis 1973, à la session du Comité régional pour l'Afrique. Le Dr Quenum souligne les liens qui l'unissent au Directeur général, leur communion d'idées, la foi qu'ils mettent tous les deux à transformer d'abord l'homme. Il rappelle le thème de la déclaration envoyée par le Directeur général : "Faites pleinement usage de votre OMS", afin de parvenir à la libération sanitaire des pays africains (Annexe 2). Le Dr Comlan A. A. Quenum reprend et développe ensuite cette idée maîtresse de libération sanitaire des pays africains, seule possibilité d'atteindre l'objectif social de la santé pour tous en l'an 2000. Il rappelle l'étape, décisive à cet égard, de Maputo où s'était tenue la vingt-neuvième session du Comité régional. Il saisit cette occasion pour dire sa joie et sa fierté de voir le Zimbabwe siéger pour la première fois comme Etat souverain. Il souhaite la bienvenue aux Seychelles devenues membre depuis septembre 1979 et à la Guinée équatoriale qui occupe désormais la place qui lui revient. Nos tâches en matière de développement sanitaire restent immenses et la lutte sera longue. Cette session pourrait offrir une excellente occasion de réfléchir sur la valeur contractuelle des différentes résolutions adoptées. Celles-ci devraient avoir valeur exécutoire car, si elles ne sont pas traduites dans les faits, les efforts consentis pour promouvoir la santé seront vains. Pour assurer la continuité et l'efficacité de l'action de développement sanitaire, de nouvelles orientations programmatiques ont été mises en oeuvre depuis les cinq dernières années : substitution de la notion de coopération technique à celle d'assistance, participation active des Etats Membres à l'oeuvre de développement sanitaire de leur Organisation, approfondissement et diffusion

des processus gestionnaires de développement sanitaire et promotion des soins de santé primaires. La stratégie régionale est devenue une réalité. Il appartient maintenant au Comité régional de la mettre en oeuvre, d'en surveiller l'exécution, de procéder à l'évaluation de son impact. Il montrera ainsi que l'intelligence de l'homme Africain, "organisée comme arme critique, comme conscience sociale et comme instrument d'édification cohérente de la cité, constitue un moyen suprême de changement". Le Directeur régional demande au Comité des directives précises pour que le Septième Programme général de Travail prépare l'avenir sanitaire de l'Afrique conditionné par la nécessité de libération politique, économique et sociale. Il dit sa conviction que "la santé est au centre de la réflexion économique, sociale et politique contemporaine par la médiation de la force du travail" et qu'il est "impossible de penser et de développer la santé en dehors de la société qu'elle doit servir". Il est donc impérieux que s'établisse une véritable justice sociale quel que soit le choix politique des Etats Membres. Le Directeur régional indique à ce propos que la santé est partie intégrante du développement socio-économique, quels que soient les schémas idéologiques, scientifiques et politiques, comme le mentionne la résolution 34/58 de l'Assemblée générale des Nations Unies. En effet, "l'idée qui consiste à se préoccuper de la croissance d'abord et à assurer plus tard la justice dans la redistribution des biens et services est inacceptable". C'est pourquoi l'idée de "Santé pour tous en l'an 2000" est véritablement révolutionnaire. Il apparaît indéniable au Directeur régional que la pratique de la santé communautaire est révolutionnaire en ce qu'elle implique "une révision douloureuse dans l'introduction des technologies" et que ce qui caractérise une révolution scientifique est l'apparition de schémas conceptuels nouveaux. Les soins de santé primaires, en ce sens, ont une signification sociale qui amèneront, pour l'an 2000, des systèmes sanitaires radicalement différents, ayant pour fondement le respect des droits de l'homme et de l'équité. Citant André Gide : "C'est par la porte étroite de l'utopie qu'on entre dans la réalité", le Directeur régional démontre alors, à partir d'exemples concrets de développement des soins de santé primaires, que cet objectif social, loin d'apparaître comme une utopie, est une réalité en train de prendre forme. Si l'on interrogeait les peuples d'Afrique et du monde sur ce qu'ils considèrent comme le bien le plus précieux de l'homme, ils répondraient sans hésiter "la santé". Mais qu'est-ce donc la santé sinon cet état de complet bien-être physique, mental et social que postule la Constitution de l'OMS ? Pour y parvenir, il faut que l'Afrique accroisse son savoir, son savoir-faire, son savoir-être et son faire-savoir qui seuls lui donneront le pouvoir de sa libération sanitaire.

3. Le Dr F. E. Vaz, qui préside la séance d'ouverture, exprime (Annexe 3) au nom de tous les délégués, sa gratitude au Parti congolais du Travail, au Gouvernement et au peuple de la République populaire du Congo pour l'accueil réservé. Il salue la mémoire de l'Honorable M. Teeluck, Premier Vice-Président. Il affirme qu'il sera impossible de parler de santé

pour tous tant qu'il y aura privation de liberté. C'est pourquoi il se félicite de la présence de la délégation du Zimbabwe, "Etat indépendant et souverain, membre de plein droit de l'Organisation". Avec une égale satisfaction, il note la participation des Seychelles et de la Guinée équatoriale. Pour relever le défi de la "Santé pour tous en l'an 2000" lancé à la Région africaine, il rappelle que tous les pays de la Région ont élaboré une stratégie nationale axée sur les soins de santé primaires. Ces stratégies nationales sont à la base de la stratégie régionale, soumise au Comité. Il souligne que le Comité est appelé à examiner d'autres documents, également importants, tel le Septième Programme général de Travail pour une période déterminée (1984-1989), le contrôle de l'application de la politique et de la stratégie en matière de budget programme, la stratégie de lutte antipaludique et le rapport de la Commission permanente de la Coopération technique entre Pays en Développement (CTPD). Les efforts en vue d'intensifier la coopération dans le domaine sanitaire par l'échange d'enseignants, d'étudiants et de techniciens de la santé et par l'échange d'informations pertinentes, contribuent à l'enrichissement réciproque des pays africains par la CTPD. Il reconnaît que, comme prévu, le portugais devient progressivement une langue de travail dans la Région. Pour conclure, il se déclare convaincu que les décisions prises contribueront à améliorer la situation sanitaire de la Région africaine.

4. Le Colonel Louis Sylvain-Goma, Membre du Bureau politique, Premier Ministre, Chef du Gouvernement de la République populaire du Congo, souhaite la bienvenue aux représentants des Etats Membres au nom du peuple congolais, du Parti congolais du Travail et de son Chef, le Camarade Denis Sassou-Nguesso, Président de la République, Chef de l'Etat, Président du Conseil des Ministres (Annexe 4). En signant, au cours de cette séance d'ouverture, la Charte de Développement sanitaire pour la Région africaine, le Gouvernement du Congo manifeste solennellement sa volonté politique pour le combat commun pour faire accéder tous les peuples de notre planète à un état de santé acceptable, selon la vocation de l'OMS. Il souligne l'importance de la trentième session du Comité régional à un moment où, vingt ans après les indépendances et vingt ans avant le rendez-vous de l'an 2000, la plupart des pays de la Région viennent d'adhérer à l'idée d'une révolution dans l'approche des problèmes de développement sanitaire. Le Congo a adopté les soins de santé primaires et procède à la mise en place de comités de santé de villages et à l'intégration des activités de développement communautaire. Les mécanismes de CTPD au niveau de l'Afrique centrale sont déjà très efficace dans le domaine précis de la lutte contre les grandes endémies; ceci a été même sanctionné par une charte. Pour conclure, le Colonel Sylvain-Goma se déclare convaincu que la Région africaine "sera capable de franchir les obstacles qui se dressent sur la route qu'elle s'est tracée et qui doit la mener à la santé pour tous en l'an 2000".

ORGANISATION DU TRAVAIL

5. En l'absence des membres du Bureau désignés par la vingt-neuvième session à Maputo, le Comité s'est réuni en séance privée avant l'ouverture solennelle. Il a désigné, par acclamation, le Dr F. E. Vaz, Vice-Ministre de la Santé de la République populaire du Mozambique, comme Vice-Président de la vingt-neuvième session pour assurer l'intérim. Ceci est conforme à l'Article 12 du Règlement intérieur du Comité.
6. L'ordre du jour adopté par le Comité figure à l'Annexe 5, la liste des participants en Annexe 6, la liste des documents en Annexe 7.
7. Conformément à la résolution AFR/RC23/R1, le Comité, sur proposition du Vice-Président, approuve la constitution du Sous-Comité des Désignations (Décision No 1).
8. La constitution du Bureau de la trentième session du Comité régional et la désignation des Rapporteurs des discussions techniques fait l'objet de la Décision No 2 adoptée à l'unanimité et par acclamation.
9. Les Décisions Nos 3 et 4 rendent compte de la composition et des travaux du Sous-Comité de Vérifications des Pouvoirs.

ACTIVITES DE L'OMS EN 1979

10. Le Directeur régional, en présentant son rapport succinct,¹ demande au Comité des directives précises pour lui permettre de poursuivre ou de réorienter l'action de développement sanitaire au bénéfice des populations les plus mal desservies. Ceci se situe dans le cadre de l'objectif social "Santé pour tous en l'an 2000".
11. Le rapport est axé sur les thèmes suivants : développement des soins de santé primaires, formulation de la stratégie régionale, élaboration du Septième Programme général de Travail, étude des structures de l'Organisation eu égard à ses fonctions, utilisation des processus gestionnaires de développement sanitaire, stratégie de lutte antipaludique et promotion de la recherche socio-sanitaire pour le développement. Pour mieux définir les actions à prendre, le Directeur régional laisse délibérément de côté certains éléments qu'il reprendra au moment où seront examinés les points de l'ordre du jour correspondants.
12. Le rapport est consacré essentiellement aux soins de santé primaires avec ses huit composantes. Partout, notamment dans les pays qu'il a eu à visiter - Mozambique, Lesotho, Bénin, Sierra Leone, Madagascar, pour ne citer que ceux-là - des efforts louables sont faits pour mettre en oeuvre le programme des SSP. Tous les pays se sont efforcés, en dépit de nombreuses contraintes, d'élaborer leurs stratégies nationales. Partout, la participation

¹ Résolution AFR/RC25/R2.

communautaire va au-delà des espérances. Le Directeur régional insiste sur l'importance des systèmes de soutien/recours tant nationaux qu'internationaux pour appuyer la motivation des collectivités afin que celle-ci ne s'essouffle pas. De substantiels efforts restent à fournir pour rendre fonctionnels les mécanismes d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels.

13. La notification des maladies sous surveillance internationale reste un des points faibles de notre système de vigilance. Le Directeur exprime sa préoccupation à tous les Etats Membres qui doivent notifier promptement les cas de choléra et d'autres maladies transmissibles pour renforcer l'efficacité de la surveillance épidémiologique. Les activités qui entrent dans le cadre de la Décennie internationale de l'Eau et de l'Assainissement ont été poursuivies en développant la coordination multisectorielle et pluridisciplinaire. La lutte contre les maladies transmissibles s'en trouvera facilitée.

14. Il s'avère de plus en plus nécessaire de former les nationaux à l'utilisation efficace des processus gestionnaires pour le développement sanitaire tels que : programmation sanitaire par pays, programmation-budgétisation, système d'information pour la gestion et évaluation. Le Directeur régional cite l'expérience acquise au Centre régional de Développement sanitaire de Cotonou, qui permet de réorienter les travailleurs de santé afin d'en faire de véritables agents de développement. C'est là un premier pas vers la mise en place d'un réseau régional de centres nationaux de développement sanitaire, lequel à son tour facilitera la CTPD. Le Directeur régional conclut en réaffirmant la nécessité de la CTPD. Le moment est venu de passer de la période d'inertie à la phase des réalisations concrètes. A titre d'exemple, le Directeur régional cite le rôle que peut jouer la CTPD pour mettre sur pied des mécanismes appropriés de politique et de gestion pharmaceutiques.

15. Les représentants des Etats Membres félicitent le Directeur régional de la clarté, de la précision et de la concision de son rapport. Ils le remercient de son discours magistral à la séance d'ouverture solennelle. C'est là une contribution fondamentale à la philosophie du développement sanitaire en Afrique. C'est pourquoi, ils l'adoptent comme document de travail et demandent qu'il soit largement diffusé aux services de santé et autres services intéressés dans tous les pays de la Région. Le Comité adopte à cet égard la résolution AFR/RC30/R1.

16. La Déclaration du Directeur général : "Faites pleinement usage de votre OMS", illustre le concours que l'Organisation peut apporter aux Etats Membres. Elle énonce des modalités pratiques pour mobiliser les ressources nationales et les solidarités internationales. Le Comité adopte la résolution AFR/RC30/R2.

17. Au cours de leurs interventions, tous les représentants se font une joie de souhaiter la bienvenue à la délégation du Zimbabwe indépendant. Cependant, la situation en Afrique australe demeure préoccupante. A la suite des données fournies par la représentante de l'ANC, le racisme et l'apartheid sont ressentis par chacun comme un obstacle à l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000. Les représentants donnent mandat au Directeur régional pour organiser une conférence internationale sur l'apartheid et la santé. Ils réitérent également leur appui à la SWAPO et au PAC. Ils se réjouissent de voir la Guinée équatoriale et les Seychelles siéger au Comité régional.

18. Après l'exposé du représentant de la Guinée équatoriale, le Comité demande qu'un programme spécial de coopération soit établi pour permettre à ce pays de faire face à la situation d'urgence qui y prévaut actuellement. Le Comité adopte la résolution AFR/RC30/R3.

19. Le débat permet de dégager les principaux sujets de préoccupation : soins de santé primaires et leurs huit composantes, engagement politique et stratégie nationale, coopération technique entre pays en développement, processus et mécanismes gestionnaires.

Engagement politique et stratégie nationale

20. Tous les orateurs soulignent que la santé est un droit fondamental de l'homme, indispensable à la satisfaction des besoins essentiels et à la promotion de la qualité de la vie. Les pays de la Région ont inscrit ce droit dans les politiques, stratégies et plans d'actions en vue d'atteindre l'objectif social Santé/2000 auquel ils croient fermement. La plupart l'ont sanctionné par la signature de la Charte de Développement sanitaire adoptée par la vingt-neuvième session du Comité régional. Les autres ont été invités à signer cette Charte.

21. Les orientations de la stratégie régionale s'inscrivent dans la mouvance des stratégies nationales. Un point spécifique de l'ordre du jour est consacré à ce sujet. D'ores et déjà, les représentants disent le prix qu'attachent leurs pays à la satisfaction des besoins fondamentaux des collectivités, notamment des plus démunies.

Soins de santé primaires

22. Il ressort clairement des débats que tous les Etats Membres s'engagent résolument dans la voie de la promotion et du développement des SSP. Par cette action responsable, ils confirment individuellement leur volonté collective de traduire dans les faits les résolutions du Comité régional. La plupart des délégations mentionnent les mesures visant à sensibiliser les populations et les travailleurs de la santé aux SSP. En effet, la participation des collectivités constitue un élément clef et, pour la susciter, les pays de la Région accordent une importance croissante à l'information et à l'éducation pour la santé. Celle-ci est de plus en plus liée aux programmes nationaux de développement rural intégré. La plupart des représentants mettent l'accent sur les autres composantes : programme élargi de vaccination, prévention et contrôle des endémies locales, approvisionnement en eau et mesures d'assainissement de base, fourniture des médicaments essentiels.

23. Bien que les points d'entrée aux SSP diffèrent d'un pays à l'autre, voire d'une collectivité à l'autre, une volonté commune se fait jour tendant à faire des SSP l'élément fondamental des systèmes nationaux de santé. Certains pays ont déjà réorienté leurs plans nationaux élaborés avant la Conférence d'Alma-Ata. Des cadres institutionnels ont été établis pour mettre en place les SSP.

24. En ce qui concerne le programme élargi de vaccination (PEV), plusieurs pays ont fait état des recherches appliquées sur la chaîne de froid, la logistique et les stratégies permettant de réduire les coûts sans nuire à l'efficacité du programme. Cependant, la surveillance des maladies cibles du PEV laisse encore à désirer.

25. La lutte contre les endémies a mis en évidence les faiblesses de la surveillance épidémiologique. Ainsi, la trypanosomiase est en recrudescence et la fièvre jaune, le choléra, la schistosomiase, l'onchocercose et le paludisme demeurent un sujet de préoccupation. La lutte contre le paludisme notamment doit être intégrée aux SSP. Pour améliorer la surveillance épidémiologique, le Comité demande que les épidémiologistes soient formés en Afrique. Il recommande également de renforcer la formation des infirmiers en épidémiologie.

26. Les médicaments essentiels constituent un élément clé des SSP. Leur distribution au niveau des collectivités laisse encore trop souvent à désirer. Le Comité souligne l'intérêt qu'il attache à la production locale de ces médicaments et à la création de laboratoire de contrôle de la qualité.

27. Tous les pays sont conscients de la nécessité impérieuse de fournir de l'eau potable et d'assurer la salubrité de l'environnement pour atteindre l'objectif social Santé/2000. Il existe des disparités entre les pays et à l'intérieur de chaque pays. La prévalence des maladies diarrhéiques dans les pays témoigne de l'insuffisance de l'alimentation en eau et des mesures d'assainissement de base. Pour y remédier, il est indispensable de trouver des sources de financement et de renforcer l'efficacité de la collaboration multisectorielle.

28. Toutes les autres composantes des SSP sont mentionnées par un pays ou l'autre. On note à cet égard que la santé de la famille est déjà intégrée dans les SSP. Elle représente un des points d'entrée privilégiés. Le Comité recommande d'intégrer les activités de santé bucco-dentaire dans les SSP.

Coopération technique entre pays en développement

29. La CTPD est considérée comme l'un des principaux mécanismes pour atteindre l'objectif social de la santé pour tous en l'an 2000. Ceci est affirmé par toutes les délégations, principalement en ce qui concerne la formation des travailleurs de santé à tous les niveaux, la recherche biomédicale et sur les services de santé, et l'approvisionnement en médicaments essentiels. Le Comité constate que la CTPD ne fait que commencer et la stratégie pour sa mise en oeuvre sera étudiée au point 8.4 de l'ordre du jour.

Processus et mécanismes gestionnaires

30. Tous les pays sont conscients de la nécessité de créer ou renforcer les processus de gestion pour le développement sanitaire. Beaucoup d'entre eux ont déjà établi, sous diverses appellations, des conseils multisectoriels nationaux de santé. Certains mettent en place des centres nationaux de développement sanitaire en vue de mobiliser les personnels et institutions nécessaires pour réorganiser le système sanitaire sur la base des SSP.

31. Les pays ayant fait l'expérience de Coordonnateurs nationaux des Programmes OMS manifestent leur satisfaction. Ils demandent au Directeur régional d'étudier les moyens susceptibles d'accroître leur efficacité.

32. La pénurie de personnels formés à la gestion gêne la mise en oeuvre de la programmation sanitaire par pays. Certains représentants indiquent que leurs pays ont procédé à la mise en place de systèmes nationaux d'informations sanitaires, outil essentiel pour gérer les services de santé, mais aussi pour faciliter les échanges d'information et améliorer la coopération technique. Des pays ont même systématiquement recours aux indicateurs sanitaires pour rationaliser le suivi des actions prises.

Directives

33. Le Directeur régional remercie avec émotion tous les orateurs pour leurs encourageantes interventions et pour leur appréciation du travail accompli par leur Secrétariat. Il indique que les remarques concernant d'autres points de l'ordre du jour seront examinées au moment où seront abordés les thèmes correspondants. Des actions concrètes seront prises pour répondre aux demandes, notamment en ce qui concerne le programme spécial de coopération technique avec la Guinée équatoriale, l'accroissement de l'appui au programme d'urgence et en cas de catastrophe naturelle.

34. En réponse à quelques questions d'ordre général, il suggère que la contribution des Etats Membres au rapport biennal 1979-1980 suive le canevas proposé dans le document AFR/RC30/11 Add.2. Ce canevas n'est qu'un guide qui devrait permettre d'harmoniser les contributions dont la longueur est laissée à l'initiative des pays, qui savent que la précision est une affaire de concision.

35. Le Dr Quenum informe le Comité qu'un Groupe de Travail sur la Formation postuniversitaire a eu lieu en août 1980 à Brazzaville et que son rapport sera examiné par la réunion des Doyens en décembre 1980. Un programme visant à créer un réseau régional de centres nationaux et sous-régionaux de développement sanitaire est en préparation.

36. Le stock de vaccins contre la variole au Kenya est un stock national mis à la disposition des pays de la Région en cas de nécessité. Le Directeur régional rappelle à ce sujet que le Siège dispose de 300 millions de doses, réparties en trois dépôts mondiaux : Genève, New Delhi et Toronto.

37. Se référant aux méthodes de travail du Comité régional,¹ il dégage des débats les directives suivantes :

- i) inviter les pays, qui ne l'ont pas encore fait, à signer la Charte de Développement sanitaire de la Région africaine;
- ii) renforcer l'ensemble des processus gestionnaires, en particulier la programmation sanitaire par pays, l'évaluation des programmes et le système national d'information sanitaire;
- iii) poursuivre l'expérience des Coordonnateurs nationaux et coopérer avec les pays afin d'améliorer leur efficacité;
- iv) renforcer la surveillance épidémiologique et la lutte contre un certain nombre de maladies transmissibles (fièvre jaune, choléra, trypanosomiase, schistosomiase, onchocercose); pour l'onchocercose en particulier, faire bénéficier d'autres pays de la leçon que l'on peut tirer des activités en cours dans les Bassins des Volta et du Fleuve Sénégal;
- v) accorder les priorités à la formation dans la Région d'épidémiologistes de différents niveaux;
- vi) renforcer les programmes concernant la santé des travailleurs et l'éducation pour la santé;
- vii) renforcer l'appui du Secrétariat régional au développement sanitaire des Etats Membres; l'étude des structures de l'OMS eu égard à ses fonctions² propose un plan d'action à cet effet;
- viii) respecter le paragraphe 4 du dispositif de la résolution AFR/RC28/R12, à savoir donner les directives nécessaires à l'orientation du programme lors de l'étude du rapport d'activités du Directeur régional;
- ix) organiser une conférence sur le thème : "Apartheid et la santé";
- x) intégrer la santé bucco-dentaire au programme SSP.

¹ Document AFR/RC30/15 et résolution WHA33.17.

² Résolution AFR/RC28/R12.

38. Par la résolution AFR/RC30/R4, le Comité régional approuve le rapport d'activités de l'OMS dans la Région africaine en 1979.

RAPPORT SUR LES REUNIONS D'EXPERTS REGIONAUX

39. Le rapport du Directeur régional concerne deux réunions : sur les sciences de la communication et la santé des travailleurs. Le document indique les répercussions des recommandations sur le programme régional. Le Comité se déclare satisfait de la présentation du document qui lui est soumis.¹

Sciences de la communication pour la promotion de la santé

40. Le Comité note avec satisfaction la mise en oeuvre de ses directives visant à intégrer des activités de l'information et de l'éducation pour la santé (IES)² et les recommandations des experts. Ainsi, un module d'enseignement des sciences de la communication pour l'IES fait désormais partie du programme du Centre régional de Développement sanitaire de Cotonou. Le Comité recommande qu'un tel module soit inclus dans les programmes de formation des autres établissements de la Région. Il note également que le budget programme en cours d'exécution et celui proposé pour 1982-1983 tiennent compte des nouvelles orientations dans ce domaine. Des ateliers sont prévus où les responsables de la santé et ceux des mass média formuleront en commun des programmes IES pour appuyer les SSP.

Santé des travailleurs

41. Le rapport met l'accent sur la nécessité d'intégrer la santé des travailleurs aux activités des services de santé généraux. Pour ce faire, des mécanismes de coordination devront être mis en place et les lois et règlements revus. La santé des travailleurs devrait être incluse dans la formation des personnels de santé et apparentés. Le Comité souligne par ailleurs la nécessité de recherches et d'activités de coopération technique à mener en étroite collaboration avec l'OIT, ONUDI, CEA, OUA. La CTPD doit trouver dans ce domaine un vaste champ d'action.

42. Le Comité note que le programme à moyen terme a été modifié en vue d'intégrer la santé des travailleurs aux autres activités visant à atteindre la santé pour tous en l'an 2000. Une attention particulière sera accordée aux activités agro-industrielles.

43. Le Comité recommande que soient établis : i) des normes des professions dangereuses; ii) un programme régional de formation; iii) une liste des établissements de formation dans la Région. Les mécanismes CTPD peuvent s'avérer particulièrement utiles dans ce domaine. Le Comité a pris la Décision No 5.

¹ Document AFR/RC30/12.

² Résolution AFR/RC29/R10.

DEVELOPPEMENT ET COORDINATION DE LA RECHERCHE

44. Le Professeur Kaba Sengéle, Président du Comité consultatif africain sur la Recherche médicale (CCARM), présente le rapport du Directeur régional sur le développement et la coordination de la recherche biomédicale et sur les services de santé.¹ Il met en relief les activités du programme régional menées conformément aux directives données par la vingt-neuvième session du Comité. Il fait remarquer que seuls 18 Etats Membres ont jusqu'à maintenant pris part aux programmes régional et mondial.

45. Le Président du CCARM indique qu'environ US \$13 000 000 ont été consacrés à la Région par le Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation en Reproduction humaine (HRP) et le Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales (TDR).

46. Le Comité est informé qu'il lui incombe de désigner ses représentants au sein du Conseil conjoint de Coordination (CCC); le Nigéria a posé sa candidature à l'un des sièges réservés aux pays contributeurs et le Comité recommande au CCC de reconduire le mandat du Nigéria à ce titre. En se basant sur le Mémoire d'Accord TDR,² le Comité désigne le Malawi et le Mali comme représentants de la Région au CCC.

47. Les principales recommandations de la Quatrième Réunion du CCARM, tenue à Brazzaville du 14 au 18 avril 1980, visent à renforcer la coordination de la recherche aux niveaux régional et national, la priorité allant à la recherche sur les services de santé et aux études épidémiologiques des principales maladies transmissibles. Le Comité approuve ces recommandations et confirme que les recherches doivent porter surtout sur les SSP.

48. L'importance de la recherche sur les services de santé est soulignée. La valeur des cours sur la méthodologie de la recherche est reconnue. Les représentants souhaitent voir la médecine traditionnelle intégrée aux SSP, et ce malgré la réticence des guérisseurs à révéler leurs secrets. Le Zimbabwe envisage de créer un centre de recherche sur la médecine traditionnelle et sollicite l'appui financier de l'OMS ainsi que la coopération des autres pays de la Sous-Région. Le Comité souhaite que des recherches sociales soient entreprises sur l'alcoolisme, les maladies transmises par voie sexuelle, les conséquences des migrations et du travail des enfants, notamment dans les Etats Membres limitrophes de l'Afrique du Sud.

49. En ce qui concerne l'information scientifique, le Comité régional accepte l'idée de créer un Index Medicus africain. Toutefois, un représentant déplore que l'on ne puisse lancer le Journal africain des Sciences de la Santé. Le Comité souhaite que les chercheurs puissent assurer la diffusion des résultats de leurs travaux dans des publications régionales de l'OMS. Ces textes, parus dans la langue d'origine, devraient être accompagnés de brefs résumés dans les langues de travail régionales.

¹ Document AFR/RC30/13.

² Document TDR/CP/78.3 Rev.1

50. L'insuffisance des ressources, de mécanismes nationaux de coordination et de structures de carrière pour les chercheurs comptent parmi les principaux facteurs limitant la participation de la majorité des Etats Membres à la recherche. Le Comité invite les Etats Membres ainsi que le CCARM à poursuivre leurs efforts pour remédier à ces insuffisances.

51. Le Comité félicite le Directeur régional pour son rapport et le CCARM pour ses travaux. Il réclame cependant une coordination plus dynamique au niveau régional et reconnaît la nécessité de mobiliser davantage les ressources extrabudgétaires. Plusieurs Etats Membres font état de leurs activités et offrent de partager leurs moyens de recherche et de formation dans l'esprit de la CTPD. Le Comité adopte la résolution AFR/RC30/R5.

INCIDENCE REGIONALE DES ORDRES DU JOUR PROVISOIRES DES ORGANES DELIBERANTS

52. Le rapport du Directeur régional¹ est présenté par un membre du Secrétariat. Ce dernier souligne la corrélation entre les ordres du jour provisoires du Conseil exécutif et de son Comité du Programme, de l'Assemblée mondiale de la Santé et de la trente et unième session du Comité régional.

53. Cette nouvelle procédure permet au Comité de contribuer à l'établissement des ordres du jour des organes délibérants du niveau mondial et de mieux structurer le sien. Le Comité se félicite de cette coordination qui renforce son rôle dans l'esprit de l'Article 50 de la Constitution et du paragraphe 4 (3) de la résolution WHA33.17. A l'issue des discussions, le Comité adopte la résolution AFR/RC30/R6. L'ordre du jour provisoire de la trente et unième session du Comité régional figure à l'Annexe 8.

MODALITES DE MISE EN OEUVRE DES RESOLUTIONS D'INTERET REGIONAL ADOPTEES PAR L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE ET LE CONSEIL EXECUTIF

54. Le Dr J. Bastos dos Santos (Angola) introduit ce point de l'ordre du jour. La présentation du rapport du Directeur régional² diffère de celle des années précédentes. Elle découle directement de l'étude des structures de l'Organisation eu égard à ses fonctions et met l'accent sur les propositions concernant la mise en oeuvre de ces résolutions. Une fois approuvées par le Comité, ces propositions seront incorporées dans des plans d'action. Les rapports périodiques du Directeur régional tiendront le Comité informé de la mise en oeuvre de ces plans. Le Comité pourra également jouer un rôle plus actif au sein de l'OMS en soumettant au Conseil exécutif des propositions sur des sujets d'intérêt régional et mondial.

¹ Document AFR/RC30/14.

² Document AFR/RC30/15.

