

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
COMITE REGIONAL DE L'AFRIQUE
TRENTE-DEUXIEME SESSION

Libreville
15-22 septembre 1982

RAPPORT DU COMITE REGIONAL

Brazzaville
Octobre 1982

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 de Vérification des Pouvoirs	1
4. Vérification des Pouvoirs	2
5. Désignation du Président des Discussions techniques pour 1983	2
6. Choix du sujet des discussions techniques pour 1984	2
7. Dates et lieux des trente-troisième et trente-quatrième sessions du Comité régional	3
8. Visites des responsables des Etats Membres dans d'autres pays de la Région	3
9. Renouvellement du Comité permanent CTPD	3
10. Thèmes à étudier en 1983-1984 par les groupes de travail CTPD	4
11. Désignation des représentants de la Région africaine au groupe mondial de Ressources Santé/2000 (GMRS/2000)	4
12. Bourse d'études de la Fondation Jacques Parisot	4
13. Incidences régionales de l'ordre du jour de la soixante-et-onzième session du Conseil exécutif et de la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé	5
14. Discussions techniques à la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé ...	5
RESOLUTIONS	6
AFR/RC32/R1 Programme de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine	6
AFR/RC32/R2 Projet de budget programme 1984-1985	7
AFR/RC32/R3 Rapport succinct du Directeur régional	8
AFR/RC32/R4 Participation des membres du sous-comité du programme aux réunions d'intérêt programmatique	9
AFR/RC32/R5 Coopération technique entre pays en développement	9
AFR/RC32/R6 Examen du flux international de ressources pour la stratégie régionale de la santé pour tous en l'an 2000	10
AFR/RC32/R7 Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif	11

	<u>Page</u>
AFR/RC32/R8 Programme spécial de coopération sanitaire avec la République du Tchad	12
AFR/RC32/R9 Soutien au programme spécial de coopération sanitaire avec la République populaire d'Angola	12
AFR/RC32/R10 Motion de remerciements	13

PARTIE II

	<u>Paragraphes</u>
SEANCE D'OUVERTURE	1 - 15
ORGANISATION DU TRAVAIL	16 - 21
ACTIVITES DE L'OMS EN 1981 : RAPPORT SUCCINCT DU DIRECTEUR REGIONAL	22 - 55
MISSION SPECIALE DU COMITE REGIONAL EN REPUBLIQUE POPULAIRE D'ANGOLA	56 - 61
SURVEILLANCE DE L'APPLICATION DU CODE DE COMMERCIALISATION DES SUBSTITUTS DU LAIT MATERNEL	62 - 69
BOURSE DE LA FONDATION JACQUES PARISOT	70 - 76
MODALITES DE MISE EN OEUVRE DES RESOLUTIONS D'INTERET REGIONAL ADOPTEES PAR L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE ET LE CONSEIL EXECUTIF	77 - 129
INCIDENCES REGIONALES DES ORDRES DU JOUR DE LA SOIXANTE-ONZIEME SESSION DU CONSEIL EXECUTIF ET DE LA TRENTE-SIXIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE	130 - 131
POLITIQUES NOUVELLES D'EDUCATION POUR LA SANTE DANS LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES	132 - 148
EXAMEN DU PROJET DE BUDGET PROGRAMME 1984-1985	149 - 154
RAPPORT DE SITUATION SUR LA MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME D'ACTION SUR LES MEDICAMENTS ESSENTIELS	155 - 162
PARTICIPATION DES MEMBRES DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME AUX REUNIONS D'INTERET PROGRAMMATIQUE	163 - 170
VISITES DES RESPONSABLES DES ETATS MEMBRES DANS D'AUTRES PAYS DE LA REGION	171 - 174
RAPPORT DU COMITE PERMENENT DE LA COOPERATION TECHNIQUE ENTRE PAYS EN DEVELOPPEMENT.....	175 - 200
EXAMEN DU FLUX INTERNATIONAL DE RESSOURCES POUR LA STRATEGIE REGIONALE DE LA SANTE POUR TOUS EN L'AN 2000	201 - 207
RAPPORT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES 1982 : "MOBILISATION DES COLLECTIVITES EN VUE DU DEVELOPPEMENT SANITAIRE : APPROCHES ET CONTRAINTES"	208 - 219
DESIGNATION DU PRESIDENT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES POUR 1983	220 - 222

	<u>Paragraphe</u> s
CHOIX DU THEME DES DISCUSSIONS TECHNIQUES POUR 1984	223 - 224
RAPPORT DU SOUS-COMITE DE VERIFICATION DES POUVOIRS	225 - 227
DATES ET LIEUX DES TRENTE-TROISIEME ET TRENTE-QUATRIEME SESSIONS DU COMITE REGIONAL	228 - 230
CONCLUSIONS	231 - 253

ANNEXES

	<u>Page</u>
1. Allocution de Monsieur Telahun Abebe, Chef du Département des sciences de la santé, Ministère de la Santé, Addis-Abéba Vice-Président de la trente-unième session du Comité régional	65
2. Allocution d'ouverture du Docteur Comlan A. A. Quenum, Directeur régional	68
3. Allocution de son Excellence El Hadj Omar Bongo, Président de la République gabonaise	77
4. Allocution du Dr H. Mahler, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé	82
5. Ordre du jour	90
6. Liste des participants	92
7. Liste des documents	111
8. Ordre du jour provisoire de la trente-troisième session du Comité régional de l'Afrique	113
9. Surveillance de l'application du Comité international de commercialisation des substituts du lait maternel	115
10. Rapport du Sous-Comité du programme	130
11. Sous-Comité du programme - Rapport de la réunion du 22 septembre 1982	164
12. Mobilisation des collectivités en vue du développement sanitaire ; Approches et contraintes - Rapport des discussions techniques	169

PARTIE I

PARTIE I

10. Thèmes à étudier en 1983-1984 par les groupes de travail CTPD

Le Comité régional encourage l'initiative du Comité permanent CTPD¹ d'identifier à l'avance des thèmes d'études et de réflexion pour ses groupes de travail. Il confirme la décision 9 de la trentième session du Comité régional et approuve les thèmes additionnels suivants :

- i) organisation de la SMI et CTPD (Mauritanie);
- ii) études des effets des décharges industrielles (Nigéria);
- iii) décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement, évaluation à la mi-décennie (Bureau régional);
- iv) renvoi à l'échelon supérieur des malades ayant besoin d'un traitement : expériences nationales (Lesotho).

Septième séance, 20 septembre 1982

11. Désignation des représentants de la Région africaine au Groupe mondial de Ressources Santé/2000 (GMRS/2000)

Le Comité régional, reconnaissant l'importance de la participation des représentants de la Région aux réunions du Groupe mondial de Ressources Santé/2000, désigne l'Angola et le Mali pour représenter la Région à la prochaine réunion du groupe susmentionné, conformément aux recommandations du GARS/2000 (document AFR/RC32/16, paragraphe 10.2).

Septième séance, 20 septembre 1982

12. Bourse d'études de la