Résolution EB65.R2 - Remboursement des frais de voyage aux représentants assistant aux Comités régionaux

55. Plusieurs orateurs se déclarent en accord avec cette résolution qui cherche à renforcer la participation des pays aux travaux des Comités régionaux. D'autres, cependant, pensent qu'un tel remboursement ne va pas dans le sens de l'auto-responsabilité que les Etats Membres appellent de leurs vœux depuis plusieurs années. Dans cet esprit, il est proposé d'augmenter le nombre de membres composant chaque délégation et de lui associer au moins un représentant d'un secteur de développement autre que la santé.

56. Des suggestions ont été faites pour que le remboursement soit fait uniquement aux pays qui sont dans une situation économique ou/et politique difficile. Cependant, pour éviter toute discrimination, le Comité a retenu le principe du remboursement à un représentant de chaque Etat Membre.

57. Au cours de la discussion, néanmoins, il est suggéré que le montant du remboursement soit versé à un fonds spécial pour des secours d'urgence, la CTPD et la recherche biomédicale. La création d'un tel fonds se heurte cependant à des difficultés d'ordre administratif et juridique.

58. Le Directeur régional devra faire des propositions sur les modalités pratiques de ces remboursements. Les Etats Membres devront s'efforcer d'utiliser au mieux cette possibilité pour renforcer effectivement leur participation aux travaux des Comités régionaux. Le Comité régional adopte la résolution AFR/RC30/R7.

Résolution WHA33.17 - Etude des structures de l'OMS eu égard à ses fonctions

59. Le Comité note avec satisfaction les mesures prises ou proposées par le Directeur régional pour la mise en oeuvre de cette résolution. Il adopte la résolution AFR/RC30/R8.

60. Le Comité constate avec intérêt que la stratégie régionale¹ et l'esquisse du PGT.² telles que revues par le Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS) sont conformes aux orientations générales de la Charte de Développement sanitaire de la Région africaine d'ici à l'an 2000. Pour en assurer la mise en oeuvre, le Directeur régional, de concert avec les Etats Membres, prendra toutes les mesures susceptibles de renforcer les processus et mécanismes gestionnaires aux niveaux national et régional (paragraphe 1 (1) et 3 du dispositif).

¹ Document AFR/RC30/3 et résolution AFR/RC30/R9.

² Document AFR/RC30/4 et résolution AFR/RC30/R10.

61. Définir les attributions et les modalités de fonctionnement d'une organisation internationale, aux centres de décision pluralistes, est un processus complexe de par la nature même des problèmes à résoudre. Aussi, la collaboration avec les autres Bureaux régionaux sera-t-elle renforcée par des échanges d'information et des recours à des spécialistes inscrits à leurs tableaux d'experts. Le Comité souhaite que soient renforcés aussi les contacts bilatéraux et ceux avec les mécanismes de coordination des pays non-alignés. Une approche intégrée facilitera cette coopération qui doit contribuer à la solution des problèmes sanitaires. Le Directeur régional, de concert avec le Sous-Comité du Programme, veillera au respect de cette approche. Le Comité sera tenu informé par les rapports d'activités. Il pourra ainsi, à son tour, rendre compte au Conseil exécutif des contraintes et des progrès (paragraphe 1 (4) et 1 (5) du dispositif de la résolution WHA33.17).

62. Le Comité demande au Directeur régional de resserrer les liens entre le Groupe africain de Ressources "Santé/2000" et le Groupe mondial. Les représentants du Sous-Comité du Programme participent déjà aux travaux de ce dernier. Le Comité souhaite que les Présidents respectifs participent aux réunions de ces Groupes (paragraphe 1 (6) et 3 (6) du dispositif).

63. Le Comité invite les Etats Membres à utiliser le Guide provisoire d'Evaluation et la Liste des Indicateurs mis au point par l'OMS. Depuis plus d'un an, plusieurs experts régionaux mettent ces indicateurs à l'épreuve sur le terrain. Ils se réuniront en décembre 1980 pour tirer les conclusions de ces essais. Cependant, dès maintenant, les Etats Membres peuvent recourir à ces méthodes pour évaluer leurs programmes de développement sanitaire (paragraphe 1 (7) et 3 (8) du dispositif).

64. Le Directeur régional s'assurera que tout document présenté au Comité régional indique les répercussions budgétaires des mesures proposées. Le Comité recommande que toute stratégie régionale, élaborée pour un domaine spécifique, prenne pour base les stratégies nationales (paragraphe 1 (8) du dispositif).

65. Le Comité réaffirme le rôle important que doivent jouer, dans le développement global des pays, les Ministères de la Santé. Pour y contribuer, le Directeur régional renforcera la formation à la gestion de leurs cadres. Rappelons à ce propos que le Centre régional de Développement sanitaire fonctionne déjà à Cotonou. Pour redéfinir ce rôle, les Etats Membres peuvent s'inspirer des leçons tirées des expériences tant régionales que mondiales. Un des thèmes proposés pour les discussions techniques de 1982 porte sur le rôle des Ministères de la Santé. La création au sein du Ministère et à un échelon élevé de structures de coordination internationale permettrait de renforcer son audience (paragraphe 2 (1) et 3 (5) du dispositif).

66. Le recours à l'expertise nationale retient l'attention du Comité. Le Directeur régional est prié de revoir, de concert avec les autorités nationales, les tableaux d'experts régionaux. Il établira également des listes d'enseignants et de spécialistes, en activité ou retraités, susceptibles de servir de consultants dans leur pays ou dans les pays voisins. Il utilisera, chaque fois que faire se peut, ces consultants, lesquels, au retour dans leurs pays, auront élargi ainsi leur champ d'expérience (paragraphe 2 (4) du dispositif).

67. Le Directeur régional incluera à l'avenir les sous-paragraphes 2 (7) et 2 (8) du dispositif de la résolution WHA33.17 dans les lettres d'invitation au Comité. La teneur de ces lettres a déjà été modifiée pour tenir compte de la résolution AFR/RC28/R1. Ceci permettra de mieux coordonner la représentation des Etats Membres au sein des organes délibérants et rappellera l'intérêt de délégations pluridisciplinaires.

68. Le Comité accueille favorablement la demande l'invitant à soumettre au Conseil exécutif des recommandations d'intérêt régional et mondial. Il se réjouit de pouvoir jouer un rôle plus actif et espère contribuer ainsi à l'élimination de doubles emplois (paragraphes 3 (1) du dispositif).

69. Le Comité recommande que les conseils nationaux multisectoriels de santé s'organisent en réseaux sous-régionaux, calqués sur les mécanismes de la CTPD. Leurs Présidents pourraient être invités, à tour de rôle, aux travaux des Groupes CTPD et CCADS (paragraphe 3 (2) du dispositif).

70. Le Comité prend note avec intérêt des accords conclus avec la CEA, le CILSS et la BAD concernant les activités orientées vers la Santé/2000. D'autres accords sont en préparation. Le Directeur régional se propose d'élargir ce type de collaboration. Les Etats Membres sont invités à promouvoir des activités similaires et à en informer le Directeur régional (paragraphe 3 (3) du dispositif).

71. Le Groupe africain de Ressources "Santé/2000" (GARS/2000) a tenu sa première réunion à Brazzaville les 12 et 13 juin 1980. Le Comité estime que les activités entreprises conjointement avec d'autres organismes du système des Nations Unies devraient être axées sur la promotion de la CTPD. Chaque Etat Membre est invité à constituer un groupe similaire réunissant les représentants sur place des organismes de coopération technique. Ce groupe travaillera en étroite liaison avec le comité national de santé (paragraphe 3 (4) du dispositif).

72. Le Comité note avec intérêt que la présentation du document AFR/RC30/15 permet "d'élargir et d'approfondir les analyses des incidences régionales et nationales des résolutions des organes délibérants". Il en félicite le Directeur régional (paragraphe 3 (7) du dispositif).

73. Le Comité prend note du paragraphe 5 du dispositif priant le Directeur général et les Directeurs régionaux de ne donner suite favorable qu'aux demandes des gouvernements, conformes aux politiques de l'Organisation. Les rapports d'activités du Directeur régional tiendront le Comité informé des mesures prises en la matière.

74. La mise en oeuvre des directives des paragraphes 6 (2), 6 (3) et 6 (4) se fera selon le plan d'action suivant :

- i) renforcement du Bureau régional, dans le respect de la résolution WHA29.48;
- ii) suivi de la politique de développement sanitaire par le Directeur régional en liaison avec le Sous-Comité du Programme;
- iii) mise en oeuvre du programme régional par les Directeurs de Programmes;
- iv) poursuite de la décentralisation et renforcement de l'autoresponsabilité tant au niveau national que régional;
- v) recours à l'expertise nationale pour accroître la capacité gestionnaire du Bureau régional et la coopération technique.

Résolution WHA33.19 - Périodicité des Assemblées de la Santé

75. Dans l'hypothèse où un rythme biennal serait retenu pour les Assemblée de la Santé, les liens avec le Conseil exécutif devraient être renforcés. L'ordre du jour du Comité régional s'en trouverait forcément plus chargé, la durée des sessions pourrait alors être portée de huit à dix jours. Cette prolongation entraînerait une dépense supplémentaire estimée à US \$6300 pour 1981 (Accra), US \$7080 pour 1982 (Libreville) et US \$6860 pour 1983 (Brazzaville). Certains représentants expriment des réserves sur l'opportunité de modifier la périodicité des Assemblées de la Santé au moment où sont formulés les stratégies de développement sanitaire pour l'an 2000 et le Septième Programme général de Travail. D'autres doutent de la nécessité d'étendre la durée du Comité (Décision No 6).

Résolution WHA33.20 - Etude organique sur "le rôle des tableaux et comités d'experts et des centres collaborateurs de l'OMS dans la satisfaction des besoins de l'OMS en avis autorisés, ainsi que dans la réalisation des activités techniques de l'Organisation"

76. Le Comité souscrit aux recommandations du Directeur régional. Il invite donc les Etats Membres à proposer dès maintenant des noms d'experts nationaux et de centres collaborateurs d'après les critères indiqués dans l'étude organique du Conseil exécutif. Ceci s'inscrit dans le cadre de la CTPD.

Résolution EB65.R4 - Sixième Programme général de Travail pour une période déterminée

77. Un an avant que ne soit formulé un programme général de travail pour une période déterminée (PGT), chaque programme à moyen terme (PMT) sera évalué selon la méthodologie mise au point par l'OMS de concert avec les Etats Membres. Ensuite, une fois connus les résultats de la mise en oeuvre des PMT, le Comité examinera le projet de budget programme biennal. Ainsi, grâce à la rétroinformation, s'affinera la formulation des PGT et PMT.

Résolution WHA33.33 - Collaboration avec le système des Nations Unies : Coopération avec les Etats ayant récemment accédé à l'indépendance et avec les Etats en voie d'y accéder en Afrique : Lutte de libération en Afrique australe - Aide aux Etats de la Ligne de Front

78. Le Comité invite la communauté internationale et chaque Etat Membre à appuyer cette lutte pour instaurer la justice, l'équité et la paix. Il prie le Directeur régional de le tenir informé, par l'intermédiaire de ses rapports périodiques, des actions prises pour donner effet aux décisions de l'Assemblée.

Résolution WHA33.34 - Collaboration avec le système des Nations Unies : Coopération avec les Etats ayant récemment accédé à l'indépendance et avec les Etats en voie d'y accéder en Afrique : Lutte de libération en Afrique australe - Assistance à la République du Zimbabwe

79. Le Comité note avec satisfaction les mesures déjà prises pour mettre en oeuvre cette résolution, à savoir :

- i) prévisions budgétaires 1980-1981 aux programmes pour le développement du Directeur général et du Directeur régional;
- ii) création d'un poste de Coordonnateur des Programmes de l'OMS; prévisions de US \$400 000 pour le biennium 1982-1983 en attendant de pouvoir mobiliser d'autres ressources.

80. Les résolutions WHA33.33 et WHA33.34 donnent lieu à l'adoption de la résolution AFR/RC30/R14 "Lutte de libération et développement sanitaire en Afrique australe". Celle-ci invite le Conseil exécutif à adopter le projet de résolution y inclus. Ceci s'inscrit dans le cadre de mesures recommandées par la résolution WHA33.17, paragraphe 3 (1) du dispositif.

Résolution WHA33.31 - Programme de santé des travailleurs

81. Le PMT pour la santé des travailleurs, approuvé par le Comité en 1979 au cours de sa vingt-neuvième session, est actuellement en cours d'exécution. Le Comité invite les Etats Membres à utiliser les activités de ce programme comme point d'entrée privilégié des soins de santé primaires. Ainsi, ce programme pourra également contribuer à prévenir la maladie et les accidents, à promouvoir des mesures intéressant la santé des jeunes, des femmes enceintes et allaitantes, des handicapés et des vieux travailleurs, tout en assurant ses activités spécifiques.

Résolution WHA33.32 - Alimentation du nourrisson et du jeune enfant

82. L'éducation et l'information pour la santé sont à la clé d'une alimentation correcte du nourrisson et du jeune enfant. Le Comité invite les Ministres de la Santé à étudier, de commun accord avec le secteur agricole, les moyens de transformer les produits locaux en substituts de lait maternel et à promouvoir les recherches appropriées. Ceci contribuera à l'autonomie et à l'autoresponsabilité de la Région en la matière.

83. Le code international de commercialisation des substituts du lait maternel est en voie d'élaboration. D'ores et déjà cependant, les Etats Membres devraient promouvoir l'usage de produits locaux riches en protéines pour alimenter le jeune enfant et le nourrisson. Une telle pratique, mieux adaptée aux ressources de la plupart des familles, stimulera en outre la production agricole ou agro-industrielle.

84. La CTPD offre un cadre propice à ces activités, notamment par l'échange d'informations, de techniciens, par le recours à des instituts de recherche régionaux et par la production, sur une base bilatérale ou sous-régionale, d'aliments locaux de sevrage.

85. L'éducation des mères, pour les habituer à préparer les aliments de sevrage à partir de produits locaux, est primordiale. Ceci n'est cependant pas toujours fait, par manque de personnel dûment formé, par manque de fonds pour produire le matériel éducatif approprié, notamment de guides reproduisant les différents régimes de sevrage d'un même pays. Le principe d'un Codex alimentaire est déjà contenu dans la résolution WHA33.32.

86. Le Comité invite les Etats Membres à prendre les mesures législatives ou réglementaires pour favoriser l'allaitement maternel. La mise en place ou la révision des textes régissant la santé des travailleurs pourrait en fournir l'occasion. En effet, dans les villes, les femmes sont de plus en plus nombreuses à travailler. Des dispositions pourraient donc être prises à cet effet lorsqu'on révisé les lois sur la santé des travailleurs.

Résolution WHA33.27 - Décisions en rapport avec les conventions internationales sur les stupéfiants et les substances psychotropes : Abus des stupéfiants et des substances psychotropes

87. Le Comité souligne que le problème des stupéfiants et substances psychotropes se pose déjà dans les grands centres urbains; il commence à gagner les zones rurales. Chaque Etat Membres doit rechercher les moyens pour y mettre fin. Il invite en outre les Etats Membres, qui ne l'ont pas encore fait, à adhérer aux conventions internationales et à inclure la lutte contre l'abus de stupéfiants et substances psychotropes dans leurs programmes SSP. L'éducation et l'information pour la santé revêtent une importance particulière dans les écoles, les cours d'alphabétisation des adultes, les activités intéressant les travailleurs, et dans les services sociaux. Il est également indispensable de mobiliser les mass média.

Résolution WHA33.35 - Programme de l'OMS concernant les effets du tabac sur la santé

88. Le tabac représente une importante source de revenus industriels ou agricoles dans de nombreux pays. Pour combattre le tabagisme, il faudra donc réorienter les choix du développement économique de ces pays mais aussi assurer l'éducation et l'information des collectivités, en commençant par l'école. A cette fin, le Comité invite les Etats Membres à coordonner ces activités entre les Ministères de la Santé, de l'Education, des Finances, de l'Economie et du Plan.

89. Le Directeur régional note avec regret que de nombreux pays africains n'ont pris aucune mesure pour limiter la publicité concernant les produits à base de tabac. Il rappellera aux Ministères de la Santé des Etats Membres les points saillants de la résolution WHA33.35 chaque fois qu'il aura connaissance d'activités nuisibles à la santé des populations.

Résolution WHA33.4 - Eradication mondiale de la variole

90. Le Comité prend note avec satisfaction du fait qu'un guide vient d'être établi pour la surveillance du monkeypox et que le projet de surveillance épidémiologique vient d'être restructuré de façon à coïncider avec les Sous-Régions CTPD. Une attention particulière s'attache à la recherche sur les orthopoxvirus. Des chercheurs seront formés et des sources extrabudgétaires de financement recherchées. D'ici à 1985, date à laquelle sera réévaluée la situation du monkeypox, le Directeur régional tiendra le Comité informé par des rapports périodiques.

91. Le Niger continuera son programme de primovaccination et gardera un stock national de vaccin antivariolique tant que des stocks de ce vaccin existeront.

Résolution WHA33.26 - Lutte antituberculeuse

92. La lutte contre la tuberculose sera désormais intégrée dans les SSP comme suggéré par le Directeur régional. Le Comité invite les institutions nationales à entreprendre des recherches visant à simplifier les méthodes de vaccination, le dépistage et le traitement. Les centres collaborateurs de l'OMS évalueront les protocoles de recherche avant soumission pour financement.

93. Le Comité demande au Directeur régional de fournir aux Etats Membres la documentation sur la lutte contre la tuberculose. Il recommande d'entreprendre dans la Région une étude sur l'efficacité des différents types de vaccin BCG et de constituer un groupe de travail pour coordonner ces recherches.

94. La FAO et l'OMS devraient conjuguer leurs efforts pour combattre la tuberculose bovine dont l'incidence sur l'homme est connue.

95. Le Comité invite les Etats Membres et le Directeur régional à accorder une attention particulière à la lutte contre la tuberculose et la lèpre, notamment dans les pays touchés par la guerre ou des catastrophes naturelles.

96. Dans ses rapports périodiques sur la lutte contre la tuberculose, le Directeur régional informera les Etats Membres des possibilités d'acquérir les médicaments nécessaires à des prix abordables.

Résolution WHA33.28 - Législation sanitaire

97. Le Comité invite les pays à établir les textes pour réglementer l'exercice de la médecine traditionnelle. Un cadre légal devrait être fixé pour les activités des agents de santé et des accoucheuses de villages. La CTPD offre un mécanisme privilégié à une concertation en la matière.

98. Le Comité invite les Etats Membres à communiquer au Directeur régional les noms de spécialistes nationaux en législation sanitaire, qu'ils soient médecins ou juristes. La communication des textes en vigueur, accompagnée de commentaires sur leur adéquation, est également demandée pour permettre d'établir un plan d'action concret avec un calendrier prévisionnel.

Résolution WHA33.30 - Recrutement du personnel international à l'OMS

99. Le Comité note avec satisfaction que le recrutement se fait dans le respect de la résolution WHA33.30, et ce malgré l'incompréhension des sources extrabudgétaires de financement, même celles du système des Nations Unies.

100. Il encourage le Directeur régional à persévérer dans cette voie compte dûment tenu des compétences, de l'efficacité, de l'intégrité des candidats et de la nécessité d'un auto-développement régional. En ce qui concerne les postes financés par des sources extrabudgétaires, le dialogue devrait se poursuivre pour les convaincre du bien-fondé de cette attitude.

Résolution EB65.R15 - Fonds immobilier

101. Le Comité prend acte du fait que US \$960 000 ont été prévus pour assurer, pendant une période de 10 ans, l'entretien de la concession du Djoué. Il invite le Directeur régional à transmettre ces prévisions au Directeur général pour lui permettre de les inclure dans son rapport à la soixante-septième session du Conseil exécutif.

102. Au cours de l'examen du document AFR/RC30/15, le Comité adopte les résolutions AFR/RC30/R7, AFR/RC30/R8, AFR/RC30/R12, AFR/RC30/R14 et prend la Décision No 6.

IMPLICATIONS PROGRAMMATIQUES DE LA COOPERATION TECHNIQUE

103. Le Dr E. M. Samba présente le document AFR/RC30/16 auquel est annexé le document DGO/80.3. Ces deux textes retracent le passage du concept de l'assistance technique à celui de la coopération technique, au sein du système des Nations Unies en général et de l'OMS en particulier. Le Dr Samba rappelle que, dans la Région africaine, la coopération technique ne cesse de s'accroître et ce depuis 1965. Le rôle du Comité régional s'en est trouvé renforcé. Des nationaux ont été nommés Coordonnateurs de Programmes et Directeurs de projets. Des tableaux d'experts régionaux ont été établis, un Sous-Comité du Programme créé dont les membres participent à la mise au point de toutes les mesures affectant les activités régionales.
104. Le document souligne que la CTPD était depuis longtemps une réalité en Afrique, les pays coopérant entre eux sous diverses formes, par exemple dans le domaine de la formation et par l'échange de personnels. Ce qui est nouveau, c'est l'accent mis sur ces activités dans le cadre du nouvel ordre économique international pour parvenir à l'autosuffisance régionale. Le document DGO/80.3 illustre l'importance que l'OMS attache à la coopération technique, l'un des "principes directeurs qui guident l'action" de l'Organisation.
105. Dans le cadre de l'assistance technique, les pays n'avaient que peu d'influence sur le développement des projets financés au titre de budget ordinaire ou de fonds extrabudgétaires. Constatant les faiblesses de cette approche, l'OMS s'est résolument orientée vers la coopération technique. La mise au point de la programmation sanitaire par pays (PSP) facilite le dialogue. La recherche de l'autoresponsabilité dans le cadre du nouvel ordre économique mondial défini en 1970 a conduit l'OMS à concevoir la coopération technique comme une véritable association. Celle-ci a transformé les relations avec les Etats Membres dans l'ensemble des processus gestionnaires.
106. Dans le même ordre d'idées est apparue la CTPD, coopération entre plusieurs pays dans un esprit d'autosuffisance collective. Du fait même de sa fonction coordonnatrice internationale, liée étroitement à la coopération technique, l'OMS tout naturellement peut et doit jouer un rôle catalyseur et fournir un soutien à la CTPD. Ceci a conduit à élaborer la stratégie visant à instaurer la santé pour tous en l'an 2000.
107. Il ressort des débats que le Comité apprécie la portée du document et la clarté du concept. La coopération s'inscrit naturellement dans la tradition africaine. La solidarité avec les Mouvements de Libération nationale reconnus par l'OUA, les pays nouvellement indépendants et ceux de la Ligne de Front qui font face aux agressions du régime raciste d'Afrique du Sud en porte témoignage.
108. Les interventions des représentants renforcent la conviction que la CTPD est la clé de voûte du développement sanitaire.

109. Pour promouvoir et développer la coopération technique, le Comité demande que soient renforcés les mécanismes de concertation, de dialogue et de réflexion entre les pays de la Région et ceux d'autres Régions. Il souhaite que les rapports biennaux sur les activités de l'OMS dans la Région fassent état des progrès accomplis dans ce domaine. Il indique que ce concept doit être pris en compte dans la révision des structures de l'OMS eu égard à ses fonctions.

110. Le Comité adopte la résolution AFR/RC30/R13.

APPUI DES SYSTEMES DE SANTE AUX SSP

111. Le Dr Samba présente le document AFR/RC30/17 relatif à la préparation des discussions techniques de la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé : "Appui des systèmes de santé aux SSP". La synthèse des débats constituera la contribution régionale aux discussions techniques qui auront lieu lors de la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé. Par ailleurs, chaque pays est invité à organiser des débats à l'échelon national et à en présenter les conclusions à Genève en mai 1981.

112. Le Comité reconnaît que les SSP requièrent l'appui plein et entier du système de santé et des secteurs connexes. Cet appui est nécessaire pour rendre le premier contact des populations avec le système de santé aussi efficace que possible. Les éléments de cet appui comprennent notamment le personnel, les connaissances techniques, les locaux, l'appui logistique pour l'approvisionnement en médicaments, fournitures et matériel, les moyens d'évacuation ou de référence à l'échelon supérieur, etc. Cet ensemble complexe d'un système nécessite une gestion efficace.

113. Le Comité recommande que le rôle des formations sanitaires soit revu à la lumière des besoins des SSP. Ainsi, par exemple, l'hôpital de district doit avoir des liens étroits avec les formations socio-sanitaires satellites et s'appuyer sur la participation de la collectivité. Il doit également maintenir des liens étroits avec les autres formations d'orientation/recours. Chaque pays réorientera son système en fonction du contexte politique, économique, social, historique et culturel.

114. Pour répondre aux questions posées dans le document, plusieurs représentants citent leurs expériences nationales et mentionnent le rôle fondamental de la participation active des communautés. En effet, si le rôle du niveau central est de promouvoir, de sensibiliser au concept des SSP, celui du niveau intermédiaire est de transmettre et d'encadrer. Seule la participation active des collectivités du niveau périphérique donnera aux SSP leur sens réel.

115. Le Comité recommande d'organiser des débats approfondis sur ce thème dans chaque pays et consacre la Décision No 7 à ce sujet afin que la participation de la Région aux discussions techniques de la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé soit particulièrement fructueuse.

PROJET DE BUDGET PROGRAMME 1982-1983

116. Le Dr J. S. Moeti (Botswana), qui a présidé le Sous-Comité du Programme,¹ présente au Comité le Projet de Budget Programme 1982-1983.² Le Sous-Comité s'estime satisfait de la présentation de ce document, publié dans les trois langues de travail (anglais, français, portugais), conformément à la résolution AFR/RC28/R13. Le Projet de Budget Programme est le dernier du PGT.6 et le premier à avoir été élaboré après la Conférence d'Alma-Ata.

117. Le rapport du Sous-Comité précise les principaux axes d'orientation du Projet :

- i) Déclaration d'Alma-Ata;
- ii) formulation des stratégies nationales et régionale en vue d'atteindre l'objectif de la Santé/2000, et
- iii) préparation du PGT.7.

118. Le Sous-Comité souligne que la présentation du document en facilite l'analyse et permet de constater la pertinence des activités prévues. Le Sous-Comité apprécie également l'adéquation et l'impact des actions déjà entreprises. Il constate que les augmentations prévues sont conformes à la résolution WHA32.29 et que les montants alloués à la Région permettent d'assurer le financement du programme envisagé.

119. Le Sous-Comité constate que le Projet a été préparé conformément aux directives des organes délibérants.

120. Le Comité prend acte du fait que le Directeur régional, en accord avec le Directeur général, a prévu en faveur du Zimbabwe, une première allocation de US \$400 000 au titre de leurs programmes respectifs pour le développement. Il reconnaît cependant que ce montant ne saurait suffire pour ce pays sortant d'une guerre longue et douloureuse. C'est pourquoi, il souscrit à la résolution WHA33.34 et note qu'il s'agit d'un chiffre provisoire en attendant de pouvoir mobiliser d'autres ressources. Les renseignements fournis par le Zimbabwe au cours de la réunion permettront de définir son programme avec plus de précision.

121. Le Comité régional fait siennes les conclusions du Sous-Comité du Programme et adopte la résolution AFR/RC30/R11.

¹ Le rapport du Sous-Comité figure à l'Annexe 9.

² Document AFR/RC30/2.

STRATEGIE REGIONALE POUR ATTEINDRE L'OBJECTIF SOCIAL DE LA SANTE POUR TOUS EN L'AN 2000

122. Le Dr G. W. Lungu (Malawi), membre du Sous-Comité du Programme, présente ce chapitre du rapport du Sous-Comité.¹ Il porte sur l'étude du document AFR/RC30/3 consacré à ce sujet. Le Sous-Comité considère que le document prend en compte les avis du CCADS. Le Comité note que la stratégie régionale représente une sommation des stratégies nationales, toutes axées sur le développement des SSP. Il reconnaît que ce texte répond aux questions fondamentales posées par ce document AFR/RC30/3 tel que revu par le CCADS. Il s'estime satisfait de ces réponses et recommande d'adopter la stratégie que le Directeur régional voudra transmettre au Directeur général sous une forme plus appropriée.

123. Au cours de la discussion, le Comité accorde un intérêt tout particulier à l'engagement politique que les pays se doivent de manifester. La signature de la Charte de Développement sanitaire en Afrique en est une des expressions. Il souhaite que tous les pays de la Région aient ratifié cette Charte d'ici à la trente et unième session du Comité régional.

124. Le Comité approuve la stratégie régionale et adopte la résolution AFR/RC30/R9.

SEPTIEME PROGRAMME GENERAL DE TRAVAIL POUR UNE PERIODE DETERMINEE (1984-1989)

125. Le Dr M. Ouoba (Haute-Volta), membre du Sous-Comité du Programme, présente ce chapitre du rapport qui porte sur l'examen du document AFR/RC30/4. Il attire l'attention du Comité sur l'importance que revêt le PGT.7 pour les programmes ayant 1990 comme horizon. Il trouve donc sa place dans le processus de gestion, et sa structure triangulaire met en relief l'interaction entre les programmes.

126. Les objectifs du PGT servent de base à la PMT qui permet de planifier les activités spécifiques. Ainsi ce mécanisme gestionnaire a permis d'adapter le PGT.6 aux approches nouvelles qui, toutes, sont postérieures à son adoption en 1976.²

127. Le dialogue continue avec les Etats Membres et la structure triangulaire des programmes de l'OMS représentent l'élément capital du PGT.7. Le PGT prévoit trois grandes catégories interdépendantes de programmes :

- i) programme de systèmes de santé unifiés (infrastructure opérationnelle);
- ii) programme de science et de technologie sanitaires (contenu des systèmes de santé); le terme "science" a été introduit à la demande du CCADS pour donner sa véritable dimension à ce programme;
- iii) programme de promotion et d'appui (soutien politique, social et économique, appui technique, gestionnaire et logistique).

¹ Document AFR/RC30/9.

² Résolution WHA29.20.

128. Le Comité souscrit à la recommandation du CCADS concernant la présentation globale du PGT.7 sans mention de variations régionales. La PMT permettra par la suite à chaque Région de tenir compte de ses problèmes spécifiques.

129. Le Comité adopte la résolution AFR/RC30/R10.

RAPPORT DU COMITE PERMANENT DE LA COOPERATION TECHNIQUE ENTRE PAYS EN DEVELOPPEMENT (CTPD)

130. Le Dr A. Bacar (Comores), membre du Sous-Comité du Programme, présente le chapitre correspondant du rapport du Sous-Comité concernant le document AFR/RC30/5.

131. Le Comité prend acte des conclusions du Comité permanent de la CTPD. Il juge satisfaisantes les structures régionales pour la mise en oeuvre de la CTPD (Groupes de Travail sous-régionaux, Comité d'Experts régionaux, centres collaborateurs, projets interpays).

132. L'adhésion des autorités politiques est essentielle pour rendre les stratégies nationales et régionale opérationnelles. C'est pourquoi, le Comité réitère sa recommandation tendant à inscrire le thème "Santé pour tous d'ici à l'an 2000" à l'ordre du jour d'une prochaine réunion au Sommet de l'OUA.¹ Elle est également essentielle à la mise en oeuvre des accords concernant le développement sanitaire.

133. Le Comité note avec satisfaction la nouvelle situation que l'accession du Zimbabwe à l'indépendance a créée en Afrique australe. Il recommande d'intensifier l'appui de la communauté internationale aux Mouvements de Libération nationale et aux pays de première ligne. Le Souaziland et le Lesotho qui accueillent les combattants blessés et les réfugiés doivent également bénéficier de cette aide.

134. Le Comité prend acte du renouvellement du Comité permanent de la CTPD. Le Cap-Vert, le Tchad et Maurice remplacent le Niger, le Cameroun et la Zambie aux termes de la résolution AFR/RC29/R9. Il recommande que les trois Présidents des Groupes de Travail sous-régionaux CTPD participent aux travaux du Comité permanent CTPD et du Groupe africain de Ressources "Santé/2000".

135. La discussion de ce point de l'ordre du jour donne lieu à la résolution AFR/RC30/R15.

RAPPORT SUR LA PARTICIPATION DES MEMBRES DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME AUX REUNIONS PROGRAMMATIQUES ET PLAN DE VISITES D'ETUDE DANS LES ETATS MEMBRES

136. Le Dr A. D. Pina (Cap-Vert), membre du Sous-Comité du Programme, présente le chapitre correspondant du rapport du Sous-Comité qui traite des documents AFR/RC30/6 et AFR/RC30/7.

137. Le Comité accepte la recommandation du Sous-Comité demandant qu'un rapport conjoint soit soumis chaque fois que plusieurs de ses représentants participent à une même réunion.

¹ Résolution AFR/RC29/R11.

138. Le Comité marque son accord sur le principe des visites énoncé dans le plan de visites d'étude. Par contre, les avis sont très partagés en ce qui concerne le calendrier et les pays à visiter. Le Directeur régional rappelle que ce plan a été établi en tenant compte des décisions prises à Maputo. Aucun critère n'a été fixé alors par le Comité. Le plan proposé n'est qu'indicatif, qu'il s'agisse du calendrier ou des pays à visiter.

139. Le Comité accepte de mettre à l'essai le plan de visites, compte tenu des explications du Directeur régional qui souligne l'importance d'un plan, même s'il n'est qu'indicatif.

140. Les Décisions Nos 8 et 9 sont adoptées.

SURVEILLANCE DE L'APPLICATION DE LA POLITIQUE ET DE LA STRATEGIE EN MATIERE DE BUDGET PROGRAMME

141. Le Dr J. E. Akinocho (Bénin), membre du Sous-Comité du Programme, présente ce point de l'ordre du jour. Le Sous-Comité a examiné le document AFR/RC30/8 et pris note de l'état d'avancement de la mise en place des SSP et notamment des programmes ayant l'an 1990 comme horizon.

142. Le Sous-Comité attire l'attention du Comité sur le rôle important joué par les Coordinateurs de l'OMS dans la mise en oeuvre de programmes, vu la place qu'ils occupent dans les structures politico-administratives du pays. Ils facilitent les relations entre l'Organisation et les Etats Membres.

143. Le Comité constate que la résolution WHA29.48 a été respectée; la coopération technique au niveau des pays est passée de 81,2 % en 1976-1977 à 84,1 % en 1980-1981 pour la part du budget ordinaire allouée aux projets pays et interpays.

144. Le Comité prend note des constatations du Sous-Comité sur la prise de conscience en ce qui concerne l'importance de la gestion. Des conseils nationaux ou des mécanismes multi-sectoriels similaires sont en place dans presque tous les pays. Un centre régional de développement sanitaire fonctionne à Cotonou et le CCADS a tenu sa première réunion à Brazzaville.

145. Le Comité note en outre que les structures du Bureau régional correspondent aux directives de la résolution WHA33.17.

146. Le Comité constate que l'application de la politique et de la stratégie en matière de budget programme est conforme aux directives des organes délibérants. Il propose de lui consacrer un rapport biennal, à paraître au moment où sont préparés les projets de budget programme.

147. La discussion de ce point donne lieu à l'adoption de la résolution AFR/RC30/R16.

STRATEGIE DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

148. Le document AFR/RC30/18 est présenté par le Secrétariat. Après un bref rappel des efforts consentis par le Bureau régional et les Etats Membres pour juguler le paludisme dans la Région, le document souligne que cette lutte s'inscrit dans l'objectif social de la santé pour tous d'ici à l'an 2000. L'approche SSP rend cette action possible. Il s'avère donc nécessaire de réorienter la stratégie de lutte antipaludique en Afrique dans cette optique. Les Etats Membres sont invités à formuler leurs stratégies nationales dont la synthèse permettra d'élaborer une stratégie régionale.

149. L'étude du document met en relief cinq grands thèmes : i) participation active des communautés; ii) utilisation des mesures applicables à grande échelle compte tenu des ressources limitées des pays; iii) formation du personnel; iv) recherche sur les moyens de prévention et la lutte; v) CTPD.

150. Ces discussions ont permis au Comité de dégager les directives suivantes :

- i) intégrer la lutte contre le paludisme dans les SSP;
- ii) renforcer les mécanismes de CTPD pour que tous les pays se sentent responsables de cette lutte;
- iii) mettre en place les mécanismes permettant de mobiliser les ressources appropriées;
- iv) renforcer et développer la formation au niveau sous-régional en tenant compte des centres de Lagos et de Lomé, créés à l'origine pour la lutte antipaludique;
- v) promouvoir la participation active des communautés dans le cadre des SSP;
- vi) encourager la recherche sur la prophylaxie antipaludique.

151. Le Comité invite donc les Etats Membres à formuler leurs stratégies nationales de lutte contre le paludisme en suivant, autant que possible, le canevas énoncé dans le document AFR/RC30/18. La stratégie régionale dépendra de leurs stratégies; elle sera ainsi collective mais non globale, car variant selon les conditions épidémiologiques de chaque pays.

152. A l'issue des débats, le Comité régional adopte la résolution AFR/RC30/R17.

RAPPORT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES 1980 : "SYSTEMES D'INFORMATION POUR LA GESTION DES PROGRAMMES SANITAIRES NATIONAUX"

153. Le Dr M. R. Boal, Président des discussions techniques, présente au Comité le document AFR/RC30/19 (Annexe 10), élaboré à partir des rapports de trois groupes de travail - anglophone, francophone et trilingue. Ces groupes ont choisi comme Coordonnateurs les Drs W. Mwambazi (Zambie), M. Touré (Sénégal) et U. V. Fresta (Angola). Le Sous-Comité des Désignations avait déjà élu les Drs A. Habimana (Rwanda), P. S. Ngakane (Lesotho) et A. D. Pina (Cap-Vert) comme Rapporteurs.

154. Les groupes réunis le 20 septembre 1980 ont eu à étudier le document intitulé : "Systèmes d'information pour la gestion des programmes sanitaires nationaux", préparé par M. Ngoie Mbuya Mutombo (Zaïre).¹

155. Les discussions se sont déroulées selon un schéma reflétant les quatre groupes de questions essentielles soulevées par le document de travail : i) définition du concept et des principales caractéristiques d'un système d'information pour la gestion; ii) principaux problèmes; iii) formulation de directives générales pour sa planification, son organisation, son implantation et son évaluation; iv) liens entre les systèmes nationaux d'information sanitaire et les systèmes de l'OMS.

156. Les participants font ressortir les insuffisances des systèmes d'information et les difficultés auxquelles ils se heurtent, mais aussi les progrès réalisés. La principale difficulté réside dans le fait que l'information lorsqu'elle est produite, n'est pas toujours analysée et, lorsqu'elle est analysée, reste souvent inutilisée.

157. Il n'existe pas de stratégie unique qui puisse répondre aux exigences et aux besoins de tous les pays. Il appartient à chaque pays d'élaborer sa propre stratégie. Les éléments suivants peuvent s'avérer utiles à cet effet : i) utilisation de l'information comme outil de gestion; ii) recensement des utilisateurs et de leurs besoins; iii) évaluation du système existant; iv) établissement des priorités; v) élaboration d'un schéma opérationnel du système d'information; vi) mise en place d'un mécanisme d'évaluation permanente.

158. La liaison entre les systèmes d'information nationaux et ceux de l'OMS permet d'appuyer les processus de gestion des deux systèmes. Le profil de pays constitue leur interface.

DESIGNATION DU PRESIDENT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES POUR 1981

159. Le Président du Comité propose de nommer le Dr J. C. Mohith (Maurice) comme Président des discussions techniques à la trente et unième session. Ces dernières auront pour thème : "Le rôle des programmes ayant 1990 comme horizon pour atteindre l'objectif de la santé pour tous d'ici à l'an 2000" (programme élargi de vaccination, approvisionnement en eau et salubrité, lutte contre la malnutrition).

160. Cette proposition est entérinée par la Décision No 10.

CHOIX DU SUJET DES DISCUSSIONS TECHNIQUES POUR 1982

161. Le Directeur régional propose au Comité les cinq sujets suivants susceptibles de clarifier le concept de la santé pour tous en l'an 2000 : i) Promotion et développement des SSP : approche intersectorielle; ii) Rôle de l'infrastructure sanitaire dans le développement des SSP; iii) Mobilisation des collectivités en vue du développement sanitaire : approches et contraintes; iv) Développement sanitaire, processus gestionnaires et rôle des Ministères de la Santé; v) Médicaments essentiels et SSP : rôle de la CTPD.

¹ Document AFR/RC30/TD/1.

162. Le Comité reconnaît l'importance et la pertinence de tous les sujets proposés. La plupart des représentants soulignent cependant l'importance des collectivités, clef de voûte du développement des SSP, et garantie de la pérennité des résultats obtenus. Le Comité accorde donc la préférence au sujet : "Mobilisation des collectivités en vue du développement sanitaire : approches et contraintes".

163. Ce point de l'ordre du jour a fait l'objet de la Décision No 11.

DATES ET LIEUX DES TRENTE ET UNIEME ET TRENTE-DEUXIEME SESSIONS DU COMITE REGIONAL

164. Le Directeur du Programme de Soutien présente au Comité le document AFR/RC30/22. Il attire son attention sur la Décision No 6 prise à Maputo en 1979 de tenir sa trente et unième session à Accra, Ghana, en septembre 1981.

165. Dans cette même décision, le Comité prenait note de l'invitation du Gouvernement du Gabon à tenir la trente-deuxième session à Libreville en 1982.

166. Conformément à la résolution AFR/RC18/R10, par laquelle le Comité régional souhaite se réunir au moins une année sur trois au Siège régional, le Comité décide de tenir sa trente-troisième session à Brazzaville en 1983.

167. Le Comité enregistre également les invitations émanant de l'Angola et de la Zambie pour ses trente-quatrième et trente-cinquième sessions.

168. Les représentants du Ghana et du Gabon ayant officiellement confirmé les invitations de leurs Gouvernements respectifs, le Comité adopte la Décision No 12.

ALLOCUTIONS D'INTERET PROGRAMMATIQUE

169. L'allocution du Directeur régional et le message du Directeur général ont facilité le travail du Comité en clarifiant les concepts souvent complexes et en esquisant les perspectives d'avenir. Tout en restant réalistes, ce sont des messages d'espoir. La formulation de la stratégie régionale, le Septième Programme général de Travail et le Projet de Budget Programme reflètent un certain nombre d'éléments développés dans ces textes.

170. Le message du Directeur général a donné lieu à l'adoption par l'ensemble du Comité¹ de la résolution AFR/RC30/R2.

¹ Projet de résolution présenté par les pays suivants : Angola, Bénin, Botswana, Burundi, Cap-Vert, République centrafricaine, Tchad, Comores, Congo, Guinée équatoriale, Ethiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Côte d'Ivoire, Kenya, Lesotho, Libéria, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Niger, Nigéria, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Seychelles, Souaziland, Togo, Ouganda, République unie du Cameroun, République unie de Tanzanie, Haute-Volta, Zaïre, Zambie et Zimbabwe.

171. Le Comité a adopté¹ la résolution AFR/RC30/R1 concernant l'allocation du Directeur régional. Dès le début des travaux du Comité, le Nigéria a demandé qu'une large diffusion soit assurée au texte de cette allocution.

CONCLUSIONS

172. Les soins de santé primaires, les processus gestionnaires et l'expression de la volonté politique pour satisfaire les besoins fondamentaux des populations représentent les principaux axes d'orientation des travaux de la trentième session du Comité régional. Ces orientations correspondent aux préoccupations des pays. A cela, il faut ajouter la CTPD et l'approche intégrée comme moyens d'atteindre l'objectif de la Santé/2000. Au cours de ses travaux, le Comité a fait souvent référence aux orientations programmatiques contenues dans le message du Directeur général et l'allocution du Directeur régional.

Mouvements de Libération nationale reconnus par l'OUA

173. Cette session du Comité a été profondément marquée par l'accession à l'indépendance du courageux peuple du Zimbabwe. La présence de la délégation du Zimbabwe a été un élément de fierté et de joie. Il s'agit maintenant d'obtenir la libération des autres terres d'Afrique australe sous domination raciste inique. A cet effet, le Comité demande au Directeur régional d'organiser une conférence internationale sur la santé et l'apartheid.

Programmes de coopération

174. Après l'exposé fait par les représentants de la Guinée équatoriale et du Tchad sur la situation sanitaire dans leurs pays respectifs, le Comité crée deux programmes spéciaux de coopération pour faire face à ces situations d'urgence (résolutions AFR/RC30/R3 et AFR/RC30/R19). La résolution AFR/RC30/R18 met l'accent sur la lutte contre la cécité, fondée sur l'approche SSP et le mécanisme de la CTPD.

Corrélation entre les travaux des organes délibérants

175. La nouvelle présentation des documents a facilité la discussion et la formulation de directives par le Comité. Les représentants ont été unanimes à féliciter le Directeur régional de cette heureuse initiative. La souplesse du système est à noter. Le Comité ayant demandé que la stratégie régionale de lutte antipaludique s'appuie sur les stratégies nationales, un nouveau point a été inscrit à cet effet à l'ordre du jour provisoire de la trente et unième session du Comité.

¹ Projet de résolution présenté par les pays suivants : Angola, Bénin, Botswana, Burundi, Cap-Vert, République centrafricaine, Tchad, Comores, Congo, Guinée équatoriale, Ethiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Côte d'Ivoire, Kenya, Lesotho, Libéria, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Niger, Nigéria, Rwanda, Sao Tomé et Principe, Sénégal, Seychelles, Souaziland, Togo, Ouganda, République unie du Cameroun, République unie de Tanzanie, Haute-Volta, Zaïre, Zambie et Zimbabwe.

Sous-Comité du Programme

176. Le Sous-Comité du Programme s'est avéré une fois de plus très utile. En étudiant au préalable les divers problèmes techniques et budgétaires, souvent complexes, il a permis au Comité de se concentrer sur la formulation de politiques et directives.

CLOTURE DE LA SESSION

177. L'Honorable M. C. Jallow (Gambie), Président de la trentième session, ouvre la séance de clôture en soulignant l'importance que présentent les débats du Comité en vue de la santé pour tous en l'an 2000.

178. Le Dr M. Diop, Ministre de la Santé publique du Sénégal, prend la parole au nom de l'ensemble des délégations. Il prie le Ministre de la Santé et des Affaires sociales de la République populaire du Congo de remercier son Excellence le Camarade Denis Sassou-Nguesso, Président de la République, Chef de l'Etat, Président du Conseil des Ministres, et le peuple congolais de l'attention délicate dont les représentants ont été entourés depuis leur arrivée. C'est là un témoignage vivant de cette "Téranga" africaine, symbole vivant des traditions qui doivent guider la CTPD.

179. La trentième session marquera un grand pas dans ce processus d'autoresponsabilité que le Dr Quenum a toujours voulu imprimer à la Région. Les débats ont abouti à des résultats positifs, révolutionnaires, grâce au sens de l'organisation et de méthode du Directeur régional. L'allocution du Dr Quenum constitue un véritable manifeste politique en matière de développement sanitaire, un document de base qui doit être porté à la connaissance de tous les gouvernements. Les discussions techniques ont suscité des débats passionnés. La stratégie régionale devrait permettre de mobiliser toutes les ressources régionales et internationales en vue d'atteindre l'objectif social de la santé pour tous en l'an 2000.

180. Au retour dans leurs pays, conclut le Dr Diop, il appartiendra aux représentants de mettre à l'oeuvre la détermination du Comité, de révolutionner les systèmes de santé nationaux afin qu'ils soient conformes à l'objectif social de la santé pour tous et aux aspirations des collectivités africaines.

ANNEXES

ALLOCUTION D'OUVERTURE PRONONCEE PAR LE DOCTEUR COMLAN A. A. QUENUM,
DIRECTEUR REGIONAL DE L'OMS

SANTE POUR TOUS EN L'AN 2000, UTOPIE OU REALITE ?

Participation à un acte historique

Monsieur le Premier Ministre,
Messieurs les membres du Bureau politique, du Parti congolais du Travail (PCT),
Messieurs les membres du Bureau de l'Assemblée nationale populaire,
Messieurs les membres du Conseil des Ministres,
Honorables représentants des Etats Membres,
Excellences, Mesdames, Messieurs,

1. Je voudrais en tout premier lieu vous souhaiter une respectueuse et cordiale bienvenue à la Cité du Djoué, Siège du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. Nous sommes particulièrement sensibles à l'honneur que vous nous faites en rehaussant de votre présence l'éclat de cette cérémonie.

Monsieur le Premier Ministre, représentant le Président de la République populaire du Congo,

2. Il m'est un agréable devoir de vous remercier très sincèrement d'avoir bien voulu honorer de votre présence cette cérémonie d'ouverture solennelle de la trentième session du Comité régional africain. Par delà votre présence, nous voyons le symbole de l'appui politique que nous avons tant souhaité pour pouvoir atteindre à la fin de ce siècle un objectif qui nous est cher : la santé pour tous. En apposant dans quelques instants votre signature au bas de la Charte du Développement sanitaire africain d'ici à l'an 2000, vous aurez accompli, comme Représentant du Premier Magistrat de votre République populaire et au nom de vos pairs, un geste dont la portée historique ira au-delà des frontières de votre accueillant pays le Congo et de notre beau continent l'Afrique. En raison de la portée de l'événement, daignez transmettre, Monsieur le Premier Ministre, au Président de la République populaire du Congo nos hommages et sentiments de profonde gratitude.

Excellences, Mesdames, Messieurs,

3. Je dois ensuite m'acquitter d'un autre devoir non moins important : celui de vous transmettre les amers regrets du Dr H. Mahler qui, pour la première fois depuis 1973 qu'il assume les lourdes charges de Directeur général, ne pourra pas participer personnellement aux travaux de la présente session. Il vous a adressé le texte de son

Annexe 1

allocution souvent tant attendue ayant pour thème cette année : "Faites pleinement usage de votre OMS". Je suis certain que cet appel à la réflexion pour l'action suscitera comme les précédentes années les mêmes intérêts, sinon plus, au moment où nous allons discuter et adopter notre stratégie régionale en vue de l'instauration de la santé pour tous en l'an 2000. Personne n'ignore la contribution personnelle du Dr H. Mahler au succès de la lutte que mènent les peuples africains pour leur libération sanitaire. Nul n'ignore également que dans cette action difficile, nous sommes en pleine communion d'idées avec le Dr H. Mahler. Notre alchimie intellectuelle, morale et sociale n'a d'égale que la foi que nous mettons à transformer d'abord l'homme. Cette alchimie doit rendre l'homme capable d'accéder à la suprême connaissance pour une action noble qui apporte à l'humanité souffrante la paix des coeurs et des âmes.

4. Paix éternelle aussi à l'âme de notre regretté M. Teeluck, hier encore Ministre de la Santé de l'Ile Maurice et Premier Vice-Président de la vingt-neuvième session du Comité qui s'est réunie à Maputo. Que la délégation mauricienne trouve ici l'expression de nos tristes condoléances.

5. Il n'y a pas de lutte de libération sans pertes. Nous voulons nous consoler de la sorte en souhaitant que la trentième session, après celle de Maputo, aille au-delà des succès précédents pour que se poursuive sans relâche le processus de notre libération sanitaire.

Maputo, étape décisive

6. J'éprouve en ce jour un sentiment de légitime fierté en déclarant du haut de cette tribune que la session de Maputo a été véritablement une étape décisive dans notre difficile lutte de libération sanitaire. Qu'il me suffise de rappeler l'allocution pleine de sagesse et de dynamisme du Président Samora Moises Machel, authentique combattant de la lutte de libération des peuples. Le Comité ayant saisi la portée philosophique de ce discours pour l'action sanitaire en Afrique a décidé de considérer cet important document comme l'une des formes d'expression de la volonté politique et de l'engagement ferme des Etats Membres. Il ne fait aucun doute aujourd'hui que de tels stimulants sont nécessaires pour promouvoir le développement socio-sanitaire, la coopération technique entre pays en développement et l'instauration d'un niveau de santé acceptable pour toutes les populations africaines.¹ J'espère que vous vous souvenez aussi

¹ Résolution AFR/RC29/R3.

Annexe 1

du message des organisations démocratiques mozambicaines. C'est également à Maputo que le Comité a prié le Directeur régional d'intensifier sa collaboration dans le domaine de la santé avec le Front patriotique pour la libération politique du Zimbabwe,¹ préalable à tout développement sanitaire de ce pays. Aucun de nous ne peut aujourd'hui dissimuler sa joie et sa fierté de voir la République du Zimbabwe, devenue membre à part entière de notre Organisation, siéger pour la première fois comme Etat souverain à une session du Comité régional. En même temps qu'au Zimbabwe, nous souhaitons une cordiale bienvenue aux Seychelles devenues membre de l'OMS depuis septembre 1979 et à la Guinée équatoriale qui occupe désormais la place qui lui revient de droit dans notre cercle de famille décidé à poursuivre la lutte politique pour instaurer la santé pour tous par la voie de la justice sociale. Nos vœux de plein succès accompagnent tous ces nouveaux Etats Membres, car de notre unité et de notre solidarité dépend le progrès sanitaire de l'Afrique. Le progrès auquel je me réfère, loin d'être mythique, doit devenir une réalité sociale évaluable. Par delà les conflits idéologiques et axiologiques, nous avons besoin d'agir concrètement et solidairement ensemble. Comme l'a dit si bien Jean Paul Sartre, "L'absolu est parti, restent les tâches".

7. Nos tâches en matière de développement sanitaire en Afrique restent immenses et la lutte sera longue. En 1980, vingtième anniversaire du massacre de Sharpeville, souvenez-vous aussi que c'est à Maputo que le Comité a recommandé aux Etats Membres de créer des comités nationaux de soutien aux Mouvements de Libération nationale reconnus par l'OUA qui travailleront en étroite liaison avec le Directeur régional. L'apartheid qui nuit à la santé des peuples reste notre principal ennemi. Le bilan des actions prises par les différents gouvernements pour mettre en oeuvre une décision aussi importante pourrait être une excellente occasion de réflexion au cours de la présente session sur la valeur contractuelle des différentes résolutions que vous adoptez. Pour l'instant, je pense personnellement que les résolutions comme instruments modernes d'élaboration de la règle juridique internationale doivent avoir une valeur exécutoire. Leur inexécution, c'est-à-dire leur non traduction dans les faits rend stériles nos efforts de promotion de la santé pour tous. Il serait peut-être plus sage que nous n'adoptions que des résolutions que nous sommes sûrs de traduire en actions de développement sanitaire. Une attitude contraire pourrait nous conduire à une sorte d'idéalisme superficiel voué à l'inefficacité ou à un innocent angélisme ignorant les dures réalités du monde contemporain.

¹ Résolution AFR/RC29/R14.

Annexe 1

8. Je voudrais enfin rappeler que c'est à Maputo que la grande majorité des Etats Membres a décidé de me confier un nouveau mandat pour une autre période de cinq ans,¹ choix qui a été depuis approuvé par la soixante-cinquième session du Conseil exécutif² au mois de janvier de cette année. Je manquerais de sincérité envers vous si j'essayais de dissimuler tant soit peu ma fierté et mon légitime sentiment de plénitude pour cette nouvelle marque de confiance que je considère en toute probité comme méritée. Elle m'apparaît en effet comme la reconnaissance publique de l'effort accompli et du sens du devoir et de responsabilité dont j'ai toujours fait preuve depuis 1965 lorsque j'ai pris en main la direction de ce Bureau régional dans des conditions particulièrement difficiles. Malgré tout mon dévouement et ma disponibilité vis-à-vis de tous, au mépris bien souvent de ma propre santé, ce ne sont pas les détracteurs qui manquent. Mais je voudrais une fois de plus saisir l'occasion pour leur rappeler que la critique est aisée mais l'art est difficile. A ceux qui se considèrent encore comme mes amis et mes frères, je leur demande de continuer à me faire toujours confiance. Je veux enfin vous rassurer tous que je n'ai qu'un objectif être au service de la santé de tous. Je vous ai déjà clairement exposé l'idéologie sanitaire qui nous guide et qui a pour nom radicalisme sanitaire et humaniste. Et c'est dans ce contexte historique que la première question que je me suis posée dès ma réélection est celle de la raison d'être de cette nouvelle marque de confiance. J'ai interprété votre décision comme un indicateur non seulement de votre maturité et de votre probité intellectuelle et morale, mais aussi de votre souci de continuité et d'efficacité dans l'action de développement sanitaire en Afrique comme dans le monde.

Continuité et efficacité de l'action de développement sanitaire

Mesdames, Messieurs les représentants des Etats Membres,

9. Si telle est vraiment votre préoccupation, je puis vous assurer que la tâche sera poursuivie et qu'elle a déjà commencé en étroite corrélation avec les nouvelles orientations programmatiques mises en oeuvre depuis ces cinq dernières années, à savoir, substitution de la notion de coopération technique plus dynamique à celle plus passéiste d'assistance, participation active des Etats Membres à l'oeuvre de développement sanitaire de votre Organisation, approfondissement et diffusion des processus gestionnaires de développement sanitaire et promotion des soins de santé primaires pour atteindre la santé pour tous d'ici à l'an 2000. Les diversions des inconscients perturbateurs n'ont pas encore entamé notre courage. Au cours de la présente session, vous aurez à examiner les efforts qui ont été déployés pour élaborer et soumettre à votre réflexion-action

¹ Résolution AFR/RC29/R1.

² Résolution EB65.R1.

Annexe 1

la stratégie régionale visant à atteindre l'objectif social "Santé pour tous en l'an 2000". Est-ce vraiment pertinent à ce stade de l'action de se poser la question de savoir si l'objectif social "Santé pour tous en l'an 2000" est une utopie ou un choix réaliste ? Je crois que oui car la réflexion même dans l'action a toujours été un guide nécessaire. Il y a seulement deux ans beaucoup d'entre nous se demandaient encore si nous n'étions pas en pleine utopie ou onirisme. Fort heureusement non. La stratégie régionale est bien devenue une réalité qui a été soigneusement examinée par le Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire et soumise maintenant à votre examen critique. Il s'agit d'une tâche de longue haleine qui a besoin sans cesse d'être réajustée eu égard aux résultats acquis. Notre mobilisation et notre vigilance doivent être permanentes. La mise en oeuvre efficace de cette stratégie régionale a besoin d'un nouveau cadre conceptuel et d'une autre praxis. Tout au long de cette exécution, vous devez sans cesse vous préoccuper de la surveillance aux niveaux tant politique que gestionnaire. Dans quelle mesure l'état de santé des populations s'améliore-t-il ? Les programmes sont-ils correctement formulés et les services bien conçus ? Quelle est l'efficacité des services de santé dans le cadre des services socio-économiques ? L'évaluation de l'impact grâce à des indicateurs de santé bien sélectionnés doit être aussi votre préoccupation. En agissant de la sorte, vous aurez montré que l'intelligence de l'homme Africain, organisée comme arme critique, comme conscience sociale et comme instrument d'édification cohérente de la cité, constitue un moyen suprême de changement. Nous aurons aussi montré par la même occasion comment concrètement un Comité régional peut jouer un rôle capital dans la formulation, la mise en oeuvre, la surveillance et l'évaluation de la stratégie régionale.

10. Le Septième Programme général de Travail pour la période 1984-1989 met à notre portée des détails appropriés. L'étude des structures de l'Organisation eu égard à ses fonctions vous propose maintenant un plan d'action qui devrait vous aider à faire de l'OMS un système de recours/soutien dont vous avez tant besoin pour atteindre un objectif essentiel pour tous. A vous de faire maintenant de votre OMS l'usage que vous estimez le plus approprié. Des discussions que vous aurez sur les principaux sujets soumis à votre examen, nous attendons fermement des directives précises qui doivent aussi se préoccuper de préparer l'avenir sanitaire de l'Afrique tel que vous le souhaitez.

Annexe 1Quel avenir sanitaire pour l'Afrique ?

11. Dans un monde en désarroi, en ces temps de frénésie consummatoire et épuisante, sans joie, nous sommes bien souvent amenés à nous poser la question fondamentale de savoir si oui ou non l'Afrique va se libérer sanitaire ? Probablement oui, à condition qu'elle se libère politiquement, économiquement et socialement. C'est pour elle non seulement une nécessité, mais surtout un devoir. Pour assumer un tel devoir, elle devrait en avoir le courage. La volonté politique à laquelle nous nous référons si souvent ne se résume pas en de vagues déclarations de bonnes intentions non suivies d'actions concrètes. Celle qui est en cause ici est plutôt cette solidarité et ce pouvoir de coordination de toutes nos forces physiques et psychiques en vue de l'action efficace. Cette volonté politique apparaît comme une fonction de synthèse capable d'actions réfléchies où s'équilibrent impulsion et inhibition. Nos exploiters et ennemis de toujours sont persuadés que l'Afrique est congénitalement incapable d'un tel effort de mobilisation. Allons-nous donner raison à ceux-là qui nous ont toujours méprisés en montrant qu'à l'orée de l'an 2000, nous serions encore les esclaves à propos de qui Jean Jacques Rousseau a dit qu'ils perdaient tout dans leurs fers jusqu'au désir d'en sortir ? Certainement non. La révolution sanitaire africaine en marche doit se poursuivre soit par approches successives, soit par ruptures.

12. Après les succès éclatants de Maputo, nous devons nous préoccuper de la nécessité d'une double solidarité : l'une synchronique avec les générations présentes, l'autre diachronique avec les générations futures. Il nous faut donc désormais marcher tous ensemble avec détermination et dignité, la fraternité dans nos coeurs et l'avenir devant nous afin que nos efforts individuels et collectifs pour la libération sanitaire de nos peuples soient couronnés de succès. La destinée des Africains doit cesser d'être une fatalité à subir pour devenir une dignité à conquérir. Notre principale obsession reste la mystique de l'effort qui se fait de plus en plus rare. Devons-nous continuer à nous leurrer d'illusions en pensant à un bien-être fictif qui ne serait pas le produit du travail volontaire et conscient, c'est-à-dire de cet effort créateur dont la tâche reste de promouvoir un sens à la vie de l'homme en agrandissant la réalité humaine ?

Annexe 1

A ceux qui auraient le moindre doute en ce qui concerne la réponse à cette interrogation fondamentale, je peux affirmer qu'ils ne connaîtront pas le développement sanitaire qu'ils souhaitent sans un travail créateur parce que formateur. Une telle certitude nous conduit à une autre problématique non moins essentielle, celle des corrélations entre la santé et la politique.

Santé et politique

13. Nous avons sans cesse évoqué au cours de nos nombreux et récents débats la nécessité des mesures appropriées à prendre pour assurer un appui politique, social, gestionnaire, technique et financier aux stratégies et plans d'action nationaux. Mon sentiment est que nous ne sommes pas encore tous convaincus que la santé est au centre de la réflexion économique, sociale et politique contemporaine par la médiation de la force du travail. J'ai suivi avec intérêt la participation à la discussion générale des délégués africains à la Trente-Troisième Assemblée mondiale de la Santé. Certains ont beaucoup insisté sur la dichotomie politique politicienne et politique sanitaire. J'ai peur que nous ne soyons à nouveau en pleine ambiguïté conceptuelle. Nous entendons par politique la prise en charge de la vie de la cité. Est politique tout ce qui concerne la vie du groupe et les normes de régulation du corps social. Que l'OMS n'ait pas à s'occuper d'une lutte pour la conquête et la conservation d'un pouvoir, j'en conviens. Elle n'en a d'ailleurs pas les moyens et ceci n'est pas son rôle. Cette fonction de régulation de l'ensemble de la vie sociale tant nationale qu'internationale, elle ne l'a nulle part revendiquée. Dans le même ordre d'idées, je dis avec une conviction non moins ferme qu'il est impossible de penser et de développer la santé en dehors de la société qu'elle doit servir. Dès lors que la santé s'ouvre sur le champ réflexif des phénomènes sociaux, cette ouverture ne fait que confirmer la nature politique de la santé qui fait d'elle un carrefour d'axes de connaissances et de pratiques sociales qui puisent leur raison d'être dans leur rapport avec la vie de la communauté. Toute définition de la santé qui recouvre nécessairement une conception de l'homme comme être bio-social comporte donc une option politique.

14. Comment peut-on définir une politique de santé en ignorant les choix politiques des Etats Membres souverains ? L'OMS peut-elle et doit-elle se sentir concernée par la volonté politique exprimée par le Sommet des Chefs d'Etats et de Gouvernements des pays non-alignés profondément désireux d'améliorer les soins de santé dans le monde ?

Annexe 1

Devons-nous continuer dans la voie hypocrite qui consiste à élaborer un plan sanitaire en technocrates innocents, non préoccupés des choix de projets ou modèles de sociétés à bâtir par les Etats Membres ? Ma réponse aujourd'hui plus qu'hier sera catégorique, sans la moindre équivoque : à savoir que nous avons le devoir impérieux de respecter les choix politiques des Etats Membres si nous voulons que s'établisse une véritable coopération technique pour la justice sociale et la coexistence pacifique. L'apolitisme dont certains voudraient se réclamer n'est qu'un vain ornement dont on sait bien ce qu'il recouvre. Les vrais politologues sont les apolitiques. Toute société possède bel et bien son idéologie, que celle-ci soit implicite ou explicite. Le dogme de la non-idéologie est probablement aussi pernicieux et faux que toutes les idéologies transformées en dogmes. Seule une attitude heuristique constante permet un meilleur équilibre des valeurs. Ces prémisses étant admises, nous devons plutôt travailler à défendre avec vigueur l'immixion des puissances impérialistes dans l'édification de nos systèmes nationaux de santé. Celles-ci doivent cesser de considérer nos pays comme de vastes dépotoirs de matériels hors d'usage dans leurs espaces nationaux. L'OMS restera en Afrique l'institution impartiale chargée d'assumer des tâches de coordination et de direction d'une efficace coopération technique en matière de santé. Mais entendons-nous bien : la neutralité ou mieux l'impartialité de l'OMS ne saurait être synonyme d'indifférence.

15. Nous sommes et restons préoccupés de justice sociale. Au nom de celle-ci, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique doit continuer à apporter sa précieuse contribution à l'instauration d'un nouvel ordre international, qu'il soit politique, social, économique, sanitaire et culturel. Comment pouvons-nous atteindre un tel objectif si la plupart des Etats Membres ne prennent pas les mesures appropriées pour faire de la santé une partie intégrante du développement ?

Santé comme partie intégrante du développement socio-économique

16. Dans les rapports entre la santé et l'organisation socio-politique, il faut essayer d'éviter les schémas simplistes et réductionnistes qui n'auraient que l'apparence du réalisme et de l'efficacité. Toute pratique humaine se déroule toujours à trois niveaux de réalité qui sont idéologique, scientifique et politique. L'idéologie fournit aux hommes les valeurs dont ils ont besoin pour orienter leur praxis. La science et la technologie fournissent les ressources nécessaires à l'action. La politique nous indique

Annexe 1

comment accomplir l'action choisie, quelle stratégie sociale adopter. C'est fort de la cohérence d'un tel triptyque que nous nous sommes rendus en avril à Lagos à la Conférence ministérielle du Premier Sommet économique de l'Organisation de l'Unité africaine (OUA) grâce à l'aimable invitation de son Secrétaire général.

17. Nous pensions aussi que tous les Etats Membres étaient bien au fait des profondes implications de la résolution 34/58 de l'Assemblée générale des Nations Unies concernant la santé en tant que partie intégrante du développement. Des nombreuses déclarations que j'ai pu entendre, aucune mention n'a été faite de la place de la santé dans le développement socio-économique des Etats Membres. Si l'on a beaucoup parlé des sources d'énergie renouvelables et non renouvelables, on a oublié d'évoquer l'énergie humaine qui est à la base de la force productrice de travail, que celle-ci soit mentale, physique ou sociale. Pourtant, tous les économistes et les politiciens savent que le minimum d'énergie nécessaire pour le maintien de la santé est de 2000 calories, c'est-à-dire le minimum vital sans lequel l'être humain ne peut être socialement productif.

Je me suis permis de citer cet exemple pour montrer une fois de plus la nécessité d'une conception globale et d'une approche holistique du développement qui n'est pas la seule croissance économique. Nous avons de multiples raisons de penser que la conviction était acquise que sans la santé il ne saurait y avoir de développement socio-économique. Les interactions inverses sont aussi évidentes et valables. Nous étions persuadés que tous les responsables nationaux en Afrique étaient désormais convaincus que les différents aspects du développement économique ne favorisaient pas toujours la santé. La détérioration de l'environnement physique et psycho-social bien connue aujourd'hui fait partie des retombées négatives de la croissance économique qui ne vise qu'à élever le produit national brut (PNB). L'idée qui consiste à se préoccuper de la croissance d'abord et à assurer plus tard la justice dans la redistribution des biens et services nous est inacceptable. La santé ne peut contribuer efficacement à l'instauration d'un nouvel ordre économique international que si elle s'insère résolument dans un processus de développement axé sur l'homme. Le nouvel humanisme que nous appelons de tous nos vœux depuis plus d'une décennie aura la santé comme plate-forme pour le dialogue consacré au développement. Le paradigme d'un autre développement que nous voulons autonome parce qu'auto-responsable, endogène parce que non mimétique, a nécessairement pour référentiel la révolution socio-sanitaire que nous préconisons. Et c'est en raison de cet impératif que l'idée "Santé pour tous en l'an 2000" est bien un concept révolutionnaire.

Annexe 1Santé pour tous en l'an 2000 comme concept révolutionnaire

18. Que de fois n'ai-je pas entendu d'honnêtes gens déclarer en toute bonne foi que l'idée de santé pour tous d'ici à l'an 2000 n'est pas aussi révolutionnaire que nous le prétendons. Certains se réfèrent à l'Article premier de la Constitution de l'OMS qui assigne comme unique but à celle-ci d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé pour ironiser sur le fait de considérer comme révolutionnaire l'idée de santé pour tous en l'an 2000. Il s'agit selon eux d'un cas flagrant d'inexactitude terminologique. Le fait de fixer une date cible pour accomplir la tâche d'assurer à tous les soins de santé ne leur paraît pas suffisant pour affubler d'une étiquette révolutionnaire chimérique un objectif qu'ils trouvent par ailleurs pratique et raisonnable.¹ Pourtant, c'est bien d'une idée révolutionnaire qu'il s'agit lorsqu'on a le courage de parler de santé pour tous en l'an 2000.

19. Si nous prenons le mot "Idée" au sens d'activité de l'esprit, réalité pensante de projet ou de dessein, il y a révolution conceptuelle dans la mesure où il y a création, invention et libération du connu, d'où rupture avec un passé expérientiel. Il y a innovation parce qu'il y a une reformulation dynamique de l'idée constitutionnelle sous un schème mieux adapté à l'esprit de notre temps et aux mutations possibles de l'avenir. Une telle vision de la réalité entraîne ipso facto d'énormes conséquences pour la pratique de la santé communautaire dans la mesure où elle nous impose un changement radical dans la conception, la programmation et la distribution des prestations de soins. Elle implique une révision douloureuse dans l'utilisation des technologies, qu'elles soient sophistiquées, palliatives ou appropriées. Qu'est-ce qui caractérise une révolution scientifique sinon l'apparition de schémas conceptuels nouveaux, la mise en exergue d'aspects inaperçus auparavant, l'acceptation des changements de règles pour la nouvelle pratique ? Les coupures épistémologiques² que constituent les révolutions relativiste et quantique ne nous ont-elles pas contraints à la destruction de nos idées anciennes et à l'effort d'adaptation aux idées nouvelles ? L'abandon du déterminisme n'a pas été seulement le renoncement à un principe d'explication, mais a entraîné une représentation radicalement différente du monde, une autre vision de l'univers. Il y a aujourd'hui abandon de l'idée d'une stricte causalité. Sans renoncer totalement au déterminisme, il a fallu plutôt le redéfinir.

¹ Forum mondial de la Santé, 1980, I (1,2), p. 191.

² Ruptures, changements radicaux de principes et de méthodes au sein d'une ou des sciences.

Annexe 1

20. Pourquoi voudrions-nous que la santé communautaire, savoir et pratique à la croisée de multiples sciences, échappe au même mouvement épistémologique ? Comment peut-elle continuer à ignorer un mouvement politique mondial qui s'accommode mal de l'injustice sociale ? Les soins de santé primaires ont une signification sociale qui n'a jamais transparu à travers les services de santé de base dont l'approche a été essentiellement monosectorielle. L'histoire de la santé publique n'est rien d'autre qu'une lutte continue pour contrôler notre vision et notre compréhension des phénomènes socio-sanitaires afin de corriger sans cesse nos erreurs et de rendre toujours plus efficace l'action sanitaire au service des peuples.

21. La révolution dont nous parlons ne doit pas être prise comme un simple désir d'aménagement rationnel de l'inévitable croissance. Pour l'an 2000, nous voulons des systèmes sanitaires radicalement différents qui ont pour fondement le respect des droits de l'homme et de l'équité. Autant que l'ordre du pain, nous voulons l'ordre du corps et de l'âme. Nous ne voulons plus de cet ordre mondial où les riches distribuent des aumônes aux pauvres en même temps qu'ils tiennent ceux-ci sous leur pouvoir. Nous voulons que s'impose la nécessité d'une conscience nouvelle pour une autre solidarité internationale, mais non plus celle du cavalier et du cheval. Nous savons que la prise de conscience et la conquête des valeurs sont des processus lents de transformation de la condition humaine. Confiants en la force et au dynamisme des idées dont celle de santé pour tous en l'an 2000, nous sommes résolus à poursuivre notre lutte dont la cause est juste. Où en sont donc les soins de santé primaires en Afrique ?

De l'utopie à la réalité

22. Jamais n'aura paru aussi saisissante l'affirmation d'André Gide en ce qui concerne l'objectif santé pour tous et la voie qui y mène, les soins de santé primaires : "C'est par la porte étroite de l'utopie qu'on entre dans la réalité bienfaisante". N'est-ce pas être aussi chimérique que de nommer utopie une présentation d'un nouveau modèle qui se propose d'obvier aux insuffisances des services de santé actuels ? C'est une excellente excuse de se dispenser de faire l'effort de créativité nécessaire en commençant par déclarer irréalisables ou impossibles les changements envisagés.

Annexe 1

23. Puisqu'il nous faut agir pour survivre, nous avons choisi en Afrique la réflexion pour et par l'action sanitaire. Dans ce contexte, nous pouvons dire sans aucune complaisance que les soins de santé primaires sont bien partis dans de nombreux pays qui n'ont pas attendu d'avoir la certitude de réussir avant d'oser entreprendre. Il me suffit pour me convaincre de la pertinence de notre choix de me référer aux réalisations concrètes que j'ai pu observer par moi-même au Mozambique, au Lesotho, au Bénin, en Sierra Leone et à Madagascar pour ne citer que ces pays-là. Les points d'entrée sont différents et multiformes. Ici il s'agit de réformes administratives, là d'expérience pilote dans une zone limitée d'un pays, ou de formation de nouveaux agents de développement sanitaire. Tous ces efforts méritent notre encouragement et notre appui concret. Aucun dogmatisme nouveau ne doit venir freiner ou décourager l'élan qui a lancé les gouvernements à l'assaut de la santé pour tous d'ici à l'an 2000.

24. Nous avons conscience des nombreux dangers qui nous guettent. D'abord la loi de l'intérêt dégressif, à savoir qu'il ne faut pas qu'après l'enthousiasme du début la volonté politique et l'engagement pour et par l'action s'éteignent. C'est un phénomène courant en Afrique et dans le monde. L'histoire humaine montre qu'aucune structure politique n'a réussi à préserver la dégradation progressive des objectifs révolutionnaires les plus généreux et les plus égalitaires. C'est pourquoi, la formation à la gestion est une de nos préoccupations. Nous sommes aussi conscients de la nécessité de mettre en place des systèmes nationaux de santé dans lesquels les soins de santé primaires ne constituent que le premier contact qui doit être solidement appuyé par les niveaux secondaire et tertiaire. Nous constatons avec soulagement que l'approche systémique et ses implications sont de mieux en mieux perçues par de nombreux travailleurs sanitaires dans maints pays. Le moment est plus que jamais propice pour accroître notre pouvoir d'action grâce au savoir.

Pouvoir du savoir

25. Puisque nous connaissons maintenant en toute lucidité les raisons de notre choix, à savoir la santé pour tous en l'an 2000 par la médiation des soins de santé primaires, nous ne devons plus perdre un seul instant de notre temps précieux. Nous avons longuement démontré que notre objectif social, loin d'apparaître comme une utopie, est une réalité qui est en train de prendre forme. L'an 2000 est déjà à nos portes.

Annexe 1

26. Si gouverner et développer c'est prévoir, nous avons sans cesse besoin d'accroître notre savoir pour mettre notre pouvoir d'action au service du Bien. Interrogez tous les peuples d'Afrique et du monde sur ce qu'ils considèrent comme le bien le plus précieux de l'homme. Ils vous répondront invariablement la santé. Qu'est-ce donc que la santé si ce n'est cet état de complet bien-être physique, mental et social ? Travaillons donc en Afrique à accroître notre savoir, notre savoir-faire, notre savoir-être et notre faire-savoir qui seuls nous donneront le pouvoir de notre libération sanitaire. Nous connaissons clairement notre dessein et notre projet, c'est-à-dire notre téléonomie. Donnons-nous maintenant les stratégies de notre finalité. Plus rien ne nous permet de douter encore de nos possibilités de succès. J'espère que la trentième session du Comité régional qui s'ouvre ce jour au Siège régional de l'OMS à Brazzaville nous apportera d'autres éclairages. C'est ma conviction et mon vœu. Et je vous remercie de votre indulgence et de votre bien aimable attention.

ANNEXE 2

DECLARATION DU DR H. MAHLER
DIRECTEUR GENERAL DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Faites pleinement usage de votre OMS

Monsieur le Président, Excellences, Honorables délégués,
Mesdames et Messieurs, mes chers collègues et amis,

Stratégies de la santé pour tous

1. Vous êtes en train d'élaborer vos stratégies de la santé pour tous d'ici à l'an 2000. Si j'use de l'aspect progressif en disant que vous êtes "en train de" travailler à cette entreprise, c'est parce qu'il serait illusoire de penser qu'on puisse arrêter dans le détail en 1980 une stratégie destinée à nous conduire à la fin du siècle. Les grands axes d'action sont assurément définissables dès à présent, mais il est capital de nous réserver une marge de manoeuvre à la mesure de la diversité des circonstances dans lesquelles nous sommes appelés à agir. J'espère donc que vous considérerez vos stratégies nationales, ainsi que la stratégie régionale qui résultera des travaux de cette session, comme des balises sur la voie vers la santé pour tous, et non comme des carcans qui nous brideraient pendant vingt années.

Constituants essentiels d'une stratégie

2. Je n'aurai pas l'outrecuidance de tenter de vous tracer vos stratégies de santé, qui de toute façon seront extrêmement variées, conditionnées qu'elles seront par la spécificité de vos besoins respectifs. Je m'abstiendrai de même de revenir sur les principes directeurs énoncés par le Conseil exécutif pour la formulation de ces stratégies. Mais je voudrais insister sur quelques points majeurs, plus précisément sur quelques-uns des éléments qui représentent selon moi les constituants essentiels de toute stratégie nationale. J'évoquerai pour commencer les réformes sanitaires, dont le champ ne saurait se limiter au seul secteur santé puisque aussi bien elles sont inséparables de réformes de caractère politique, social et économique. Cela ne doit d'ailleurs pas nous servir de prétexte à nous croiser les bras en attendant que ces réformes aient été accomplies. La réalisation d'une distribution plus équitable des ressources affectées à la santé peut déclencher la mise en route d'une série de

Annexe 2

réformes dans tous les secteurs. En fait, des initiatives prises dans le domaine de la santé peuvent être un facteur déterminant d'impulsion de réformes dans d'autres domaines économiques et sociaux. Celles-ci pourraient à leur tour favoriser l'adoption de nouvelles réformes sanitaires. Tel est le processus de rétroaction positive du développement humain. Qu'il me soit maintenant permis de m'attarder quelque peu sur les actions qui, dans le domaine de la santé, peuvent concourir à la mise en branle de ce processus ascendant.

3. Le système de prestations de soins est devenu un enfant délaissé. Or, rien ne serait plus conforme au principe de l'infléchissement de l'attention vers les plus démunis que de s'employer d'urgence à redresser cette situation. Nous étions peut-être excusables de négliger le système de prestations de soins lorsque nous n'avions qu'une idée confuse du genre de soins qu'il avait vocation de distribuer. Maintenant que nous nous sommes mis d'accord à Alma-Ata sur la nature de ces soins et que nous en disposons d'un énoncé dans le rapport d'Alma-Ata, nous pouvons nous atteler à la réorganisation de l'infrastructure sanitaire. Si vous ne voyez en celle-ci qu'un réceptacle passif pour des programmes menés isolément les uns des autres, vous n'arriverez jamais à réaliser dans des conditions de coût qui vous soient supportables un système équilibré de prestations de soins. C'est dire qu'il faut absolument - si difficile que puisse être l'entreprise - amener l'infrastructure sanitaire à jouer un rôle de premier plan dans l'intégration des différents programmes de santé en un système unifié. Et ce non seulement dans les grandes villes, ce qui sera déjà assez difficile, mais aussi, mais surtout dans les zones rurales et dans les banlieues misérables.

4. Il pourrait sembler que la Déclaration d'Alma-Ata ait suffisamment cerné les priorités en recensant huit éléments essentiels des soins de santé primaires, mais je crains que beaucoup d'entre vous ne soient dans la nécessité de choisir des priorités à l'intérieur de ces priorités, en commençant par les plus essentielles compte tenu des circonstances épidémiologiques et socio-culturelles nationales. Par exemple, vous pourriez retenir comme méritant une priorité absolue des zones géographiques ou des groupes sociaux donnés auxquels seront en premier lieu assurés l'intégralité des soins de santé primaires avant d'être progressivement étendus à la totalité de la population. Ou bien vous pourriez décider de dispenser d'emblée à l'ensemble de la population une sélection de soins vitaux qui seraient ensuite progressivement complétés par d'autres jusqu'à la mise en oeuvre de la gamme complète des huit éléments essentiels.

Annexe 2

5. Croyez-vous sincèrement en la nécessité de l'engagement communautaire ?

Si oui, faites hardiment confiance aux communautés, mais veuillez en même temps à les informer correctement, à les stimuler, à les conseiller, bref à les épauler comme il convient. Déterminez clairement ce qu'elles sont capables et ce qu'elles ne sont pas capables d'accomplir, et recensez les questions pour lesquelles elles ont besoin de l'appui du reste du système de santé. Faisons en sorte de ne jamais prêter le flanc à l'accusation qu'en préconisant l'autoresponsabilité communautaire en matière de santé notre seul souci est de nous dessaisir de nos responsabilités pour les transférer aux désarmés. Le danger est réel. La meilleure façon de s'en prémunir est de doter les communautés des moyens d'organiser leur propre dispositif de soins de santé primaires, de les encourager à faire pression sur le premier échelon de recours pour qu'il leur procure l'appui voulu et de nous assurer que cet échelon soit à même de leur fournir l'assistance requise.

6. Je voudrais maintenant vous livrer quelques réflexions sur la manière dont un certain nombre de programmes à haute priorité pourraient être progressivement organisés dans le cadre et par les soins de l'infrastructure sanitaire. Je commencerai par l'approvisionnement en eau saine. C'est sur les gens, non sur les canalisations, qu'il faut mettre l'accent. Des projets de canalisation à longue distance au bénéfice de tous seraient, j'en ai bien peur, des projets illusoire. Des solutions immédiates s'imposent. Or ne sont-ce pas précisément les collectivités directement concernées qui sont le mieux placées pour trouver ces solutions ? D'où la nécessité de stimuler et d'appuyer, au double plan financier et technique, les initiatives locales et les recherches communautaires dans ce sens. C'est là de l'engagement communautaire en acte. Et, une fois que les gens seront engagés dans la tâche de s'assurer leur source d'approvisionnement en eau salubre, il faudra exploiter cet engagement en leur apprenant, d'une part comment utiliser l'eau de telle sorte qu'elle soit génératrice non de maladie mais de santé, d'autre part comment en réaliser le rejet - de même que celui des excréta et autres matières usées - dans les conditions telles qu'il n'en résulte pas de nuisances ou de maladie.

7. Venons-en à la nutrition. La nourriture et l'eau sont inséparables. Voilà un autre domaine où une utilisation intelligente du savoir existant pourrait puissamment concourir à la découverte de solutions. L'alimentation au sein ? Tout le monde est pour !

Annexe 2

Encore faut-il que les mères soient correctement nourries. Utiliser les aliments locaux ? Qui songerait à être contre ? Des études d'intervention communautaire conjuguant les actions sociales, nutritionnelles et agricoles pourraient augmenter considérablement les chances qu'il soit fait un usage optimal des aliments locaux.

8. Dès lors que seraient assurés un espacement correct des naissances, un ravitaillement alimentaire adéquat, des disponibilités d'eau suffisantes pour maintenir la propreté des foyers et garantir l'accès à une eau de boisson d'une qualité hygiénique et des installations convenables d'éloignement des matières usées, le soin des femmes enceintes et des nourrissons devrait dans la généralité des cas pouvoir être largement pris en charge par les femmes elles-mêmes avec l'appui des agents de santé communautaires. Cela suppose cependant qu'à la fois les femmes et les agents de santé communautaires puissent compter sur les lumières - comme sur l'intervention s'il y a lieu d'éléments plus qualifiés postés au premier échelon d'orientation/recours du système de santé. Il serait de sage politique à cet effet d'investir expressément ces éléments de la responsabilité de fournir ces lumières et de répondre aux demandes d'intervention des communautés et de leurs agents de santé. J'aurais baptisé cette approche d'"engagement des gens du métier dans l'action de santé communautaire". Pour la plupart des pays, la traduction de cet engagement dans les faits nécessitera qu'ils reçoivent les fonctions de leurs centres de santé et de leurs hôpitaux. Ainsi, en prenant appui sur votre infrastructure sanitaire pour renforcer l'exécution de vos programmes de santé, vous vous trouverez renforcer du même coup votre infrastructure, ce qui à son tour vous permettra d'exécuter de plus nombreux et de meilleurs programmes de santé, et ainsi de suite. L'interaction entre infrastructure et programme pourra de la sorte avoir pour effet de les rendre intercomplémentaires alors que trop souvent jusqu'à présent elle revêt l'allure d'un conflit caractérisé.

9. La vaccination des enfants est une autre activité destinée à devenir un aspect permanent des soins de santé primaires et elle devra donc être prise en charge par le dispositif de ces mêmes soins de santé primaires pour pouvoir produire des effets durables. Le jour n'est plus où l'on se croyait fondé à attendre des résultats permanents de campagnes isolées. Mais, pour que les parents prennent l'habitude de venir faire vacciner leurs enfants, il faut que le dispositif de soins de santé primaires gagne leur confiance en soignant tous les membres de la famille en cas de maladie ou d'accident.

Annexe 2

10. Cela me conduit à parler de la lutte contre les endémies locales. Expliquez aux gens tout ce qu'ils doivent savoir sur ces maladies et amenez-les à assumer une part aussi grande que possible de la lutte contre le fléau, en leur fournissant le soutien requis. Prenons le cas de la lutte antipaludique. Si vous leur expliquez comment il est possible de combattre la maladie, les communautés auront certainement à coeur d'organiser la distribution de chloroquine, de même que les aspersions intradomiciliaires d'insecticides si celles-ci apparaissent nécessaires. Mais encore faut-il vous assurer que votre système logistique livre toute l'année à temps la chloroquine, les pulvérisateurs et les insecticides et que vos agents de santé communautaires apprennent aux gens à se servir de ces armes.

11. Enfin, et ce n'est pas le moins important, j'évoquerai la question de l'approvisionnement en médicaments essentiels et en vaccins. Commencez par la fin, c'est-à-dire par l'établissement d'une courte liste des médicaments les plus essentiels pour les soins de santé primaires, mais assurez-vous d'être en mesure de les procurer aux intéressés chaque fois qu'ils en auront besoin. Ce faisant, vous développerez progressivement la capacité de votre infrastructure à fournir des instruments d'action sans cesse plus nombreux à toutes les composantes du système de santé.

12. J'ai mentionné les fournitures à propos de plusieurs programmes. Or, la logistique de l'approvisionnement est un des plus délaissés des enfants délaissés du système de santé. Là aussi, la situation demande impérieusement à être redressée car, autant l'absence de logistique condamne l'infrastructure sanitaire à être un squelette sans vie, autant l'existence d'un système logistique bien organisé innervant l'infrastructure peut concourir à en accroître le dynamisme. Outre des moyens physiques, le système logistique peut dispenser de l'information au service de l'action et collecter de l'information en retour qui permettra de maintenir l'action orientée vers les besoins des communautés auxquelles elle s'adresse. C'est dire qu'il faut absolument que vous édifiez votre système logistique en tant que partie intégrante de votre infrastructure sanitaire.

13. Semblablement, un vaste travail de recherche sur les systèmes de santé s'impose pour déterminer la technologie la plus appropriée à chaque programme compte tenu des circonstances locales, pour trouver les meilleures modalités d'exécution de ces programmes et pour en intégrer l'exécution dans l'infrastructure sanitaire. Ce genre de recherche exige qu'on essaie et qu'on essaie sans relâche à nouveau une pluralité d'approches variées.

Annexe 2

Si j'y attache tant d'importance et si j'y insiste tellement, c'est parce que de s'efforcer de tirer le meilleur des ressources humaines, des ressources matérielles et de la technologie en gardant l'esprit constamment ouvert à toutes les possibilités, c'est parce que tout cela est l'essence même de la construction d'un système de santé.

14. J'ai esquissé une façon d'aborder les problèmes dans l'optique des besoins de la population. Un tel abord implique qu'on renforce graduellement la capacité du système de prestations de soins à satisfaire ces besoins en introduisant et en amplifiant progressivement par son canal des programmes spécifiques fondés sur une technologie appropriée et en mobilisant les gens pour les amener à mettre en oeuvre cette technologie dans toute la mesure de leurs possibilités. Je suis certain qu'en procédant ainsi il vous sera plus facile d'aider les gens à comprendre, d'une part jusqu'à quel point et comment il leur est possible de prendre en charge leur propre santé, d'autre part quand il leur faut recourir au système de soins. Je suis non moins certain que cette approche vous aidera à faire en sorte que la formation dispensée aux personnels de santé s'articule étroitement avec les tâches qu'ils seront appelés à remplir; il est grand temps de mettre fin au divorce trop fréquemment observé entre l'enseignement et la formation des personnels de santé et les services qu'on attend réellement d'eux.

15. La plupart des grandes lignes d'action que je viens d'évoquer ne comportent pas de réelles innovations, néanmoins j'estime qu'il était nécessaire de vous les rappeler. L'action que nous nous proposons d'entreprendre est essentiellement synonyme de collaboration avec les autres secteurs. Permettez-moi d'insister une fois encore sur la nécessité d'adopter une approche pragmatique de cette collaboration intersectorielle. Il ne s'agit pas de vous précipiter dans les eaux tumultueuses de la collaboration intersectorielle tous azimuts en vue de la planification socio-économique intégrée; vous ne risqueriez que de vous y noyer. Essayez plutôt d'être sélectifs et de ne mettre en oeuvre cette collaboration que lorsqu'elle est vraiment nécessaire. Insistez sans relâche pour que les communautés en fassent de même dans la mise en place de leurs soins de santé primaires. Ainsi impulsée, la collaboration intersectorielle ne pourra manquer de devenir un processus autodynamique.

16. Il faudra que vous en contrôliez l'orientation. Il faudra d'abord que vous contrôliez l'orientation prise par vos communautés dans le développement de leurs soins de santé primaires. Il faudra aussi que vous contrôliez l'orientation prise par le reste du système de santé dans le soutien qu'il apportera aux soins de santé primaires. Il faudra pour cela

Annexe 2

que les ministères de la santé opèrent de façon tout à fait différente de ce que ce n'est actuellement le cas dans la plupart des pays. Ils devront s'attacher à devenir les autorités directrices et coordonnatrices de l'action sanitaire nationale, tout comme l'OMS est l'autorité directrice et coordonnatrice de l'action sanitaire internationale. Leur tâche de coordination des actions de santé ne devra pas se limiter au seul secteur santé mais s'étendre également à d'autres secteurs. Ils devront user de toute leur influence auprès des instances planificatrices nationales pour les amener à accorder au développement sanitaire l'importance qui lui est due dans le développement social et économique. Ils devront les engager à allouer des ressources extérieures au service de ces stratégies et à garantir que ces ressources extérieures soient utilisées au profit du renforcement des ressources intérieures du pays.

17. Les conseils nationaux de la santé peuvent être d'un grand secours pour les ministères de la santé en leur assurant un soutien politique, social et technique en provenance tant du sein même du secteur santé que de l'extérieur. Ces conseils n'ont nullement pour vocation d'usurper les fonctions des ministères de la santé; bien au contraire, leur mission est de les épauler.

18. Pareillement, j'ai entendu s'exprimer des craintes de voir les centres nationaux de développement sanitaire tendre à supplanter les ministères de la santé. Là encore, il n'en est rien. La raison d'être de ces centres est de faciliter aux ministères de la santé la mobilisation de tous les personnels et institutions susceptibles d'effectuer le travail administratif nécessaire à l'organisation et à la réorganisation du système sanitaire sur la base des soins de santé primaires. Ils pourraient se révéler particulièrement utiles pour optimiser le développement et l'application du processus gestinnaire d'élaboration et de mise en oeuvre de vos stratégies sanitaires. Ce faisant, ils pourraient déclencher et entretenir le processus de recherche sur les systèmes de santé que j'ai mentionné il y a quelques instants. Aussi, je vous en conjure, ne laissez pas des considérations d'amour-propre nourries par des présomptions sans fondement gâcher vos chances de mobiliser au service de vos fins toutes les ressources intellectuelles dont dispose votre pays.

Annexe 2L'OMS au service des stratégies de la santé pour tous

19. Quel est, me demanderez-vous, le rôle de l'OMS dans tout cela ? Je vous répondrai que vous disposez maintenant, pour faire le meilleur usage possible de votre OMS, d'un guide sous les espèces de la résolution WHA33.17 que l'Assemblée mondiale de la Santé a adoptée cette année après avoir examiné l'étude des structures de l'OMS eu égard à ses fonctions. Aux termes de cette résolution, l'OMS devra s'employer en priorité à soutenir les stratégies de la santé pour tous, de même qu'elle devra engager des actions en faveur de la santé en sus de la tâche de définir les modalités des actions dans ce sens. Par l'adoption de ce texte, l'Assemblée a fait franchir un nouveau pas au processus de démocratisation de l'OMS en énonçant les responsabilités qui incombent individuellement et collectivement aux Etats Membres en vertu de la Constitution de l'Organisation. Parmi ces responsabilités figurent la surveillance et le contrôle des activités de l'Organisation en tant qu'effort collectif des Etats Membres - n'est-ce pas là de la démocratie au sens le plus authentique du terme ? C'est dans ce même esprit de démocratie que l'Assemblée vous a pressés, vous Comités régionaux, de prendre une part plus active aux travaux de l'Organisation.

20. Ces expressions d'intention vont-elles rester lettre morte, ou bien allons-nous les traduire dans les faits en nous efforçant ensemble d'utiliser au mieux l'OMS à l'appui de vos stratégies individuelles et collectives de la santé pour tous ? Votre Organisation, pour sa part, s'est résolument orientée dans cette voie. Sachez de votre côté en faire correctement usage et veillez à ce qu'elle se maintienne dans la voie voulue pour vous fournir le soutien dont vous avez besoin.

21. En effet, une collaboration authentique entre l'OMS et ses Membres est la condition clé de l'atteinte de notre objectif commun. Voyons donc de plus près comment cette collaboration pourrait vous aider à parvenir à votre but. Comme d'habitude, je commencerai au niveau des pays car c'est là que la nécessité de l'action se fait le plus sentir et car c'est là qu'elle aura le plus grand impact.

22. En tant que représentants de vos gouvernements, vous êtes investis d'un double rôle d'ambassadeurs - d'une part celui d'ambassadeurs de vos pays auprès de l'OMS avec mission de nous faire connaître vos besoins réels, d'autre part celui d'ambassadeurs de l'OMS auprès de vos pays avec mission de leur transmettre fidèlement notre message. Car il ne suffit pas que vous soyez convaincus de la justesse des politiques que vous avez adoptées à l'OMS pour faire accéder toute votre population à la santé; il faut aussi que vous en convainquiez et vos gouvernements et vos collègues et votre opinion publique pour que notre collaboration profite à toute votre population.

Annexe 2

23. Je n'ignore pas les obstacles que vous rencontrez lorsque vous reprenez contact avec les réalités de vos pays. Mais c'est précisément une raison de plus d'user du magistère de l'OMS pour rameuter les bonnes volontés, je dirais même, au risque de paraître présomptueux, pour y trouver une source d'inspiration. Puisez dans votre organisation comme à une source de détermination politique collective et de soutien moral pour réaliser dans vos pays les réformes sanitaires auxquelles vous aspirez et dont vous débattiez au sein de l'OMS. C'est là, penserez-vous peut-être, une façon bien immatérielle d'utiliser une organisation internationale; elle est pourtant hautement efficace. Chacun de mes voyages dans vos pays m'a affermi davantage dans la conviction que les décisions prises collectivement au sein de l'OMS recèlent un immense potentiel de pouvoir politique à l'échelle individuelle des pays. Mais le pouvoir n'est opérant qu'à condition de s'exercer; par conséquent, utilisez votre OMS pour renforcer votre pouvoir dans vos propres pays afin de vous assurer que vos stratégies de la santé pour tous bénéficient de l'appui politique dont elles ont besoin et soient appliquées avec toute la persévérance requise.

24. Le savoir est aussi pouvoir. Par conséquent, exploitez chez vous les idées et l'information que vous forgez collectivement au sein de l'OMS. Et veillez à ce que tous ceux qui collaborent avec vous en fassent autant, si grand que puisse être le prestige dont ils jouissent dans leur propre pays ou organisation ou si grand que soit le poids des intérêts financiers qu'ils représentent. Vous garantirez de la sorte que votre coopération technique avec l'OMS - comme d'ailleurs avec n'importe quelle autre organisation - tire le meilleur parti possible des politiques, des idées et de l'information que les Etats Membres de l'OMS ont collectivement à offrir.

25. Quelle est, concrètement, la meilleure façon pour vous d'utiliser l'OMS à l'appui du développement et de l'application de vos stratégies nationales? Vous pourriez commencer par décider collectivement de poursuivre en priorité dans le cadre de ces stratégies le type d'activités que je viens d'évoquer. Vous pourriez ensuite vous appuyer sur cette décision collective pour engager des activités de cette nature dans vos pays respectifs et pour surmonter les obstacles auxquels se heurtent inévitablement tous ceux qui s'efforcent de réformer l'ordre établi.

26. Les décisions collectives prises par les pays au sein de l'OMS peuvent également servir de tremplin à la coopération technique entre pays. Utilisez l'OMS pour recenser les problèmes auxquels vous souhaiteriez vous attaquer conjointement avec d'autres Etats Membres. Utilisez-la ensuite pour faciliter l'instauration d'une telle coopération entre vous. Mettez l'OMS à profit non seulement pour favoriser l'échange d'idées et d'information

Annexe 2

mais aussi pour faciliter la conclusion d'accord pratiques sur divers points dont je ne mentionnerai que quelques exemples : exploration en commun d'une technologie peu coûteuse de l'eau à la lumière d'initiatives couronnées de succès; formation en commun à la gestion sanitaire mettant en oeuvre les équipements les plus appropriés; mécanismes communs d'achat et de contrôle de la qualité des médicaments essentiels; enfin réalisation d'échanges commerciaux dans le cadre d'une action destinée à créer une industrie des soins de santé primaires qui favoriserait non seulement le développement sanitaire mais aussi le développement économique en ouvrant de vastes marchés.

27. Je vais maintenant vous donner quelques exemples illustrant comment l'Organisation s'apprête à vous fournir des formes d'aide tout à fait inédites par rapport à celles auxquelles vous êtes habitués.

28. Eau saine et assainissement. Le système des Nations Unies a établi un Comité directeur pour la Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement. Nous avons accepté d'en assurer le secrétariat, le soin de coordonner les activités des Nations Unies dans ce domaine au niveau des pays étant dévolu aux Représentants résidents du PNUD. Si nous avons accepté cette responsabilité, c'est pour veiller à ce que la mise en valeur des ressources hydriques se fasse au bénéfice de tous. N'hésitez pas à avoir recours à nous ! Outre l'aide que nous sommes en mesure de vous apporter pour l'aménagement de programmes nationaux socialement pertinents d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement dans le cadre des soins de santé primaires, nous pouvons inciter tout le système des Nations Unies à mobiliser des ressources massives en faveur de ceux d'entre vous qui ont engagé des programmes de ce genre.

29. Venons-en maintenant à la nutrition. Comme vous le savez, votre Organisation mène actuellement, face à de puissants intérêts, un âpre combat pour redonner à l'alimentation au sein la place qui lui revient. Nous avons par ailleurs travaillé à la rédaction de protocoles de recherches communautaires visant à améliorer l'état nutritionnel des populations grâce à un usage optimal des aliments locaux. Nous nous sommes assurés des fonds pour ces recherches, et d'importantes sommes additionnelles seraient mobilisables. Pourtant, très rares sont les pays qui semblent s'intéresser à la question. Serait-ce que nous en aurions surestimé l'importance ? Si vous pensez réellement que de telles études d'intervention pourraient vous être utiles, dites-le nous et nous serons heureux de vous aider à les réaliser. Sinon, faites-nous savoir de quel type d'appui de grande

Annexe 2

envergure vous avez besoin en matière de nutrition. S'il est hors de notre pouvoir de vous aider directement à vous procurer des quantités additionnelles d'aliments, nous pouvons en revanche vous aider à tirer le meilleur parti des aliments dont vous disposez.

30. Notre programme élargi de vaccination a pour vocation centrale d'accroître la capacité des pays à organiser des programmes de vaccination d'ampleur nationale destinés à être exécutés par le dispositif des soins de santé primaires. A cette fin, on a préparé des manuels et on est en train de désigner des centres nationaux en tant que centres régionaux de recherche, de formation et de démonstration. Si vous êtes décidés à les utiliser et éprouvez le besoin d'en disposer d'un plus grand nombre, nous sommes prêts à faire le nécessaire pour cela. Nous explorons actuellement avec le FISE la meilleure façon de fournir en vaccins et en matériels de la chaîne de froid tous les gouvernements qui n'ont pas les moyens de se les procurer mais qui en auraient besoin pour lancer sur l'ensemble du territoire national des programmes visant à vacciner dans le cadre des soins de santé primaires tous les enfants du pays d'ici à l'an 1990. Nous ne demandons qu'à vous assister dans cette tâche tant en coopérant directement avec vous qu'en vous aidant à coopérer entre vous. Encore faut-il, pour que notre concours puisse donner sa pleine mesure, que vous nous exprimiez vos exigences; ce faisant, vous nous incitez à développer notre action et à rechercher pour vous les ressources dont vous avez besoin.

31. Je viens de mentionner le FISE. Nous étudions actuellement avec cette organisation et avec la Banque mondiale un projet ambitieux visant à fournir à tous les démunis une sélection d'environ 20 médicaments essentiels dans le cadre de stratégies nationales de la santé pour tous fondées sur les soins de santé primaires. Les médicaments ainsi retenus permettent de soigner la généralité des maladies d'importance majeure pour la santé publique qui entrent dans le champ des soins de santé primaires. Cette initiative répond sans l'ombre d'un doute à l'une des préoccupations qui animaient l'Assemblée lorsqu'elle nous a appelés à engager des actions en faveur de la santé. Mettez-nous au défi ! Articulez vos besoins et inspirez-vous en dans l'édification de votre système logistique; nous sommes prêts à vous aider en cela aussi dans le cadre de la fourniture de médicaments essentiels, dont la vocation est de soigner les gens, non d'emplir les entrepôts.

Annexe 2

32. Etes-vous résolus à renforcer votre infrastructure sanitaire de la manière que j'ai esquissée ? Si oui, je n'ai pas de solutions toutes faites à vous suggérer, cela pour la simple raison qu'il n'en existe pas. Nous sommes par contre tout prêts à unir nos efforts aux vôtres et à vous aider à collaborer entre vous à cette fin. En particulier, nous sommes prêts à vous seconder de toutes les manières possibles si vous souhaitez développer vos recherches sur les systèmes de santé et vous équiper en conséquence. Indépendamment de l'infrastructure des soins de santé primaires proprement dits, nous pourrions commencer à nous attaquer ensemble à la mise en place du premier échelon d'orientation/recours. Ainsi, en collaboration avec un certain nombre d'organisations non gouvernementales, nous explorons actuellement différentes manières de convertir les hôpitaux de première ligne en première instance d'orientation/recours au sens où l'entend le rapport d'Alma-Ata. Nous avons instamment invité la communauté chirurgicale internationale à convenir d'une courte liste d'actes chirurgicaux essentiels et des installations et fournitures corrélatives ainsi qu'à former des agents de santé capables de pratiquer ces interventions. Etes-vous prêts à faire tout votre possible pour amener les chirurgiens de votre pays à soutenir pleinement cette initiative ?

33. A propos de formation, nous fournissons un modeste soutien à une douzaine d'écoles de médecine qui dispensent des enseignements novateurs. Etes-vous disposés à inciter vos écoles de médecine à se joindre à elles et à grossir les rangs de ceux qui s'efforcent d'assurer un enseignement médical conforme aux impératifs de l'instauration de la santé pour tous ? Si oui, vous pouvez compter sur un appui accru de notre part. Nous avons commencé à distribuer du matériel d'enseignement rédigé en langue locale à l'intention des agents de santé communautaires. Nous sommes également en train de préparer des diagrammes de diagnostic à usage didactique et pratique. Tirez le meilleur parti de ces matériels. Plus vous nous en réclamerez, plus nous aurons à coeur de rechercher des ressources supplémentaires pour répondre à votre demande.

34. Souhaitez-vous renforcer vos ministères de la santé dans le sens préconisé par l'Assemblée de la Santé, c'est-à-dire de façon à les mettre en mesure d'agir en tant qu'autorité directrice et coordonnatrice des actions de santé nationales ? Je suis certain que vous le souhaitez, mais je suis certain aussi que beaucoup d'entre vous se heurteront à d'énormes obstacles dans cette entreprise. Vos ministères de la santé ont-ils besoin de l'appui de conseils nationaux de la santé et de centres nationaux de développement sanitaire pour établir et appliquer correctement vos stratégies sanitaires ?

Annexe 2

Aidez-vous de votre OMS pour rechercher en commun les meilleures approches à ces questions, puis appliquez dans vos pays respectifs les solutions que vous aurez élaborées en commun au sein de l'OMS. Si vous ne craignez pas d'amorcer le processus, je vous promets que l'OMS concourra de tout son pouvoir à lui assurer son plein élan. Cela d'une part en vous offrant un forum politique, d'autre part en se faisant votre intermédiaire actif auprès de la communauté internationale pour qu'elle participe à la fourniture des ressources nécessaires.

35. Puisque nous en sommes au chapitre des ressources, sachez qu'il vient de se créer sous les auspices de l'OMS un groupe de ressources santé/2000 avec mission de rationaliser le transfert de ressources destinées à faciliter aux pays en développement la mise en oeuvre de leurs stratégies de la santé pour tous. Des sommes d'argent considérables, de l'ordre de 2 milliards de dollars par an, sont en jeu. Le propos de l'OMS n'est pas d'obtenir un surcroît de fonds pour ses propres programmes mais de servir d'agent d'adéquation des ressources aux besoins pour garantir une utilisation optimale des ressources disponibles au profit des plus défavorisés. Encore importe-t-il que vous assumiez pleinement vos responsabilités, d'abord en élaborant des stratégies valables, puis en identifiant les ressources dont vous avez réellement besoin pour mouvoir ces stratégies dans la bonne direction jusqu'à ce que vous puissiez prendre totalement en charge le processus.

36. Des mécanismes existent pour vous aider à trouver la meilleure façon possible de vous servir de votre OMS. Ainsi, grâce au système très souple de programmation-budgétisation au niveau des pays, l'obligation vous est épargnée d'arrêter vos décisions dans le détail trop longtemps à l'avance. Vous pouvez commencer par définir vos besoins prioritaires en termes de programmes généraux et remettre à un moment plus proche de la phase d'exécution la formulation détaillée de vos besoins tant pour l'élaboration que pour la réalisation de ces programmes. Vous avez donc une occasion en or de forger avec l'OMS d'authentiques programmes de coopération technique, mais j'ai le regret de constater que vous n'exploitez pas encore au mieux cette possibilité. Vous continuez apparemment à utiliser les ressources de l'OMS au profit d'activités décousues qui ne sauraient avoir un effet durable sur vos stratégies nationales. Aussi, je vous en conjure, utilisez le système de programmation-budgétisation en accord avec sa vocation, laquelle est de vous aider à utiliser votre OMS au mieux de vos intérêts.

Annexe 2

37. Le Conseil exécutif prépare actuellement le Septième Programme général de Travail pour la période 1984-1989. Veuillez à ce que votre Organisation mette ce programme au service de vos stratégies en définissant clairement ce qu'il incombe à chacun d'entre nous d'accomplir et comment il doit l'accomplir - autrement dit, en spécifiant à qui il incombe de s'employer systématiquement à renforcer l'infrastructure sanitaire et comment cette tâche doit être accomplie; à qui il incombe de mener les travaux scientifiques et technologiques nécessaires à la mise au point d'une technologie sanitaire réellement appropriée et comment cette tâche doit être accomplie; à qui il incombe de conduire les travaux de recherche corrélatifs sur les systèmes sanitaires et comment cette tâche demande à être accomplie; enfin, à qui il incombe d'assurer l'appui politique, social, financier et gestionnaire et quelle est la meilleure façon de remplir cette mission.

38. Monsieur le Président, Honorables délégués, j'ai tenté de vous montrer comment, en cette époque où l'on place tant d'espoirs en l'instauration de la santé pour tous, l'OMS peut vous apporter son concours en exerçant son rôle d'autorité directrice et coordonnatrice de l'action de santé internationale. J'ai également essayé de vous montrer comment elle peut vous rendre service en s'acquittant de ses tâches, étroitement reliées à son rôle premier, de générer des idées et de l'information, d'en nourrir sa coopération technique avec vous et de faciliter la coopération technique entre ses Etats Membres. Mettez pleinement à contribution votre OMS dans toute la pluralité de ses rôles. Votre Organisation s'est mise en situation de vous servir mieux que jamais. Elle occupe une position sans parallèle sur la scène internationale. C'est vous qui l'avez faite telle. Telle utilisez-la.

ANNEXE 3

ALLOCUTION DU DR F. E. VAZ,
VICE-MINISTRE DE LA SANTE
DE LA REPUBLIQUE POPULAIRE DU MOZAMBIQUE,
VICE-PRESIDENT DE LA VINGT-NEUVIEME SESSION

Monsieur le Premier Ministre de la République populaire du Congo
le Colonel Louis Sylvain-Goma,

Monsieur le Directeur régional,

Messieurs les délégués,

Mesdames, Messieurs,

C'est un grand honneur pour nous que de présider la séance d'ouverture de la trentième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, à Brazzaville, capitale de la République populaire du Congo et Siège du Bureau régional de notre Organisation.

Au nom de tous les délégués présents à cette séance d'ouverture, permettez-moi, Monsieur le Premier Ministre de la République populaire du Congo, de vous présenter nos vœux de bienvenue et de vous prier d'exprimer au Parti congolais du Travail, au Gouvernement et au peuple de la République populaire du Congo notre gratitude pour l'accueil que vous nous avez réservé lors de notre arrivée.

Permettez-moi d'évoquer ici, comme l'a fait le Directeur régional, la douloureuse disparition de M. Teeluck, Premier Vice-Président de la vingt-neuvième session du Comité régional.

Monsieur le Premier Ministre,

Messieurs les délégués,

Comme l'a déclaré à l'ouverture de la vingt-neuvième session du Comité régional à Maputo Son Excellence Samora Moïses Machel, Président de la République populaire du Mozambique, on ne peut parler de santé pour tous quand les populations sont quotidiennement en butte à l'oppression, à l'exploitation, au racisme et à l'apartheid; quand les populations sans défense sont massacrées, quand prolifèrent les camps de concentration, quand se pratique une politique de discrimination raciale toujours plus rétrograde et plus inhumaine, et quand les droits élémentaires des peuples sont foulés au pied.

Annexe 3

Parler de la santé est important mais avant tout il faut parler de la lutte contre le colonialisme, le racisme, l'apartheid et toutes les formes d'exploitation du genre humain.

Il y a un an, à Maputo, nous avons réaffirmé, malgré toutes les agressions et les massacres perpétrés contre notre pays, contre notre économie et contre nos voies de communication, notre détermination d'appuyer la lutte des peuples frères du Zimbabwe, de la Namibie et de l'Afrique du Sud.

Aujourd'hui, en vertu des mêmes principes, c'est avec une grande satisfaction que nous saluons la présence parmi nous de la délégation de la République du Zimbabwe, Etat indépendant et souverain et membre de plein droit de notre Organisation.

Sa présence dans cette salle constitue une preuve irréfutable que l'histoire ne s'arrête pas mais qu'au contraire elle conduit inexorablement à la fin des régimes d'exploitation des masses populaires et des régimes minoritaires racistes qui subsistent encore sur notre continent, et c'est avec une égale satisfaction que nous constatons la présence parmi nous de la délégation de la Guinée équatoriale.

Excellence,

Messieurs les délégués,

Cette trentième session du Comité régional va débattre de thèmes d'une grande importance pour la santé des populations.

Le point essentiel de nos travaux sera sans aucun doute la discussion sur la stratégie de la Région africaine en vue de réaliser l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000. Cet objectif à l'égard duquel nous nous sommes tous engagés au niveau de l'Assemblée mondiale, organe suprême de notre Organisation, a représenté pour la Région africaine un défi à notre capacité d'action. Dans la mesure où, au niveau de nos pays, nous oeuvrerons à sa mise en oeuvre, il constituera une preuve irréfutable de notre véritable engagement en vue de l'amélioration des conditions de santé de nos populations. Au cours de nos travaux, nous devons également nous prononcer sur d'autres documents également importants, tels que le Septième Programme général de Travail pour la période 1984-1989, programme qui devra refléter les grandes lignes d'orientation figurant dans la stratégie régionale pour l'an 2000, le rapport

Annexe 3

de la Commission permanente chargée de la coopération technique entre pays en développement, le contrôle de l'application de la politique et de la stratégie du budget programme, ainsi que la stratégie de lutte antipaludique.

Au cours de cette année, les efforts d'intensification de la coopération dans le domaine sanitaire se sont poursuivis par l'échange d'enseignants, d'étudiants et de techniciens de la santé et par l'échange d'informations pertinentes. Il n'est certes plus nécessaire de démontrer davantage l'utilité de la coopération technique sanitaire entre les pays en développement et plus particulièrement ceux de la Région. C'est pour promouvoir cet enrichissement réciproque des uns et des autres qu'un projet de plan de visites dans la Région africaine à l'intention des représentants des Etats Membres nous sera proposé pour examen au cours de cette session.

L'introduction progressive de la langue portugaise comme langue de travail se poursuit comme prévu.

Compte tenu de l'analyse de tous ces différents points, ainsi que des questions qui ressortent de l'important message du Directeur général, nous sommes convaincus que seront prises les décisions qui nous amèneront à créer les conditions d'une amélioration de la situation sanitaire de notre Région.

Merci.

La lutte continue.

ALLOCUTION DU COLONEL LOUIS SYLVAIN-GOMA
MEMBRE DU BUREAU POLITIQUE,
PREMIER MINISTRE, CHEF DU GOUVERNEMENT
DE LA REPUBLIQUE POPULAIRE DU CONGO

Messieurs les Ministres,
Monsieur le Directeur régional,
Honorables délégués,
Mesdames, Messieurs,

Il m'est agréable de vous souhaiter au nom du Peuple congolais, du Parti congolais du Travail et de son Chef, le Camarade Denis Sassou-Nguesso, Président de la République, Chef de l'Etat, Président du Conseil des Ministres, la bienvenue à Brazzaville.

Nous aurions aimé présenter au Docteur Mahler, Directeur général de l'OMS, nos sentiments de reconnaissance pour le combat qu'il mène à nos côtés et pour féliciter notre Organisation ainsi que les Etats Membres pour les progrès déjà enregistrés, notamment dans l'éradication de certaines maladies transmissibles.

Messieurs les Ministres,
Monsieur le Directeur régional,
Honorables délégués,

En adoptant la Charte de Développement sanitaire pour la Région africaine que nous aurons l'honneur, au nom du Gouvernement de la République populaire du Congo, de signer tout à l'heure, nous manifestons solennellement notre volonté politique pour le combat commun que nous devons mener afin de faire accéder, non seulement les peuples africains mais tous les peuples de notre planète à un état de santé acceptable selon la vocation de notre Organisation.

Messieurs les Ministres,
Monsieur le Directeur régional,
Honorables délégués,

Cette trentième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique intervient à un moment où la plupart des pays de notre Région, vingt ans après les indépendances et vingt ans avant le rendez-vous de l'an 2000, viennent d'adhérer à l'idée d'une révolution dans l'approche des problèmes de développement sanitaire.

Annexe 4

La République populaire du Congo pour sa part a opté la voie à la santé pour tous d'ici à l'an 2000.

Ainsi, nous avons entrepris, au niveau des zones pilotes de formation et de démonstration de Kinkala et d'Owando, des programmes de soins de santé primaires qui, depuis le début de cette année, sont étendus à plusieurs villages avec la mise en place de comité de santé de village. Depuis, des séminaires à l'intention de médecins-inspecteurs et Directeurs régionaux des Affaires sociales ont été organisés pour permettre à ceux-ci de lancer dans leurs régions respectives les soins de santé primaires, qui devront progressivement être étendus à toutes les régions du pays et intégrer les activités du développement communautaire de chaque localité.

La lutte contre les maladies transmissibles a constitué également une de nos préoccupations. Dans ce domaine précis, notre pays se réjouit de la réussite des activités développées en Afrique centrale qui nous ont permis de tenir à Brazzaville, du 4 au 6 novembre 1979, la Quinzième Conférence de Coordination de Lutte contre les Endémies en Afrique centrale d'une part et celle élargie aux pays voisins frères du 6 au 9 novembre, d'autre part.

Nous nous réjouissons par ailleurs de la signature par la majorité de nos Etats concernés de la Charte pour la Lutte contre les Endémies en Afrique centrale. Nous osons espérer que cette Charte, à caractère sous-régional, permettra de résoudre les problèmes socio-sanitaires communs à nos pays respectifs.

Nous souhaitons qu'au cours de vos travaux les mécanismes appropriés pour l'utilisation optimale des ressources de nos pays en vue de la résolution des problèmes de santé soient examinés avec une attention particulière.

Nous sommes convaincus que grâce à vos travaux successifs, la Région africaine sera capable de franchir les obstacles qui se dressent sur la route qu'elle s'est tracée et qui doit la mener à la santé pour tous en l'an 2000.

Messieurs les Ministres,
Monsieur le Directeur régional,
Honorables délégués,

Je souhaite au nom de la République populaire du Congo et de son Président le Camarade Denis Sassou-Nguesso, plein succès à vos travaux et déclare ouverte la trentième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique.

ORDRE DU JOUR

1. Ouverture de la trentième session
2. Adoption de l'ordre du jour provisoire (document AFR/RC30/10)
3. Constitution du Sous-Comité des Désignations (résolution AFR/RC23/R1)
4. Election du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs
5. Désignation du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs (résolution AFR/RC25/R17)
6. Activités de l'OMS dans la Région africaine
 - 6.1 Rapport du Directeur régional (documents AFR/RC30/11, Add.1, Add.2)
 - 6.2 Rapport sur les réunions d'experts régionaux (document AFR/RC30/12)
 - 6.3 Développement et coordination de la recherche biomédicale et sur les services de santé (document AFR/RC30/13)
7. Corrélations entre le Comité régional, le Conseil exécutif et l'Assemblée mondiale de la Santé
 - 7.1 Incidences régionales de l'ordre du jour de la soixante-septième session du Conseil exécutif et de la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC30/14)
 - 7.2 Rapport du Directeur régional sur les modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif (document AFR/RC30/15)
 - 7.3 Implications programmatiques de la coopération technique (document AFR/RC30/16)
 - 7.4 Discussion technique à la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé : "Appui des systèmes de santé aux soins de santé primaires" (document AFR/RC30/17)
8. Examen du Rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC30/9)
 - 8.1 Projet de Budget Programme 1982-1983
 - 8.2 Stratégie régionale pour atteindre l'objectif social de la santé pour tous en l'an 2000
 - 8.3 Septième Programme général de Travail pour une période déterminée 1984-1989
 - 8.4 Rapport du Comité permanent sur la coopération technique entre pays en développement
 - 8.5 Rapport sur la participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions programmatiques et le plan des visites d'étude dans les Etats Membres
 - 8.6 Surveillance de l'application de la politique et de la stratégie en matière de budget programme

Annexe 5

9. Stratégie de lutte antipaludique (document AFR/RC30/18)
10. Discussions techniques
 - 10.1 Présentation du rapport des discussions techniques "Système d'information pour la gestion des programmes sanitaires" (document AFR/RC30/19)
 - 10.2 Désignation du Président des discussions techniques pour 1981 (document AFR/RC30/20)
 - 10.3 Choix du sujet des discussions techniques pour 1982 (document AFR/RC30/21)
11. Dates et lieux des trente et unième et trente-deuxième sessions du Comité régional pour 1981 et 1982 (document AFR/RC30/22)
12. Adoption du rapport du Comité régional (document AFR/RC30/23)
13. Clôture de la trentième session.

ANNEX/ANNEXE/ANEXO 6

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

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

AFRO

Angola

Sr. A. A. Mendes de Carvalho
Ministro da Saúde

Dr. F. J. Fernandes
Vice-Ministro da Saúde

Dr. J. J. Bastos dos Santos
Director do Gabinete do Intercâmbio Internacional

Dr. A. D. M. Pitra
Director Nacional de Saúde Publica

Sr. U. V. Fresta
Director do Gabinete Técnico

Sr. A. S. Antunes Galho
Assistente Técnico

Sra. E. Sacramento Neto
Secretaria do Ministro da Saúde

Benin
Bénin

M. P. T. Kpoffon
Ministre de la Santé publique
B.P. 882
Cotonou

Dr J. E. Akinocho
Directeur des Etudes et de la Planification
au Ministère de la Santé publique
B.P. 882
Cotonou

Annex/Annexe/Anexo 6Botswana

Dr J. S. Moeti
Chief Medical Officer
P.O. Box 0038
Gaborone

Dr E. T. K. Maganu
Epidemiologist
Ministry of Health
P.O. Box 0038
Gaborone

Burundi

Dr P. Mpitabakana
Directeur général de la Santé publique
B.P. 1820
Bujumbura

Dr V. Ndayisaba
Directeur du Département de l'Epidémiologie
et Laboratoires
B.P. 1820
Bujumbura

Cape Verde
Cap-Vert

Dr. A. D. F. Pina
Director do Programa PMI/PF
C.P. 14
São Vicente

Sr. R. R. N. Oliveira Neto
Encarregado do BCG
São Vicente

Central African Republic
République centrafricaine

Professeur J. L. Mandaba
Ministre de la Santé publique et de la Population
B.P. 883
Bangui

Dr M. D. Kpossa
Directeur général de la Santé publique
et de la Population
B.P. 883
Bangui

Professeur G. Pinerd
Coordonnateur national des Programmes OMS
B.P. 1416
Bangui

Annex/Annexe/Anexo 6Chad
Tchad

M. A. Issaka
Directeur de Cabinet
Ministère de la Santé publique et
des Affaires sociales

Dr D. L. D. Djekoundadé
Directeur de la Médecine rurale
et préventive

M. T. Lam
Directeur de l'Ecole nationale
de Santé publique et des Affaires sociales

Comoros (Federal Islamic Republic of)
Comores (République fédérale islamique des)

M. S. A. Mohamed
Ministre de la Santé publique

Dr A. Bacar
Chef du Service de Pédiatrie à l'Hôpital principal El-Maarouf
B.P. 17
Moroni

M. S. O. Ben Achirafi
Conseiller technique du Ministre de la Santé
Chargé de la Direction de la Santé et de la Population

Congo

M. P. D. Boussoukou-Boumba
Ministre de la Santé et des Affaires sociales
B.P. 2101
Brazzaville

M. J. Nzengui-Bayonne
Directeur de Cabinet du Ministre de la Santé
et des Affaires sociales
B.P. 2101
Brazzaville

Dr B. Loembe
Directeur général de la Santé

Mme F. Fila
Directrice générale des Affaires sociales

M. J. B. Mabiala
Conseiller sanitaire du Ministre de la Santé
B.P. 2101
Brazzaville

Annex/Annexe/Anexo 6

Mme E. Manima
Directrice nationale - SMI et Education pour la Santé
B.P. 623
Brazzaville

Dr D. Nkouka
Directeur de la Médecine préventive
B.P. 236
Brazzaville

Dr J. M. Niaty-Benze
Directeur de la Médecine curative, des
Hôpitaux et Services sanitaires
B.P. 2372
Brazzaville

Mme C. Hollat
Conseillère aux Affaires sociales du Ministre
de la Santé et des Affaires sociales

M. E. Mbaloula
Conseiller administratif auprès du Cabinet du Ministre
Ministère de la Santé et des Affaires sociales

M. J. B. Mouamba-Saty
Directeur de la Planification

Dr G. Ondaye
Coordonnateur national des Programmes OMS
B.P. 2465
Brazzaville

M. J. D. Obouaka
Directeur des Pharmacies
B.P. 78
Brazzaville

M. J. P. Goth
Directeur de l'Hygiène et de l'Assainissement
B.P. 1006
Brazzaville

Equatorial Guinea
Guinée équatoriale

Dr M. Nguema Onguene
Secrétaire technique au Ministère de la Santé

Dr D. V. Nsue-Milang
Directeur de l'Hôpital général de Malabo

Dr A. B. Masoko
Directeur de l'Hôpital général de Bata

Annex/Annexe/Anexo 6Ethiopia
Ethiopie

Ato Wegayehu Sahlu
Permanent Secretary of Health
P.O. Box 1234
Addis Ababa

Dr H. M. Kahssay
National WHO Programme Coordinator
P.O. Box 3069
Addis Ababa

Ato H. Meche
Expert, Planning and Programming Bureau
P.O. Box 1234
Addis Ababa

Gabon

Général R. Mamiaka
Ministre d'Etat, Ministre de la Santé publique
et de la Population
B.P. 50
Libreville

Dr L. Adandé Menest
Directeur général de la Santé publique
B.P. 50
Libreville

M. M. Mboumba
Directeur du Service national de l'Assainissement
et de l'Hygiène publique
B.P. 940
Libreville

The Gambia
La Gambie

Hon. M. C. Jallow
Minister of Health, Labour and Social Welfare

Dr F. S. J. Oldfield
Assistant Director of Medical Health Services

Ghana

Alhaji M. Abdullahi
Deputy Minister of Health
P.O. Box M.44
Accra

Annex/Annexe/Anexo 6

Dr K. Ward-Brew
Deputy Director of Medical Services
P.O. Box M.142
Accra

Guinea
Guinée

Professeur M. Kaba Bah
Directeur général de la Santé

Dr S. S. Kelta
Directeur de la Recherche à Pharma-Guinée

Dr M. Sylla
Médecin-Chef Adjoint du CHU de Donka

Dr M. M. Touré
Ambassadeur de Guinée pour l'Afrique centrale

Guinea-Bissau
Guinée-Bissau

Dr. M. Rodrigues Boal
Secretário Geral do CESAS

Sra. A. da Silva
Director Regional da Saúde e Assuntos Sociais

Sra. M. A. Gomes Monteiro
Parteira/CESAS

Ivory Coast
Côte d'Ivoire

Dr I. Kone
Directeur des Relations régionales
et internationales
B.P. V.4
Abidjan

Dr K. N'Da
Directeur de la Santé publique et
de la Population
B.P. V.16
Abidjan

Kenya

Hon. J. N. Njiru
Assistant Minister for Health
P.O. Box 30016
Nairobi

Annex/Annexe/Anexo 6

Dr F. M. Mueke
Assistant Director of Medical Services
P.O. Box 30016
Nairobi

Mrs M. W. Gatei
Nursing Officer
P.O. Box 30016
Nairobi

Lesotho

Mr M. T. Thabane
Permanent Secretary for Health and Social Welfare
P.O. Box 514
Maseru

Dr P. S. Ngakane
Director of Health Services
P.O. Box 514
Maseru

Liberia
Libéria

Dr (Mrs) K. C. Bryant
Minister of Health and Social Welfare

Dr W. S. Boayue
Deputy Minister of Health, Chief Medical Officer

Mr C. Ebba
Coordinator, Expanded Rural Health Project

Madagascar

Dr J. J. Séraphin
Ministre de la Santé
B.P. 88
Antananarivo

Dr E. Ribaira
Directeur de l'Hygiène publique et sociale
B.P. 88
Antananariyo

Malawi

Dr G. W. Lungu
Assistant Chief Medical Officer
P.O. Box 30377
Lilongwe-3

Annex/Annexe/Anexo 6Mali

Dr N. Traore
Ministre de la Santé publique et
des Affaires sociales

Dr S. Konaré
Chef de la Division de l'Epidémiologie
et de la Prévention

M. Y. Coulibaly
Adjoint au Chef de Service de l'Education
pour la Santé

Mauritania
Mauritanie

Dr Y. Diagana
Ministre du Travail, de la Santé et
des Affaires sociales

Dr M. M. Ould Hacen
Chef du Service de la Médecine préventive

Mauritius
Maurice

Dr B. G. Ghurburrun
Minister of Health

Dr J. C. Mohith
Principal Medical Officer

Mozambique

Dr. F. E. R. Vaz
Vice-Ministro de Saúde

Dr. J. F. Caseiro Rocha
Director Nacional de Assistência Médica

Sra. M. M. P. F. C. Proença
Secretariado para a Cooperação Internacional

*
Namibia
Namibie

* Unable to attend.
Dans l'impossibilité de participer.
Não puderam participar.

Annex/Annexe/Anexo 6Niger

Dr L. Loco
Secrétaire général du Ministère de la Santé
publique et des Affaires sociales
B.P. 623
Niamey

Dr M. Daga
Directeur départemental de la Santé de Tahoua

NigeriaNigéria

Hon. D. C. Ugwu
Minister of Health

Prof. U. Shehu
National WHO Programme Coordinator

Dr (Mrs) M. O. Aromasodu
Assistant Director of Public Health Services

Mr E. P. O. Edeogho
Under Secretary, IEO

Rwanda

Dr A. Habimana
Secrétaire général du Ministère de la Santé publique
B.P. 84
Kigali

Dr C. Nyabyenda
Directeur général des Services de Santé de Base
B.P. 84
Kigali

Sao Tome and PrincipeSao Tomé et Príncipe

Dr. C. A. P. Tiny
Ministro de Saúde e Desportos

Dr. A. S. Marques de Lima
Director dos Hospitais

Sra. H. T. Costa Neto
Coordenador da Região Sanitária de Cantagalo

Annex/Annexe/Anexo 6Senegal
Sénégal

M. M. Diop
Ministre de la Santé publique
Building administratif
Dakar

Dr M. Touré
Directeur de l'Hygiène et de
la Protection sanitaire
Building administratif
Dakar

Professeur O. Sylla
Conseiller technique, Faculté
de Médecine et de Pharmacie

M. A. S. Sarr
Administrateur des Hôpitaux
Commission Santé et Affaires sociales
à l'Assemblée nationale

Seychelles

Dr K. S. Chetty
Principal Medical Officer
Department of Health
P.O. Box 52
Victoria

*
Sierra Leone

Swaziland
Souaziland

Dr Z. M. Dlamini
Director of Medical Services
P.O. Box 5
Mbabane

Dr (Ms) R. T. Tshabalala
Medical Officer in-charge of MCH/FP
Public Health Unit
P.O. Box 5
Mbabane

*
Unable to attend.
Dans l'impossibilité de participer.
Não pudeam participar.

Annex/Annexe/Anexo 6Togo

Dr M. T. Houénasso-Houangbé
Directeur général de la Santé publique
B.P. 336
Lomé

M. S. A. Marfa
Ingénieur sanitaire au Service
national d'Assainissement

Uganda
Ouganda

Hon. M. Ntege-Lubwama
Minister of Health
P.O. Box 8
Entebbe

Dr E. Mawejje-Bakojja
Director of Medical Services
P.O. Box 8
Entebbe

Dr S. I. Okware
Assistant Director of Medical Services
P.O. Box 8
Entebbe

United Republic of Cameroon
République unie du Cameroun

M. A. Etémé Oloa
Ministre de la Santé publique

Dr P. C. Mafiamba
Conseiller technique au Ministère
de la Santé publique

Dr R. Nzhié
Directeur des Etudes, de la Planification
et des Statistiques

United Republic of Tanzania
République unie de Tanzanie

Dr K. N. M. Mtera
Director of Preventive Health Services
P.O. Box 9083
Dar es Salaam

Mrs J. A. Mahalu
Principal Nursing Officer, Preventive Services
P.O. Box 9083
Dar es Salaam

Annex/Annexe/Anexo 6Upper Volta
Haute-Volta

Dr T. Douamba
Ministre de la Santé publique

Dr M. Ouoba
Directeur de la Santé publique
B.P. 7013
Ouagadougou

Zaire

Dr M. Kalume-Lushikwa Mulamba
Commissaire d'Etat à la Santé
B.P. 3088
Kinshasa I

Dr Kalisa-Ruti
Médecin-Directeur du PEV
B.P. 9638
Kinshasa I

Dr Kabamba Nkamany
Médecin-Directeur au Département de la Santé, CEPLANUT
B.P. 2429
Kinshasa I

Dr Nkondi Minkola Ndosimau
Directeur de la 4ème Direction
Département de la Santé publique (Hôpitaux et SSB)
B.P. 3088
Kinshasa I

Citoyen Kibikonda Falanka (Pharmacien)
Conseiller du Commissaire d'Etat à la Santé
B.P. 3088
Kinshasa I

Zambia
Zambie

Hon. J. Mwendela
Minister of State, Ministry of Health
P.O. Box 30205
Lusaka

H. E. Mr W. K. C. Kamwana
Ambassador of Zambia
P.O. Box 1144
Kinshasa

Annex/Annexe/Anexo 6

Dr W. C. Mwambazi
Assistant Director of Medical Services
P.O. Box 30205
Lusaka

Mrs H. K. Matanda
Chief Nursing Officer
P.O. Box 30205
Lusaka

Mr P. L. Zulu
Second Secretary, Zambian Embassy
P.O. Box 1144
Kinshasa

Zimbabwe
Zimbabwe

Dr H. S. M. Ushewokunze
Minister of Health
P.O. Box 8204
Causeway
Salisbury

* Dr N. O. Mugwawa
Special Assistant to the Minister of Health
P.O. Box 8204
Causeway
Salisbury

Ms E. I. Pillay
Personal Secretary to the Minister of Health
P.O. Box 8204
Causeway
Salisbury

2. OBSERVERS INVITED IN ACCORDANCE WITH RESOLUTION WHA27.37
OBSERVATEURS INVITES CONFORMEMENT A LA RESOLUTION WHA27.37

African National Congress
(South Africa)

Dr (Mrs) M. E. Tshabalala
Secretary, Health Department
African National Congress (SA)
P.O. Box 2239
Dar es Salaam
United Republic of Tanzania

Annex/Annexe/Anexo 6

*
Pan-Africanist Congress of Azania
(South Africa)

3. REPRESENTATIVES OF THE UNITED NATIONS AND SPECIALIZED AGENCIES
REPRESENTANTS DES NATIONS UNIES ET DES INSTITUTIONS SPECIALISEES

United Nations Development Programme (UNDP)
Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD)

M. P. A. Coppini
Représentant Résident du PNUD
B.P. 465
Brazzaville
République populaire du Congo

United Nations Children's Fund (UNICEF)
Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (FISE)

M. N. Santos
Représentant de l'UNICEF pour l'Afrique centrale
B.P. 2110
Brazzaville
République populaire du Congo

Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO)
Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture

Dr E. Bojadziewski
Représentant de la FAO
B.P. 972
Brazzaville
République populaire du Congo

Office of the High Commissioner for Refugees (UNHCR)
Office du Haut-Commissaire pour les Réfugiés

M. B. Cherif
Délégué régional adjoint pour l'Afrique centrale
HCR B.P. 7248
Kinshasa
Zaire

* Unable to attend.
Dans l'impossibilité de participer.
Não pudeam participar.

Annex/Annexe/Anexo 6Economic Commission for Africa (ECA)
Commission économique pour l'Afrique (CEA)

Mr J. Riby-Williams
Director, Social Development Division
UN-ECA
P.O. Box 3001
Addis Ababa
Ethiopia

Dr T. Oshe
Senior Regional Adviser on Environmental Health
UN-ECA
P.O. Box 3005
Addis Ababa
Ethiopia

* United Nations Environment Programme (UNEP)
Programme des Nations Unies pour l'Environnement (PNUE)

* United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO)
Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture

* International Labour Organization (ILO)
Organisation internationale du Travail (OIT)

International Bank for Reconstruction and Development (World Bank)
Banque internationale pour la Reconstruction et le Développement (BIRD)

Dr J. V. Pillet
Population, Health and Nutrition Department
1818 19th St., N.W.
Washington DC, USA

* African Institute for Economic Development and Planning
Institut africain de Développement économique et de Planification (IDEP)

* United Nations Industrial Development Organization (UNIDO)
Organisation des Nations Unies pour le Développement industriel (ONUDI)

* International Atomic Energy Agency (IAEA)
Agence internationale de l'Energie atomique (AIEA)

* Unable to attend.
Dans l'impossibilité de participer.
Não puderam participar.

Annex/Annexe/Anexo 64. REPRESENTATIVES OF OTHER INTERGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS
REPRESENTANTS D'AUTRES ORGANISATIONS INTERGOUVERNEMENTALESOrganization of African Unity (OAU)
Organisation de l'Unité africaine (OUA)

Dr J. A. Rakotoarivelo
 Directeur adjoint, Division de la Santé
 Organisation de l'Unité africaine
 B.P. 3243
Addis-Abéba
 Ethiopie

West African Health Community

Dr N. A. de Heer
 Executive Director
 West African Health Community
 P.M.B. 2023
Yaba/Lagos
 Federal Republic of Nigeria

Organisation de Coordination pour la Lutte contre
les Endémies en Afrique centrale (OCEAC)

Dr D. Kouka-Bemba
 Secrétaire général adjoint
 OCEAC
 B.P. 288
Yaoundé
 République unie du Cameroun

Organisation commune africaine et mauricienne (OCAM)

Dr C. P. Ramassawny
 Chef du Service de la Recherche scientifique et technique
 B.P. 965
Bangui
 République centrafricaine

Communauté économique des Pays des Grands Lacs (CEPGL)

Citoyen Bayo Mtumwa
 Chef de Division de la Population et des Affaires sociales
 CEPGL
 B. P. 58
Gisenyi
 Rwanda

Annex/Annexe/Anexo 6

* African Development Bank (ADB)
Banque africaine de Développement (BAD)

* Conseil de l'Entente

* African Medical and Research Foundation
Fondation africaine de Médecine et de Recherches

* Commonwealth Regional Health Secretariat for East, Central and Southern Africa

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

* Organisation de Coordination et de Coopération pour la Lutte Contre les Grandes Endémies (OCCGE)
Organization for Coordination and Cooperation in the Control of Major Endemic Diseases

* International Children's Centre (ICC)
Centre international de l'Enfance (CIE)

* International Committee of Military Medicine and Pharmacy (ICCMP)
Comité international de Médecine et de Pharmacie militaire

* Inter-African Committee for Hydraulic Studies
Comité nterafricain d'Etudes hydrauliques

* Scientific, Technical and Research Commission of OAU (STRC)
Commission scientifique, technique et de la Recherche (OUA)

* Unable to attend.
Dans l'impossibilité de participer.
Não puderam participar.

Annex/Annexe/Anexo 6

* Interafrican Bureau for Animal Resources of OAU
Bureau interafricain pour les Ressources animales

* River Niger Commission
Commission du Fleuve Niger

* Organisation des Etats riverains du Fleuve Sénégal

* Lake Chad Basin Commission
Commission du Bassin du Lac Tchad

* Union douanière et économique de l'Afrique centrale (UDEAC)

* Pan-African Institute for Development
Institut panafricain pour le Développement

* African and Malagasy Council on Higher Education
Conseil africain et malgache pour l'Enseignement supérieur (CAMES)

* Arab-African Development Bank

* Islamic Development Bank

5. REPRESENTATIVES OF NON-GOVERNMENTAL ORGANIZATIONS
 REPRESENTANTS DES ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES

World Council of Churches and Christian Medical Commission
Conseil mondial des Eglises et Commission médicale chrétienne

Citoyen Nlaba-Nsona
 Directeur du Service médical et Secrétaire adjoint à la Diaconie
 Eglise du Christ au Zaïre
 B.P. 4938
Kinshasa-Gombe
 Zaïre

* Unable to attend.
 Dans l'impossibilité de participer.
 Não pudeam participar.

Annex/Annexe/Anexo 6International Dental Federation
Fédération dentaire internationale

Dr A. S. Abdullah
Principal Dental Officer and Senior Specialist
P.O. Box 977
Freetown
Sierra Leone

League of Red Cross Societies
Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge

M. A. M. Ekue
Responsable régional pour l'Afrique
17, Chemin des Crets
Pt Saconnex
B.P. 276
Genève
Suisse

International Union of Architects (UIA)
Union internationale des Architectes

M. J. M. Didillon
Architecte UIA
51 Rue Raynouard
75016 Paris
France

* International Committee of Military Medicine and Pharmacy
Comité international de Médecine et de Pharmacies militaires

* International Agency for the Prevention of Blindness
Organisation mondiale contre la Cécité

* Medical Women's International Association
Association internationale des Femmes médecins

Office de Recherche scientifique et technique d'Outre-Mer (ORSTOM)

M. J. L. Frezil
Directeur du Centre ORSTOM
B.P. 181
Brazzaville
République populaire du Congo

* Unable to attend.
Dans l'impossibilité de participer.
Nao puderam participar.

Annex/Annexe/Anexo 6

* International Union against Tuberculosis
Union internationale contre la Tuberculose

* International Planned Parenthood Federation (IPPF)
Fédération internationale pour le Planning familial

* Medical Research Council of Nigeria

* World Psychiatric Association
Association mondiale de Psychiatrie

* International Council on Alcohol and Addictions
Conseil international sur les Problèmes de l'Alcoolisme et des Toxicomanies

* International Union of School and University Health and Medicine

* World Federation for Mental Health
Fédération mondiale pour la Santé mentale

* International Union for Child Welfare
Union internationale de Protection de l'Enfance

* International Union for Health Education
Union internationale d'Education pour la Santé

* International Federation of Gynaecology and Obstetrics
Fédération internationale de Gynécologie et d'Obstétrique

* Unable to attend.
Dans l'impossibilité de participer.
Não pudeam participar.

Annex/Annexe/Anexo 6

* West African College of Surgeons

* World Veterinary Association
Association mondiale Vétérinaire

* Population Council
Conseil de la Population

* World Medical Association
Association médicale mondiale

* Unable to attend.
Dans l'impossibilité de participer.
Não puderam participar.

ANNEXE 7

LISTE DES DOCUMENTS

- AFR/RC30/1 - Programme provisoire de travail
- AFR/RC30/2 - Projet de Budget Programme 1982-1983
- AFR/RC30/3 - Stratégie régionale pour atteindre l'objectif social de la santé pour tous en l'an 2000
- AFR/RC30/4 - Septième Programme général de Travail pour une période déterminée 1984-1989
- AFR/RC30/5 - Coopération technique entre pays en développement
- AFR/RC30/6 - Rapport sur la participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions programmatiques
- AFR/RC30/7 - Voyages d'études prévus à l'intention des représentants des Etats Membres au sein de la Région africaine
- AFR/RC30/8 - Surveillance de l'application de la politique et de la stratégie en matière de budget programme
- AFR/RC30/9 - Rapport du Sous-Comité du Programme
- AFR/RC30/10 - Ordre du jour provisoire
- AFR/RC30/11 - Activités de l'OMS en 1979
- AFR/RC30/11 Add.1 - Déclaration du Dr H. Mahler, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé
- AFR/RC30/11 Add.2 - Développement du programme sanitaire au niveau des pays
- AFR/RC30/12 - Rapport sur les réunions d'experts régionaux
- AFR/RC30/13 - Développement et coordination de la recherche biomédicale et sur les services de santé
- AFR/RC30/14 - Incidences régionales de l'ordre du jour de la soixante-septième session du Conseil exécutif et de la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé
- AFR/RC30/15 - Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif
- AFR/RC30/16 - Implications programmatiques de la coopération technique

Annexe 7

- AFR/RC30/17 - Appui des systèmes de santé aux soins de santé primaires
- AFR/RC30/18 - Stratégie de lutte antipaludique
- AFR/RC30/19 - Rapport des discussions techniques
- AFR/RC30/20 - Désignation du Président des discussions techniques pour 1981
- AFR/RC30/21 - Choix du sujet des discussions techniques pour 1982
- AFR/RC30/22 - Dates et lieux de la trente et unième et trente-deuxième sessions du Comité régional de l'Afrique en 1981 et 1982
- AFR/RC30/23 - Rapport du Comité régional
- AFR/RC30/24 - Liste provisoire des participants
- AFR/RC30/TD/1 - Systèmes d'information pour la gestion des programmes sanitaires nationaux
- AFR/RC30/TD/WP/1 - Discussions techniques : Systèmes d'information pour la gestion des programmes sanitaires nationaux
- AFR/RC30/Conf.Doc/1 - Allocution du Dr Comlan A. A. Quenum, Directeur régional
- AFR/RC30/Conf.Doc/2 - Allocution du Dr F. E. Vaz, Vice-Président du Comité régional, Vice-Ministre de la Santé de la République populaire du Mozambique
- AFR/RC30/Conf.Doc/3 - Allocution du Colonel Louis Sylvain-Goma, Membre du Bureau politique, Premier Ministre, Chef du Gouvernement de la République populaire du Congo
- AFR/RC30/WP/1 - Sous-Comité des Désignations
- AFR/RC30/SCC/1 - Composition du Sous-Comité chargé de la Vérification des Pouvoirs
- AFR/RC30/SCC/2 - Rapport du Sous-Comité chargé de la Vérification des Pouvoirs

ANNEXE 8

TRENTE ET UNIEME SESSION
ACCRA, SEPTEMBRE 1981

ORDRE DU JOUR PROVISOIRE
(établi le 20 juin 1980)

1. Ouverture de la trente et unième session
2. Adoption de l'ordre du jour provisoire
3. Constitution du Sous-Comité des Désignations (résolutions AFR/RC23/R1)
4. Election du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs
5. Désignation du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs (résolution AFR/RC25/R17)
6. Activités de l'OMS dans la Région africaine
 - 6.1 Rapport biennal du Directeur régional
 - 6.2 Rapport sur les réunions d'experts régionaux
 - 6.3 Développement et coordination de la recherche biomédicale et sur les services de santé
7. Corrélations entre le Comité régional, le Conseil exécutif et l'Assemblée mondiale de la Santé
 - 7.1 Incidences régionales de l'ordre du jour de la soixante-neuvième session du Conseil exécutif et la Trente-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé
 - 7.2 Rapport du Directeur régional sur les modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif
 - 7.3 Discussion technique à la Trente-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé
8. Examen du rapport du Sous-Comité du Programme
 - 8.1 Surveillance de l'application de la politique et de la stratégie en matière de budget programme
 - 8.2 Rapport sur la participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique
 - 8.3 Rapport sur les visites des responsables des Etats Membres dans d'autres pays de la Région

Annexe 8

- 8.4 Rapport du Comité permanent sur la coopération technique entre pays en développement et sur le Groupe africain de Ressources "Santé/2000"
- 8.5 Septième Programme général de Travail pour une période déterminée 1984-1989
- 8.6 Stratégie de lutte antipaludique
9. Discussions techniques
 - 9.1 Présentation du rapport des discussions techniques
 - 9.2 Désignation du Président des discussions techniques pour 1982
 - 9.3 Choix du sujet des discussions techniques pour 1983
10. Dates et lieux des trente-deuxième et trente-troisième sessions du Comité régional pour 1982 et 1983
11. Adoption du rapport du Comité régional
12. Clôture de la trente et unième session.

RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME

INTRODUCTION

1. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni à Brazzaville les 15 et 16 septembre 1980, sous la présidence du Dr S. Moeti, Vice-Président (Botswana), le Dr M. Diallo, Président, étant empêché. En l'absence du Rapporteur, le Dr Akincho collabore avec le Secrétariat pour l'élaboration du présent rapport. La liste des participants figure en Appendice 1.
2. Dans son allocution d'ouverture, le Président, après avoir remercié le Gouvernement et le peuple de la République populaire du Congo, invite le Sous-Comité à porter toute son attention sur les documents qui lui sont soumis. Ils ont tous une grande importance programmatique en vue d'atteindre l'objectif social de la santé pour tous en l'an 2000. A cet égard, il faut noter que le Budget Programme 1982-1983 est le dernier du Sixième Programme général de Travail pour une période déterminée (PGT.6) et le premier à être élaboré après la Déclaration d'Alma-Ata sur les Soins de Santé primaires. La stratégie régionale, synthèse des stratégies nationales, a pour but d'amener les pays de la Région à mobiliser au mieux leurs ressources en vue de faire accéder toutes les populations à un niveau de santé permettant une vie socialement et économiquement productive. Le PGT.7 (1984-1989) doit s'insérer dans cette stratégie régionale et permettre d'atteindre les objectifs intermédiaires de l'horizon 1990. La coopération technique entre pays en développement (CTPD) est un des mécanismes essentiels à mettre en oeuvre dans le cadre de la stratégie régionale. Le Président rappelle que le Sous-Comité a aussi pour mandat d'assurer la surveillance de l'application de la politique et de la stratégie en matière de budget programme.
3. Le programme de travail adopté par le Sous-Comité du Programme figure en Appendice 2.

EXAMEN DETAILLE DU PROJET DE BUDGET PROGRAMME 1982-1983 (document AFR/RC30/2)

4. Le Directeur du Programme de Soutien présente le document AFR/RC30/2 - Projet de Budget Programme 1982-1983. La forme de ce document ne diffère de celui du premier biennium 1980-1981 que par la présentation en trois volumes : anglais, français et portugais, à la suite de l'adoption du portugais comme langue de travail.¹ En décrivant l'économie du document, le Directeur du Programme de Soutien attire particulièrement l'attention sur la méthode utilisée pour calculer les augmentations et diminutions "réelles" et augmentations et diminutions de "coûts" conformément à la résolution WHA32.29 (paragraphes 17 à 20 des Notes explicatives).

¹ Résolution AFR/RC28/R13.

Annexe 9

5. L'introduction du Directeur régional expose la philosophie de l'Organisation qui a présidé aux grandes orientations du programme et à l'adoption des approches visant à assurer une coopération accrue avec les Etats Membres. Les paragraphes 1 à 6 de ce chapitre exposent les principes directeurs sur lesquels a été basée la préparation du Budget Programme. Les paragraphes 7 à 16 introduisent des réflexions fondamentales sur les secteurs d'activités prioritaires du programme comme l'information et l'éducation pour la santé, la Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement (dénommée ci-après "la Décennie de l'Eau"), la santé de la famille, la prévention et la lutte contre de nombreuses endémies locales, la coopération technique, le programme de recherche-développement, etc. Le paragraphe 18 indique la méthode employée pour distinguer les augmentations et diminutions "réelles" et les augmentations et diminutions de "coûts" des allocations de crédits par rapport à 1980-1981 pour diverses sections portant ouverture de crédits, avec leurs explications. Le Directeur régional conclut au paragraphe 20, que l'objectif essentiel est "la santé pour tous en l'an 2000" et que l'une des meilleures approches pour y parvenir est celle des soins de santé primaires (SSP).

6. Les autres sections du document concernent des tableaux résumés de prévisions d'engagement de dépenses par sources de fonds, par grands programmes, par programmes et par niveaux organiques, suivis d'exposés et de tableaux budgétaires pour chaque grand programme, programme pays et programmes interpays. En ce qui concerne les programmes de coopération technique avec les pays, il est souligné que ce sont les pays eux-mêmes qui les ont préparés, en liaison étroite avec les coordonnateurs; l'allocation des ressources aux différents programmes a été effectuée par chaque gouvernement intéressé dans les limites de l'allocation budgétaire.

7. A la suite de cette présentation, le Sous-Comité décide d'examiner le document qui lui est soumis en commençant par les principes directeurs du Budget Programme, puis les programmes et leurs incidences budgétaires et financières.

Principes directeurs du Budget Programme

8. L'introduction du Directeur régional est examinée en détail, paragraphe par paragraphe, en raison de son importance programmatique. Le Sous-Comité note que les éléments suivants ont largement orienté l'élaboration de ce projet : i) la Déclaration d'Alma-Ata sur les SSP; ii) la formulation aux niveaux national et régional des stratégies en vue d'atteindre l'objectif de la santé pour tous d'ici à l'an 2000 (résolution WHA30.43), et iii) la réflexion commencée dès 1979 sur le PGT.7. Fin mai 1980, 31 pays de la Région ont formulé leurs stratégies nationales. Ils ont tous choisi les SSP pour principale approche.

Annexe 9Annexe 9

9. Le Projet de Budget Programme 1982-1983 est déjà orienté vers l'objectif santé pour tous en l'an 2000 (Santé/2000). Il se situe dans le cadre des processus de formulation et de mise en oeuvre des politiques, stratégies et plans d'action nationaux et régional. En exerçant son contrôle sur la mise en oeuvre de ce Budget Programme, le Comité régional surveille en même temps l'application des stratégies visant à instaurer la santé pour tous (résolutions WHA32.30 et AFR/RC29/R12). Au cours de ces dernières années, le Sous-Comité a constaté que l'accent est effectivement mis sur la coopération technique (résolution WHA29.48). Les Etats Membres assument toujours davantage leurs responsabilités en ce qui concerne le processus gestionnaire de l'OMS.

10. Ce processus gestionnaire de l'OMS englobe un ensemble d'activités qui se déroulent dans un ordre logique. La stratégie pour l'an 2000 définit les grands axes de l'action pour atteindre l'objectif général visé par la résolution WHA30.43. Le PGT formule les principaux objectifs, approches et indicateurs pour les besoins de la programmation à moyen terme (PMT). Cette dernière précise, en termes opérationnels, les objectifs spécifiques et les activités du programme régional. Le rapport biennal du Directeur au Comité régional est l'outil de l'évaluation qui précède la programmation/budgétisation. Ceci permet de répartir les ressources de l'OMS de façon à répondre aux besoins essentiels des Etats Membres.

11. La planification détaillée du Budget Programme 1982-1983 aura lieu en 1981, l'exécution des programmes s'en trouvera facilitée.

12. A propos de la présentation de ce Projet de Budget Programme, le Sous-Comité souligne qu'elle vise à faciliter l'analyse du document. Les exposés descriptifs, appuyant les tableaux budgétaires, énoncent les objectifs de chaque programme, suivis des principales activités destinées à justifier les approches retenues pour le biennium 1982-1983. Ainsi, le Sous-Comité se juge en mesure d'étudier la pertinence des activités prévues. Celles-ci visent la réalisation d'objectifs clairement définis en vue d'améliorer l'état de santé des populations. Le Sous-Comité apprécie ensuite l'adéquation et l'impact des actions entreprises. Il souligne que le Budget Programme 1982-1983 s'articule essentiellement autour des SSP et les huit composantes telles que définies par la Déclaration d'Alma-Ata.

13. Les nouvelles approches visant à accroître l'efficacité de l'information et de l'éducation pour la santé doivent être trouvées en vue de susciter la participation consciente et responsable des collectivités.

Annexe 9

14. En ce qui concerne l'approvisionnement en eau saine et les mesures d'assainissement de base, le Sous-Comité souligne la nécessité de les intégrer dans les autres secteurs de l'activité nationale. La participation d'autres sources de coopération tant bilatérales que multilatérales reste indispensable à la réussite de la Décennie de l'Eau.
15. La santé de la famille constitue un des éléments essentiels des SSP. La corrélation des différentes activités illustre les avantages d'une programmation intégrée, notamment en ce qui concerne les activités suivantes : santé maternelle et infantile, planification familiale, nutrition, éducation pour la santé, lutte contre les maladies diarrhéiques, programme élargi de vaccination et promotion de la salubrité de l'environnement. Les mères et leurs enfants sont 60 à 70 % des utilisateurs des formations sanitaires. Ils seront les grands bénéficiaires des activités pour la santé pour tous d'ici à l'an 2000.
16. Le programme élargi de vaccination (PEV) est appelé à réduire notablement la morbidité et la mortalité des enfants en bas âge dues aux principales maladies transmissibles de l'enfance. La lutte contre de nombreuses endémies locales reste une préoccupation. Une priorité élevée est accordée au programme de lutte antipaludique afin de combattre vigoureusement une endémie dont les répercussions sur le développement socio-économique de l'Afrique sont des plus graves.
17. En ce qui concerne les activités de soins des maladies et lésions courantes, il appartient à chaque pays d'établir ses priorités. Des efforts s'imposent aussi pour traduire dans les faits les nombreuses résolutions des organes délibérants concernant l'approvisionnement en médicaments essentiels. La CTPD trouve là un rôle important à jouer. Le Sous-Comité reconnaît que chaque pays doit élaborer une politique pharmaceutique nationale, établir une liste de médicaments essentiels, mettre en place des mécanismes pour l'achat groupé des médicaments et vaccins essentiels et leur distribution à la périphérie. L'établissement d'un réseau régional de pharmacies d'approvisionnement et la mise en place de mécanismes pour des appels d'offres internationaux constituent un des meilleurs moyens de contribuer, en 1982-1983, à la mise à la disposition des collectivités des médicaments essentiels.
18. Le Sous-Comité note que le Budget Programme 1982-1983 permet de promouvoir, au niveau des pays et de l'OMS, les principaux éléments des processus gestionnaires : programmation sanitaire, programmation/budgétisation, surveillance et évaluation des programmes et systèmes d'information. L'amélioration des processus gestionnaires occupe une place importante dans le budget programme. Les mesures appropriées ont été prises pour diffuser l'information sur les éléments susceptibles de rationaliser ces processus. La plupart des

Annexe 9

pays de la Région ont mis en place divers mécanismes de concertation et de dialogue pour réorienter l'action des conseils nationaux multisectoriels de santé ou de mécanismes similaires. En général, des mesures ont été aussi prévues pour améliorer leur fonctionnement. La mise en place ou la transformation d'institutions existantes en centres nationaux de développement sanitaire recevra également l'appui de l'OMS. De tels centres doivent faciliter et maximiser le travail des conseils nationaux multisectoriels de santé. Ils pourront constituer un réseau régional s'insérant dans le cadre de la CTPD. Pour faciliter le développement d'un tel réseau en 1979/1980, l'Institut de Santé publique de Cotonou (Bénin) a été transformé en Centre régional de Développement sanitaire.¹ Avant la fin 1983, au moins deux autres CRDS - un anglophone et un lusophone - seront créés. Le Sous-Comité souhaite que l'OMS continue à servir de catalyseur pour opérer une mise en commun de moyens, notamment dans le cadre de la CTPD.

19. Le Sous-Comité prend note de la réorientation du Programme régional de Recherche/Développement selon les recommandations du Comité régional.² Désormais, l'accent est mis sur la formation des chercheurs et la recherche appliquée. Il apprécie que le Budget Programme 1982-1983 oriente résolument la recherche/développement vers les SSP en vue de l'objectif de la santé pour tous. Des efforts s'imposent pour mobiliser toutes les forces vives autour de cet objectif essentiel.

20. Les informations concernant les sources extrabudgétaires de financement des différents programmes doivent être considérées comme incomplètes du fait de la non concordance du cycle budgétaire des différents organismes concernés.

Analyse du programme régional

21. Le Sous-Comité passe en revue l'ensemble du programme régional, programme par programme, y inclus les activités interpays et au niveau des pays, et constate qu'il est conforme aux directives des organes délibérants.

22. Le Sous-Comité constate que les exposés des programmes correspondent aux principes énoncés par le Directeur régional dans son introduction. Il note avec satisfaction les fortes augmentations au titre du grand programme 2.4 - Promotion et développement de la recherche et du programme 3.1.2 - Soins de santé primaires. Le programme 3.2.1 - Santé maternelle et infantile subit aussi une augmentation appréciable. En ce qui concerne le programme 3.4.1 - Politique et gestion pharmaceutiques, le Sous-Comité remarque que la santé pour tous en l'an 2000 dépendra, dans une large mesure, de la mise à la disposition des collectivités de médicaments efficaces et peu coûteux.

¹ Résolution AFR/RC29/R17.

² Résolution AFR/RC29/R5.

Annexe 9

23. Le grand programme 4.1 - Lutte contre les maladies transmissibles, représente un secteur important du budget ordinaire. Il a été noté avec intérêt la place accordée au Programme élargi de vaccination (4.1.5).
24. Le grand programme 5.1 - Promotion de la salubrité de l'environnement, réserve plus de trois-quart des ressources du budget ordinaire aux mesures d'assainissement de base (programme 5.1.2), soit un accroissement de 43 % par rapport à 1980-1981.
25. Les activités du grand programme 6.1 - Développement des personnels de santé, se voient affecter plus du quart du budget ordinaire. Le programme 6.1.2 - Promotion de la formation, revêt une importance particulière, puisqu'il permet à l'OMS de participer à la formation de personnels de toutes catégories, y inclus ceux chargés des SSP.
26. Le Président est amené, à plusieurs reprises, de rappeler le caractère incomplet des informations concernant les ressources extrabudgétaires dû à la non concordance des cycles budgétaires des différents organismes.
27. Les allocations budgétaires par pays sont passées en revue. A cet égard, il est rappelé que les énoncés des programmes pays et la répartition des fonds ont été élaborées par les pays eux-mêmes. Lors de la planification détaillée pour le biennium 1982-1983, les Etats Membres auront la possibilité de modifier la répartition des fonds à l'intérieur des crédits qui leur sont alloués. Les résultats de l'analyse des tableaux des programmes interpays recueillent l'accord du Sous-Comité.

Incidences budgétaires et financières

28. Les incidences budgétaires et financières du programme régional ont été étudiées tout au long de l'analyse du programme régional et des programmes de collaboration avec les pays. Les augmentations prévues telles qu'elles apparaissent au tableau de la page xxxi sont conformes à la résolution WHA32.29 qui prévoit une augmentation réelle allant jusqu'à 4 % pour le biennium, compte non tenu des augmentations des coûts correspondant à des estimations raisonnables. Le montant du crédit alloué à la Région assure donc le financement du programme envisagé.

STRATEGIE REGIONALE POUR ATTEINDRE L'OBJECTIF SOCIAL DE LA SANTE POUR TOUS EN L'AN 2000
(document AFR/RC30/3)

29. Le Dr E. M. Samba, membre du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS) présente le document de travail AFR/RC30/3 - Stratégie régionale pour atteindre l'objectif social de la santé pour tous en l'an 2000. Il rappelle que ce document a été examiné lors de la première réunion du CCADS à Brazzaville. Le document

Annexe 9

à l'étude tient compte des avis émis par le CCADS et suit la présentation adoptée par les organes délibérants à l'échelon mondial visant à harmoniser les stratégies de six Régions de l'OMS. La stratégie régionale représente la sommation des stratégies nationales. Les stratégies élaborées par 31 Etats Membres sont parvenues au Bureau régional au moment de l'impression du document. Actuellement, tous les pays ont exposé une stratégie nationale ou au moins ses éléments. Toutes les réponses indiquent les soins de santé primaires (SSP) comme l'approche choisie. Il s'agit d'un choix politique de la plus haute importance.

30. Les objectifs spécifiques, tirées des stratégies, ont été classées en trois groupes pour souligner l'importance des actions intégrées et coordonnées :

- i) Développement de systèmes de santé unifiés;
- ii) Science et technologie sanitaires;
- iii) Promotion et appui.

31. Le Dr Samba attire particulièrement l'attention sur les 12 questions fondamentales figurant au paragraphe 116. Le CCADS a d'ores et déjà fourni des éléments de réponse, inclus dans les différents chapitres du document. Ces questions fondamentales ont trait essentiellement aux sujets suivants :

- i) processus et mécanismes pour mettre en oeuvre les stratégies, plans et programmes d'action;
- ii) échanges d'information;
- iii) coopération technique entre pays en développement;
- iv) surveillance et évaluation;
- v) obstacles à vaincre;
- vi) rôle de l'OMS.

32. Le document propose également un calendrier de réalisation. Il mentionne les étapes déjà atteintes qui ont permis d'obtenir l'adhésion des autorités nationales à l'objectif social de la Santé/2000. A cet égard, il faut noter que 20 pays de la Région ont déjà signé la Charte pour le Développement sanitaire. Le calendrier indique aussi les étapes permettant d'atteindre, en 1990, les objectifs de trois programmes considérés comme prioritaires par la communauté internationale : Programme élargi de vaccination, Décennie de l'Eau et Lutte contre la faim et la malnutrition.

Annexe 9

33. Le document est ensuite examiné chapitre par chapitre. Certains chapitres, particulièrement importants, sont étudiés paragraphe par paragraphe. En ce qui concerne les estimations des ressources nécessaires, le Directeur régional rappelle qu'il s'agit d'un exercice de prospective effectué avant la définition des SSP à Alma-Ata. Il ressort de cette étude que la participation active des communautés, dans le cadre des SSP, aboutit à une diminution du coût de la couverture sanitaire des populations, par comparaison à l'approche mono-sectorielle classique. Ces études se poursuivent; des données plus récentes pour des programmes ayant l'an 2000 comme horizon confirment l'intérêt de l'approche multisectorielle.

34. Le problème des indicateurs est complexe. La liste que le document en donne n'est pas limitative. Ces indicateurs sont extraits du document HPC/MPP/DPE/80.3 qui a été communiqué à tous les Etats Membres. Certains indicateurs peuvent être sujets à critique : PNB de US \$500 par habitant et par an par exemple. Une réunion régionale d'experts étudiera ce problème en décembre 1980.

35. Le Sous-Comité, en examinant les questions fondamentales, note que les réponses sont fournies par le texte du document AFR/RC30/3, tel que revu par le CCADS.

36. Les réponses aux questions intéressant les processus et mécanismes figurent aux paragraphes 23 à 26, 30 à 33, 43 à 47, 50, 61, 62 et 74 à 77 du document AFR/RC30/3 et portent sur :

- i) la manifestation effective par les Etats Membres de la volonté politique;
- ii) la signature de la Charte pour le Développement sanitaire;
- iii) la mise en place de processus gestionnaires capables de maximiser les actions du système sanitaire, et
- iv) la CTPD.

37. Les paragraphes 59, 63 et 64 répondent aux questions concernant les échanges d'informations et centres de développement sanitaire. Les paragraphes 51 à 56 fournissent des éléments de réponse à la question sur la recherche. Les questions 8, 9 et 10 concernant les activités participatives sont traitées aux paragraphes 27, 28 et 38 du document. Le rôle du Secrétariat régional est mentionné dans chaque chapitre du document et les paragraphes 106 à 108 lui sont consacrés. A propos de la surveillance et de l'évaluation, les paragraphes 92 et 93 mentionnent la création du CCADS. Les paragraphes 99 à 105 proposent des mécanismes et un calendrier pour la surveillance et l'évaluation de la stratégie régionale.

Annexe 9

SEPTIEME PROGRAMME GENERAL DE TRAVAIL POUR UNE PERIODE DETERMINEE 1984-1989 (PGT.7)
(document AFR/RC30/4)

38. Le document AFR/RC30/4 est présenté par le Dr Samba, membre du CCADS. Ce dernier rappelle que le Conseil exécutif doit soumettre à l'Assemblée mondiale de la Santé, pour examen et approbation, le PGT.7 couvrant la période 1984-1989. Il est rappelé que le PGT.6, en cours d'exécution, couvre la période 1978-1983. Le PGT.7 revêt une importance capitale, puisqu'il doit permettre d'atteindre les objectifs d'un certain nombre de programmes prioritaires ayant 1990 comme horizon. Il se situe donc à mi-chemin de la voie menant à la réalisation de l'objectif social de la santé pour tous d'ici à l'an 2000. De ce fait, il est un élément clé de la mise en oeuvre des stratégies régionale et mondiale.

39. Les objectifs du PGT servent de base à la programmation à moyen terme (PMT), qui permet de planifier les activités spécifiques. Ainsi, ce mécanisme gestionnaire a permis d'adapter le PGT.6 aux approches nouvelles qui, toutes, sont postérieures à son adoption en 1976.¹

40. La différence dans les modalités d'élaboration des PGT.6 et PGT.7 est soulignée. Seuls les objectifs du PGT.6 ont été soumis à la vingt-cinquième session du Comité régional, en 1975, à Yaoundé.² Par contre, pour préparer le PGT.7, la concertation avec les Etats Membres est permanente. Le calendrier tient compte de la liaison étroite entre la préparation du PGT.7 et la formulation des stratégies.

41. Les matériaux préliminaires pour le PGT.7, présentés au Sous-Comité du Programme dans le document AFR/RC30/14, ont été étudiés au préalable par le CCADS. Ils s'appuient sur une évaluation de la première moitié du PGT.6. Les conclusions de cette évaluation correspondent d'ailleurs à celles du programme mondial annexé au document.

42. La proposition de structure triangulaire des programmes de l'OMS pour résoudre les problèmes prioritaires constitue l'élément nouveau du PGT.7. L'accent est ainsi mis sur l'interaction entre ces programmes, en vue d'édifier des systèmes de santé unifiés, orientés vers la mise en oeuvre des SSP. A cet égard, le PGT prévoit trois grandes catégories interdépendantes de programmes :

- i) programme de systèmes de santé unifiés : infrastructure opérationnelle;
- ii) programme de science et de technologie sanitaires : contenu des systèmes de santé; le terme "science" a été introduit à la demande du CCADS pour donner leur véritable dimension à ces programmes;

¹ Résolution WHA29.20.

² Résolution AFR/RC25/R7.

Annexe 9

iii) programmes de promotion et d'appui : soutien politique, social et économique, appui technique, gestionnaire et logistique.

43. Le Sous-Comité est ensuite invité à examiner une série de questions de fonds auxquelles ont répondu, au moins en partie, les membres du CCADS. Il en a été tenu compte dans les différents chapitres du document.

44. Le Sous-Comité examine le document chapitre par chapitre et certains chapitres, paragraphe par paragraphe. Les corrections du CCADS ainsi que les réponses aux questions ont été incluses dans le texte présenté. Le Sous-Comité note que le PGT.7, par ses caractéristiques énoncées au paragraphe 9, permet de concilier les priorités des Etats Membres et les priorités régionale et mondiale, définies par les organes délibérants. Le PGT.7 est suffisamment souple pour servir de structure d'accueil aux priorités nationales. Il s'inscrit dans un processus gestionnaire continu : élaboration des stratégies nationales et régionale, PMT, programmation/budgétisation et évaluation. Le calendrier tient compte de la liaison étroite entre la préparation du PGT.7 et la formulation des stratégies.

45. Pour résoudre les problèmes prioritaires découlant des besoins des collectivités, il convient d'élaborer pour 1984-1989 un nouveau programme avec une nouvelle structure axés sur les stratégies visant à instaurer la santé pour tous. Ainsi, d'entrée de jeu, l'accent est mis sur les nouvelles politiques et orientations programmatiques. Pour favoriser la mise en place de systèmes de santé unifiés, fondés sur les SSP, la structure du programme proposée au Conseil exécutif¹ pour le PGT.7 prévoit trois grandes catégories interdépendantes. L'accent est mis sur l'interaction entre ces programmes. La structure proposée, fondée sur les fonctions, a une configuration triangulaire, dont les éléments répondent aux conditions nécessaires pour résoudre les problèmes de santé des collectivités.

Développement des systèmes nationaux de santé unifiés

46. Le développement rationnel de systèmes unifiés présuppose : i) la mise en place des processus gestionnaires et des activités de recherche y afférentes; ii) une infrastructure opérationnelle pour les SSP; iii) des actions visant à centrer le reste du système de santé sur les besoins des SSP, y compris la création et l'entretien d'hôpitaux de première ligne, et iv) le développement des personnels de santé capables de solutionner les problèmes de santé et ceux du fonctionnement de l'infrastructure sanitaire.

¹ Document EB/65/PC/WP/9.

Annexe 9Programme de science et technologie sanitaires

47. Les pays doivent décider du contenu de leurs infrastructures sanitaires. La capacité et le potentiel de ces infrastructures sont à l'heure actuelle limités. Il est donc proposé de réévaluer l'utilité des technologies existantes pour définir des technologies appropriées au sens donné à ce concept à Alma-Ata. En une première étape, il s'agit d'identifier les technologies disponibles pouvant être appliquées immédiatement par le système de santé. L'étape suivante comporte des recherches visant à adapter ou mettre au point des technologies appropriées aux conditions locales.

Programme de promotion et d'appui

48. Ce programme soutient les autres activités et leur fournit des appuis d'ordre politique, économique, social, scientifique, gestionnaire et financier. Un rôle important incombe donc aux organes délibérants qui assurent les orientations, la promotion et l'appui à l'ensemble des programmes.

49. Les activités de recherche-développement apparaissent dans la structure du PGT.7 sous trois formes distinctes mais interreliées : i) activités de recherche propres à chaque programme; ii) recherche sur les services de santé visant à l'application correcte de la science et de la technique dans les services de santé, et iii) programme spécifique de promotion et de coordination de la recherche, axé sur le développement des capacités nationales avec la collaboration de l'OMS. Cette approche permet d'intégrer les activités de recherche-développement dans leur contexte programmatique.

50. Il appartient au Comité régional de déterminer si le PGT.7 doit être présenté comme le PGT.6, à savoir : soit sous forme d'un programme mondial sans qu'il soit fait mention de variations régionales, soit sous forme de six composantes régionales coiffées par une composante mondiale. Le CCADS a recommandé une présentation globale. Par la suite, la programmation à moyen terme permettra de tenir compte des problèmes spécifiques à chaque Région. Le Sous-Comité partage cet avis.

RAPPORT DU COMITE PERMANENT DE LA COOPERATION TECHNIQUE ENTRE PAYS EN DEVELOPPEMENT (CTPD)
(document AFR/RC30/6)

51. Le Dr Kabamba Nkamany, Président en exercice du Comité permanent CTPD, présente le rapport de ce Comité. Il rappelle également la Réunion du Groupe africain des Ressources "Santé/2000" (GARS/2000) qu'il a également présidée. Le rapport du Comité CTPD souligne que l'expérience de la coopération technique bi- ou multilatérale fait

Annexe 9

ressortir la nécessité d'une approche plurisectorielle. Pour rendre la CTPD plus efficace, il faut accroître les ressources financières, humaines et matérielles. Pour ce faire, il faut avoir recours aux technologies appropriées, aux établissements de formation et aux centres de recherche des pays voisins, à des techniciens originaires de la Région et aux échanges d'information. Ceci doit aboutir à l'autosuffisance et à l'autoresponsabilité aux niveaux national et régional.

52. Le Comité a recommandé un système coordonné pour les achats groupés de médicaments ainsi que le développement d'une industrie pharmaceutique et de la pharmacopée traditionnelle. Ceci permettra de surmonter les obstacles auxquels se heurtent les pays pour assurer une meilleure couverture pharmaceutique.

53. Le Comité estime satisfaisantes les structures régionales pour la mise en oeuvre de la CTPD : Groupes de Travail sous-régionaux, Comité d'Experts régionaux, centres collaborateurs, projets interpays. La mise en place d'un réseau régional de centres nationaux de développement sanitaire doit concourir à la promotion de la CTPD.

54. Le rapport note que l'adhésion des autorités politiques est essentielle pour rendre les stratégies nationales et régionale opérationnelle. C'est pourquoi, il réitère la recommandation concernant l'inscription du thème "Santé pour tous d'ici à l'an 2000" à l'ordre du jour d'une prochaine Réunion au Sommet de l'OUA".¹

55. Le Comité a noté avec satisfaction la nouvelle situation que l'accession du Zimbabwe à l'indépendance a créée en Afrique australe. Il a recommandé d'intensifier l'appui de la communauté internationale aux Mouvements de Libération nationale et aux pays de première ligne. Le Souaziland et le Lesotho qui accueillent les combattants blessés et les réfugiés doivent également bénéficier de cette aide.

56. Conformément à la résolution AFR/RC29/R9, il a été procédé au tirage au sort pour le renouvellement des membres du Comité permanent. Le Cap-Vert, le Tchad et Maurice remplaceront le Niger, le Cameroun et la Zambie.

57. Le Dr Kabamba Nkamany rend ensuite compte de la première réunion du GARS/2000 créé par la résolution AFR/RC29/R12. Le Groupe a passé en revue les projets prioritaires identifiés au préalable par le Comité CTPD. Ces projets concernent les programmes suivants : SSP, médicaments essentiels, lutte contre le paludisme, programme élargi de vaccination et approvisionnement en eau. Il a été constaté, dès cette première réunion, que les contributeurs semblent désireux d'apporter tout concours aux Etats Membres et à l'OMS en vue de réaliser l'objectif social de l'an 2000.

¹ AFR/RC29/R11.

Annexe 9

58. Le Sous-Comité soumet un projet de résolution.

RAPPORT SUR LA PARTICIPATION DES MEMBRES DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME AUX REUNIONS PROGRAMMATIQUES (document AFR/RC30/6)

59. Le document présenté par le Président du Sous-Comité réunit les rapports soumis par les membres du Sous-Comité qui ont pris part à six réunions d'importance programmatique. La septième réunion concernant l'organisation sous-régionale de l'approvisionnement en médicaments essentiels a été reportée à une date ultérieure.

60. Les vues exprimées par ces rapports correspondent à l'orientation générale du programme. Le Dr Moeti signale que les représentants du Sous-Comité à une même réunion ont établi soit des rapports séparés, soit un rapport commun. La formule du rapport commun est recommandée pour faciliter le travail du Sous-Comité. Les rapports examinés paragraphe par paragraphe n'appellent aucun commentaire spécifique.

VOYAGES D'ETUDES PREVUS A L'INTENTION DES REPRESENTANTS DES ETATS MEMBRES AU SEIN DE LA REGION AFRICAINE (document AFR/RC30/7)

61. Le Directeur du Programme de Soutien présente le document AFR/RC30/7 "Voyages d'études prévus à l'intention des représentants des Etats Membres au sein de la Région africaine". Il rappelle que lors de sa vingt-neuvième session, le Comité régional a souligné le rôle de la CTPD et insisté sur l'importance qu'il convient d'attacher aux échanges d'expériences entre les pays de la Région dans le cadre de leurs systèmes nationaux de santé. En conséquence, le Directeur régional a formulé des propositions visant à permettre aux représentants des Etats Membres de visiter des programmes sanitaires dans les différents pays de la Région.

62. Un plan de visites est proposé pour les cinq prochaines années. Il repose sur le principe que chaque pays d'une Sous-Région CTPD visite un pays de chacune des deux autres Sous-Régions. Ainsi, d'ici à la fin de 1984, tous les pays de la Région auront effectué ou reçu des visites de ce genre. La mise en application du plan de visites sera effectuée avec toute la souplesse voulue. Le Sous-Comité approuve le plan proposé par le Directeur régional.

SURVEILLANCE DE L'APPLICATION DE LA POLITIQUE ET DE LA STRATEGIE EN MATIERE DE BUDGET PROGRAMME (document AFR/RC30/8)

63. Le Dr Akinocho rappelle la résolution AFR/RC29/R12 du précédent Comité régional de Maputo pour présenter le document AFR/RC30/8. La surveillance de l'application de la politique et de la stratégie en matière de budget programme est étroitement liée à la mise en oeuvre des stratégies nationales visant à instaurer la santé pour tous d'ici à l'an 2000. Le document présenté illustre cette orientation.

Annexe 9

64. La surveillance porte principalement sur l'état d'avancement de la mise en place des huit composantes des SSP, avec une attention particulière aux programmes ayant l'an 1990 comme horizon : Programme élargi de vaccination, Lutte contre la faim et la malnutrition et Décennie de l'Eau.

65. Les Coordonnateurs des Programmes OMS jouent un rôle important lors de la mise en oeuvre de ces programmes par les Etats Membres. C'est pourquoi, le document insiste sur l'utilisation des nationaux comme Coordonnateurs des Programmes OMS, permettant de mobiliser au mieux les ressources des pays. Ces Coordonnateurs font en général partie des structures politico-administratives au niveau le plus élevé. Le recours à des nationaux est bénéfique à la coopération technique dans la mesure où il facilite les relations entre l'Organisation et les Etats Membres.

66. La coopération technique au niveau des pays s'est accrue. Elle est passée de 81,2 % en 1976-1977 à 84,1 % en 1980-1981 pour la part du budget ordinaire allouée aux projets pays et interpays. Ainsi, les dispositions de la résolution WHA29.48 ont été respectées. Par ailleurs, la programmation/budgétisation est un instrument efficace et offre une voie nouvelle à la gestion des ressources à l'échelon national. De plus, les Etats Membres ont pris conscience de leurs besoins en matière de gestion. Des conseils nationaux ou des mécanismes multisectoriels similaires sont en place dans presque tous les pays. Un centre régional de développement sanitaire est devenu opérationnel à Cotonou et le Comité africain de Développement sanitaire (CCADS) a tenu sa première réunion. En outre, les structures du Bureau régional ont été adaptées aux nouvelles orientations, notamment celles de la résolution WHA33.17. En outre, le document souligne les mesures prises pour développer les programmes prioritaires.

67. Le document constate que l'approche des SSP, désormais admise par tous les pays de la Région, est la seule qui permette d'atteindre l'objectif social de la santé pour tous en l'an 2000. Les informations recueillies montrent un important progrès dans la mise en oeuvre de cette approche, soit par un programme national d'ensemble, soit par le développement d'une ou plusieurs de ses composantes. Ainsi, l'application de la politique et de la stratégie en matière de budget programme est conforme aux directives des organes délibérants. Il est proposé d'instituer un rapport biennal sur la surveillance de la stratégie régionale en liaison avec la préparation des Projets de Budget Programme et des PGT.

Annexe 9

68. Le Directeur régional indique que la signature de la Charte n'est pas un préalable à la définition de stratégies nationales ou à l'adoption des SSP. Ceci a déjà été précisé à Maputo en 1979. D'ailleurs, plus de 50 % des pays ont déjà signé cette Charte et il espère que tous les pays l'auront fait d'ici un an.

69. Le Sous-Comité du Programme propose au Comité régional d'examiner un projet de résolution.

CONCLUSIONS

70. Le Sous-Comité, après avoir étudié le Projet du Budget Programme 1982-1983, recommande au Comité l'adoption du document AFR/RC30/2. Ce document répond aux principes directeurs du programme défini par les organes délibérants. Le Comité doit adopter une résolution à cet égard.

71. La stratégie régionale pour atteindre l'objectif social de la santé pour tous d'ici à l'an 2000, telle que modifiée par le CCADS recueille l'accord du Sous-Comité. L'adoption de cette stratégie est recommandée au Comité qui pourrait prendre une résolution dans ce sens.

72. Les éléments du PGT.7 tels que revus par le CCADS apportent une contribution utile au PGT.7 mondial. Ils s'inscrivent dans le cadre de la stratégie régionale. Le Comité pourrait, par une décision, inviter le Directeur régional à envoyer ces éléments au Directeur général.

73. Le Comité régional pourrait souhaiter examiner les projets de résolutions portant sur l'adoption du rapport du Comité permanent CTPD et sur la surveillance de l'application de la politique et de la stratégie en matière de budget programme.

74. Le Sous-Comité invite les membres participant à une même réunion d'intérêt programmatique à présenter un rapport conjoint.

75. Le Sous-Comité adopte le plan de visites d'étude et d'information dans les Etats Membres.

76. Le Sous-Comité adopte le rapport avec des amendements.

Annexe 9

77. La présentation des différents points au Comité régional est répartie comme suit :
- Examen détaillé du Projet de Budget Programme 1982-1983 - Dr Moeti, Président
 - Stratégie régionale pour atteindre l'objectif social de la santé pour tous en l'an 2000 - Dr Lungu
 - Septième Programme général de Travail pour une période déterminée 1984-1989 - Dr Ouoba
 - Rapport du Comité permanent de la Coopération technique entre Pays en Développement (CTPD) - Dr A. Bacar
 - Rapport sur la participation des membres du Sous-Comité aux réunions programmatiques - Dr Pina
 - Voyages d'études prévus à l'intention des représentants des Etats Membres au sein de la Région africaine - Dr Pina
 - Surveillance de l'application de la politique et de la stratégie en matière de budget programme - Dr Akinocho

Annexe 9

APPENDICE 1

LISTE DES PARTICIPANTS

Bénin

M. T. P. Kpoffon
Ministre de la Santé publique

Dr J. E. Akinocho
Directeur des Etudes et de la Planification
au Ministère de la Santé publique

Botswana

Dr J. S. Moeti
Chief Medical Officer

Dr E. T. K. Maganu
Epidemiologist

Cap-Vert*

Dr A. D. Pina
Directeur du Projet de Protection maternelle et infantile

Tchad*

M. A. Issaka
Directeur de Cabinet

M. A. Mouta
Directeur général à la Santé

M. D. P. Ivoulsou
Directeur de la Médecine hospitalière et urbaine

Comores (République fédérale islamique des)

M. S. O. Ben Achirafi
Conseiller technique du Ministre de la Santé
chargé de la Direction de la Santé et de la Planification

Dr A. Bacar
Chef du Service de Pédiatrie
Hôpital principal El-Maarouf

* Dans l'impossibilité de participer.

Appendice 1Annexe 9Congo

M. E. Mbaloula
Conseiller administratif, Cabinet du Ministre de la Santé

Dr G. Ondaye
Coordonnateur national des Programmes OMS

Libéria

Dr W. S. Boayue
Deputy Minister of Health

Madagascar

Dr E. Ribaira
Directeur de l'Hygiène publique et sociale

Malawi

Dr G. W. Lungu
Assistant Chief Medical Officer

République unie de Tanzanie

Dr K. N. M. Mtera
Director of Preventive Health Services

Haute-Volta

Dr M. Ouoba
Directeur de la Santé publique

Zambie

Hon. J. Mwendela
Minister of State, Ministry of Health

H. E. Mr W. K. C. Kamwana
Ambassador of Zambia
Kinshasa

Dr W. C. Mwambazi
Assistant Director of Medical Services

Mrs H. K. Matanda
Chief Nursing Officer

Mr P. L. Zulu
Second Secretary, Zambia Embassy
Kinshasa

PROGRAMME DE TRAVAIL

1. Ouverture de la réunion
2. Adoption du programme provisoire de travail (document AFR/RC30/1)
3. Projet de Budget Programme 1982-1983 (document AFR/RC30/2)
 - 3.1 Principes directeurs du programme
 - 3.2 Examen du programme
 - 3.3 Incidences budgétaires et financières
4. Questions d'importance majeure examinées par le Sous-Comité
 - 4.1 Stratégie régionale pour atteindre l'objectif social de la santé pour tous en l'an 2000 (document AFR/RC30/3)
 - 4.2 Septième Programme général de Travail pour une période déterminée (document AFR/RC30/4)
 - 4.3 Rapport du Comité permanent sur la coopération technique entre pays en développement (document AFR/RC30/5)
 - 4.4 Rapport sur la participation des membres du Sous-Comité aux réunions programmatiques (document AFR/RC30/6)
 - 4.5 Plan de visites d'étude et d'information dans les Etats Membres (document AFR/RC30/7)
 - 4.6 Surveillance de l'application de la politique et de la stratégie en matière de budget programme (document AFR/RC30/8)
5. Adoption du rapport (document AFR/RC30/9)
6. Clôture de la réunion.

(AFR/RC30/27)

ANNEXE 9a

SOUS-COMITE DU PROGRAMME

Rapport de la réunion du 24 septembre 1980

INTRODUCTION

1. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni le 24 septembre 1980 à Brazzaville (Congo) immédiatement après la trentième session du Comité régional. La liste des participants figure en Appendice.
2. Il a élu le Dr J. S. Moeti (Botswana) comme Président, le Dr I. Kone (Côte d'Ivoire) comme Vice-Président, le Dr M. R. Boal (Guinée-Bissau) comme Rapporteur.
3. Le projet de programme de travail a été adopté.

PARTICIPATION DES MEMBRES DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME AUX REUNIONS PROGRAMMATIQUES

4. Le Directeur du Programme de Soutien a présenté le document AFR/RC30/26 qui comportait deux annexes. La première fournissait la liste des membres du Sous-Comité ayant participé aux réunions programmatiques de l'Organisation depuis 1977. La seconde donnait des renseignements sur les réunions prévues en 1980-1981 pour lesquelles la participation des membres du Sous-Comité est considérée comme souhaitable et faisait également des suggestions en ce qui concerne les membres qui devraient participer à ces réunions.
5. Après avoir discuté de la liste des réunions et proposé quelques modifications, le Sous-Comité a décidé ce qui suit :

Annexe 9a

<u>Nom, lieu et date de la réunion</u>	<u>Description</u>	<u>Membre participant proposé</u>
1) Comité consultatif mondial de la Recherche médicale, Genève, 13-17 octobre 1980	Examiner le programme mondial de recherche	Guinée Côte d'Ivoire
2) Deuxième réunion du HRG/2000 Genève, 4-5 décembre 1980	Etudier, dans des pays sélectionnés, comment les ressources disponibles sont utilisées	Congo Lesotho
3) Réunion des Doyens et Directeurs des Facultés, Ecoles et Centres universitaires des Sciences de la Santé, Brazzaville, 1-5 décembre 1980	Assurer le suivi des recommandations et faire des propositions concernant les actions à mener	Bénin Botswana Comores
4) Séminaire régional sur l'Education et les Prestations médico-sanitaires en Afrique, Brazzaville, 8-12 décembre 1980	Réunion des responsables de haut niveau (Ministère de la Santé et Ministère de l'Education) pour qu'ils échangent des informations et fassent des propositions sur l'action à mener pour atteindre l'objectif "Santé pour tous en l'an 2000"	Congo Kenya Lesotho
5) Cinquième session du Comité consultatif africain de la Recherche médicale (CCARM), Nairobi, 6-10 avril 1981	Passer en revue les activités de recherche et faire des propositions sur les mesures à prendre	Tchad Guinée-Bissau Kenya
6) Comité consultatif africain du Développement sanitaire, Brazzaville, 22-26 juin 1981	Passer en revue les activités de développement sanitaire et faire des propositions concernant l'action à mener	Cap-Vert Congo Ghana

6. Le Président a souligné le fait que les rapports des membres retenus pour participer aux différentes réunions seraient présentés à la prochaine réunion du Sous-Comité et que deux ou trois membres participant à une même réunion devraient préparer un rapport unique.

DATE ET LIEU DE LA PROCHAINE REUNION

7. Le Président a rappelé aux membres présents que la prochaine réunion du Sous-Comité se tiendrait deux jours avant la trente et unième session du Comité régional à Accra (Ghana) en septembre 1981.

APPENDICE

Annexe 9a

LISTE DES PARTICIPANTS

Bénin

Dr J. E. Akinocho
Directeur des Etudes et de la Planification
au Ministère de la Santé publique

Botswana

Dr J. S. Moeti
Chief Medical Officer

Dr E. T. Maganu
Epidemiologist

Cap-Vert

Dr A. D. F. Pina
Directeur du Programme de PMI/PF

Tchad

M. A. Issaka
Directeur de Cabinet
Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales

Dr D. L. D. Djekoundadé
Directeur de la Médecine rurale et préventive

M. T. Lam
Directeur de l'Ecole nationale de Santé publique
et des Affaires sociales

Comores

Dr A. Bacar
Chef du Service de Pédiatrie à l'Hôpital principal El-Maarouf

Congo

M. E. Mbaloula
Conseiller administratif auprès du Cabinet du Ministre
Ministère de la Santé et des Affaires sociales

Ghana

Dr K. Ward-Brew
Deputy Director of Medical Services

Annexe 9aAppendiceGuinée

Dr M. Sylla
Médecin-Chef adjoint du CHU de Donka

Guinée-Bissau

Dr M. R. Boal
Secrétaire général du CESAS

Côte d'Ivoire

Dr I. Kone
Directeur des Relations régionales et internationales

Kenya

Dr F. M. Mueke
Assistant Director of Medical Services

Mrs M. W. Gatei
Nursing Officer

Lesotho

Dr P. S. Ngakane
Director of Health Services

(AFR/RC30/19)

ANNEXE 10

SYSTEMES D'INFORMATION POUR LA GESTION DES PROGRAMMES SANITAIRES NATIONAUX

Rapport des discussions techniques

INTRODUCTION

1. Les discussions techniques de la trentième session du Comité régional se sont tenues à Brazzaville le 20 septembre 1980. Elles avaient pour thème "Systèmes d'information pour la gestion des programmes sanitaires nationaux". Le Docteur Rodrigues Boal (Guinée-Bissau) assurait la présidence. Les Rapporteurs étaient les Docteurs A. Habimana (Rwanda), P. S. Ngakane (Lesotho) et A. D. Pina (Cap-Vert). Les discussions se sont déroulées en trois groupes de travail : anglophone, francophone et trilingue avec interprétation simultanée. Les groupes de travail ont élu pour Présidents le Dr W. Mwambazi (Zambie), le Dr M. Touré (Sénégal) et le Dr U. V. Fresta (Angola).
2. Le document de travail, préparé par M. Ngoie Mbuya Mutombo, est présenté par le Président. Ce dernier s'attache à cerner l'importance et l'opportunité du thème au moment de l'élaboration des stratégies nationales en vue d'atteindre l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000. Il rappelle à ce propos la résolution WHA31.20 sur l'importance de systèmes d'information fiables pour préparer, planifier, exécuter et évaluer les programmes sanitaires.
3. Le document fait ressortir les insuffisances des systèmes d'information et les difficultés auxquelles ils se heurtent, mais aussi les progrès réalisés. La principale difficulté réside dans le fait que l'information lorsqu'elle est produite, n'est pas toujours analysée et, lorsqu'elle est analysée, elle n'est pas utilisée.
4. C'est pourquoi, le Président souligne l'intérêt des chapitres consacrés aux principes directeurs et aux stratégies visant à aménager les systèmes d'information pour la gestion. Il donne la mesure de l'importance du problème. Dans une Région où les décisions gestionnaires et même opérationnelles dépendent trop souvent de considérations politiques, d'impulsions effectives, d'inclinations personnelles ou de démarches intuitives, il est important que les gestionnaires, les décideurs et les planificateurs reçoivent à temps des informations pertinentes pour éclairer leur choix.
5. Les relations entre systèmes d'information sanitaire nationaux et ceux de l'OMS font l'objet d'un chapitre que le Président juge particulièrement intéressant. Il rappelle pour terminer que les discussions doivent permettre de dégager un

Annexe 10

consensus sur un schéma adaptable de façon rationnelle et appropriée à chaque système national de santé. Pour faciliter la discussion et la rédaction d'un rapport de synthèse, il propose le plan suivant :

- i) préciser le concept de système d'information pour la gestion et déterminer ses principales caractéristiques;
- ii) déterminer ses problèmes;
- iii) dégager les directives générales pour sa planification, organisation, mise en oeuvre et évaluation;
- iv) identifier les liens entre systèmes nationaux d'information sanitaire et systèmes de l'OMS.

Lors de leurs discussions, les groupes de travail ont en général approuvé les différents points du document.

SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE POUR LA GESTION - CONCEPT ET CARACTERISTIQUESDéfinition

6. Les définitions contenues dans le document paraissent, aux différents groupes, refléter leurs vues sur un système national d'information pour la gestion des prestations sanitaires : "Ensemble de personnes, procédures et matériels organisés dans le but de fournir l'information en temps voulu et sous une forme appropriée pour les besoins des programmes ainsi que pour les échanges internationaux d'information sanitaire". Bien que le sujet des discussions techniques soit "Les systèmes d'information pour la gestion", les groupes de travail élargissent cette définition pour tenir compte de la communauté d'où vient l'information et où elle doit retourner. L'accent est mis sur l'adéquation du système d'information sanitaire pour les SSP et ses huit composantes.

Caractéristiques

7. Les principales caractéristiques retenues par l'ensemble des groupes sont les suivantes :

- i) Adaptabilité : un système d'information doit répondre aux besoins nationaux avec possibilité de standardisation. La structure du système d'information doit être établie en fonction de celle du système de santé national.

Annexe 10

- ii) Pertinence et sélectivité : ne doit être recherchée que l'information dont ont besoin des utilisateurs bien définis pour des fins bien déterminées.
- iii) Précision, fiabilité et disponibilité : la précision dépend de l'utilisation. L'information n'a pas à être plus précise que le processus qu'elle sert à éclairer. Les décideurs et les gestionnaires ont besoin d'un soutien informationnel avec un certain degré d'approximation et surtout d'éléments d'information synthétiques, sous forme d'indicateurs. Souvent, une information approximative fournie à temps vaut mieux qu'une information précise fournie trop tard.
- iv) Efficacité : une évaluation continue appropriée du système d'information est indispensable pour apprécier périodiquement les besoins en information des utilisateurs et éviter la collecte et le traitement de données et informations devenues sans objet.

8. Les différents groupes insistent sur la nécessité d'adaptation au contexte national, car il ne faut pas rechercher de modèle universel. Tous tiennent comme essentielle la rétroinformation du producteur des données. Les collecteurs d'informations doivent savoir l'usage qui est fait des données et des informations qu'ils fournissent afin d'apprécier l'importance de leur travail : c'est un élément important de motivation.

PROBLEMES

9. Les participants retiennent un certain nombre de facteurs limitant l'efficacité des systèmes d'information dans leurs pays. Ces facteurs intéressent la collecte des données, mais aussi leur traitement et utilisation.

10. Les données sont collectées trop souvent d'une façon routinière. Malgré cela, elles manquent d'uniformité.

11. Le défaut de coordination dans le fonctionnement des services d'information gêne l'acquisition, l'analyse, la fourniture et l'utilisation efficaces et méthodiques de l'information. Il est essentiel d'ordonner tous les éléments des systèmes d'information en définissant leurs interrelations fonctionnelles.

12. Les données ne sont pas disponibles pour plusieurs raisons : i) faiblesse de l'implantation des services de prestations de soins de santé, notamment dans les zones rurales; ii) charge de travail des dispensateurs de soins auxquels il est demandé un trop grand nombre de rapport dont ils ne voient pas l'utilisation; iii) manque de précision dans les directives sur les données à recueillir; iv) absence ou mise en sommeil de textes législatifs ou réglementaires; v) difficultés de communication.

Annexe 10

13. Les données ne sont pas analysées parce qu'elles sont trop abondantes, ne répondent pas aux besoins réels ou ne sont pas disponibles au moment voulu. Les données qui arrivent à l'échelon intermédiaire et central sont de pertinence variable. Elles dépassent souvent les besoins du système ou sa capacité à les traiter et à les interpréter. Des données qui ne présentent pas d'intérêt continuent à être recueillies de façon routinière. La formation du personnel dans le domaine de l'information pour la gestion laisse souvent à désirer à tous les niveaux.

14. L'information produite n'est pas toujours utilisée par les responsables parce qu'ils reçoivent souvent des informations dont ils n'ont pas besoin. La responsabilité n'en incombe pas seulement aux producteurs de données. Les gestionnaires des services de santé, les décideurs, les planificateurs ne sont pas toujours en mesure d'indiquer les données et informations à collecter ni la façon dont elles doivent être présentées, à qui et à quel moment. Ceci est une source permanente de frustrations de part et d'autre. L'efficacité des services s'en ressent.

DIRECTIVES GENERALES POUR L'AMENAGEMENT DES SYSTEMES D'INFORMATION POUR LA GESTION

15. Les différents groupes considèrent qu'il n'existe pas de stratégie unique qui puisse répondre aux exigences et aux besoins de tous les pays. Il appartient à chaque pays d'élaborer sa propre stratégie pour ses systèmes d'information en fonction de sa situation spécifique. Malgré cela, un consensus a été trouvé pour dégager des directives à caractère général.

Promotion de l'utilisation de l'information comme outil de gestion

16. Le développement des processus de gestion favorise la prise de conscience des décideurs à tous les niveaux en matière d'information sanitaire. Ainsi, la planification sanitaire intégrée dans le plan général de développement socio-économique amène les planificateurs à s'intéresser aux informations sanitaires et sociales. Les conseils nationaux de santé ou des organismes similaires peuvent promouvoir une approche multi-sectorielle. Ceci favorise également le développement du système d'information. Le personnel de santé de tous les niveaux doit être formé à la gestion, à l'économie et à la statistique tant dans les établissements d'enseignement qu'au contact direct de la communauté.

Annexe 10Recensement des utilisateurs et de leurs besoins

17. L'information n'a de valeur que si on peut l'utiliser. Elle doit donc correspondre au besoin des utilisateurs. La mauvaise communication entre les utilisateurs et les producteurs d'information est due en grande partie à la non utilisation rationnelle de l'information.

18. Pour élaborer une liste concrète d'information nécessaire aux utilisateurs, il est indispensable de définir pour chaque élément du processus gestionnaire :

- i) les principales catégories d'utilisateurs à chaque niveau opérationnel (central, intermédiaire, périphérique);
- ii) les principaux types d'information à recueillir (situation sanitaire, administration sanitaire, démographie, domaine socio-culturel, etc.);
- iii) les indicateurs à retenir;
- iv) les données nécessaires pour calculer ces indicateurs;
- v) la périodicité du recueil des données, la façon de les recueillir et les modalités de transmission.

19. Le fait que les SSP constituent le maître moyen pour instaurer la santé pour tous d'ici à l'an 2000 implique, pour l'ensemble des groupes de travail, qu'il faille donner beaucoup plus d'importance aux informations recueillies au niveau périphérique. Ceci entraîne la collecte des informations pour chacune des huit composantes des SSP.

Evaluation du système existant

20. Dans tout pays on trouve toujours un minimum d'éléments susceptibles de servir de point de départ à un système d'information pour la gestion. Il ne s'agit pas de perpétuer ces éléments mais plutôt de les réorienter. Pour ce faire, il faut d'abord analyser l'état du système d'information eu égard aux priorités sanitaires. Ce n'est qu'ensuite qu'il sera possible de bâtir sur ce qui est retenu comme valable. Dans la majorité des cas, il s'agira de focaliser l'effort de développement sur le ou les services existants qui sont capables d'assurer le plus rapidement possible les besoins des utilisateurs en informations prioritaires.

Annexe 10Etablissement des priorités

21. Pour choisir les procédures et les technologies appropriées, il est nécessaire d'étudier d'abord les contraintes humaines, matérielles et financières. Le terme "technologies appropriées" est pris ici dans son acception la plus large, allant de la technologie manuelle simple à des technologies automatisées, y compris celles qui font intervenir des ordinateurs.

22. La mise en place d'un système d'information complet n'est pas indispensable d'emblée lors de l'aménagement de programmes et de services de santé. Opérationnellement parlant, un système d'information a pour vocation essentielle de pourvoir au besoin minimal d'informations.

Elaboration d'un schéma opérationnel du système d'information

23. Il est indispensable de prévoir un schéma opérationnel, clair et précis, basé sur la structure du système national de santé. Un tel schéma inclura les différents niveaux d'utilisation dictés par les programmes de santé prioritaires ainsi que la définition des rôles des producteurs et utilisateurs d'information. Ce schéma global indiquera en termes simples la physionomie du système, notamment ses éléments, leurs interconnexions et leurs interactions. Le schéma doit être compris et accepté par les responsables chargés du développement du système d'information, en particulier par les fournisseurs de flux d'entrée et par les receveurs de flux de sortie; c'est une condition essentielle.

Mise en place d'un mécanisme d'évaluation permanente

24. Le développement du système d'information doit être inclus lors de la formulation de la politique de santé et de la stratégie nationale. C'est pourquoi, il est nécessaire de mettre en place les mécanismes permettant de contrôler et d'évaluer le développement de système d'information. Ceci implique dès le départ le choix d'indicateurs pertinents. Ces indicateurs permettent d'ajuster régulièrement le schéma opérationnel global et les activités.

SYSTEMES D'INFORMATION NATIONAUX ET DE L'OMS

25. Les trois groupes sont d'accord pour souligner l'importance de la liaison entre les systèmes d'information nationaux de l'OMS. Ceci correspond aux directives des résolutions de la Trente et Unième Assemblée de la Santé¹ et du Comité régional pour l'Afrique.² Ces résolutions mettent l'accent sur la nécessité d'élaborer les divers processus de gestion de manière à les coordonner, promouvoir et renforcer à tous les niveaux.

¹ Résolution WHA31.43.

² Résolution AFR/RC28/R3.

Annexe 10

26. Les groupes s'accordent à reconnaître que le soutien au processus de gestion tant au niveau des pays qu'à celui de l'OMS est assuré à la fois par les systèmes d'information, nationaux (SNIS) et ceux de l'OMS (SI).

27. Le profil de pays constitue l'interface entre ces systèmes. Le concept de profil est la clef de voûte. Le profil est une sélection d'informations structurées conformes aux besoins d'un usager ou d'un groupe d'utilisateurs. C'est aussi un moyen de stockage de l'information. Ainsi, le concept de profil introduit un format standard destiné à garantir que le stockage et la tenue à jour des informations fondamentales pour la gestion des programmes s'effectuent de manière uniforme.

28. Le profil de pays a été défini dans le but de fournir l'information nécessaire pour planifier, programmer, budgétiser et contrôler, évaluer et reprogrammer les programmes sanitaires au niveau des pays.

29. Une collaboration étroite est souhaitable entre les responsables du pays et le personnel OMS, pour la préparation du profil. L'intérêt des Coordonnateurs nationaux à cet égard est évident. En tant qu'outil de gestion, le profil doit être mis à jour continuellement par les utilisateurs.

30. L'élément 5 du profil de pays comprend un résumé des objectifs nationaux par programme et l'interface de chaque programme avec les activités de l'OMS dans le pays. Les détails sont donnés dans le profil programme pays, document fournissant un ensemble de renseignements sur les actions menées par le pays et l'OMS dans le cadre du programme concerné. Un système national d'information sanitaire peut utiliser le concept de profils de pays et de programmes pays.

31. Il existe d'autres interfaces et interactions entre les systèmes d'information du pays et de l'OMS, surtout dans le domaine de l'échange international d'informations sanitaires. Par exemple, les pays membres de l'OMS se sont engagés à fournir des informations statistiques sur la mortalité, la morbidité, le personnel et autres ressources sanitaires à l'OMS. L'OMS, après avoir analysé et présenté cette information de façon uniforme, la distribue aux membres et la tient disponible pour tous ceux qui en ont besoin. L'accent est mis sur l'analyse critique des données aux divers échelons du pays ainsi qu'au niveau de l'OMS. Cette analyse doit donner lieu à une rétroinformation. Ceci permettra d'utiliser la communication entre la périphérie et l'échelon central, entre l'OMS et les pays et vice versa, et contribuer notablement à améliorer la qualité de l'information pour les besoins des systèmes de gestion.

Annexe 10

CONCLUSION

32. Pour faciliter le développement des processus gestionnaires, il est indispensable que les gouvernements mettent en place, développent ou renforcent leurs systèmes d'information pour la gestion des programmes sanitaires nationaux. Le développement des processus gestionnaires et celui du support informationnel sont étroitement liés. La promotion de l'un entraîne la promotion de l'autre.

33. Un schéma opérationnel a été défini en termes généraux. Les principes sont applicables partout, mais la mise en oeuvre variera d'un pays à l'autre. Ces principes sont les suivants :

- promotion de l'utilisation de l'information comme outil de gestion;
- recensement des utilisateurs et de leurs besoins;
- évaluation du système existant;
- établissement des priorités;
- élaboration d'un schéma opérationnel du système d'information;
- mise en place d'un mécanisme d'évaluation permanente.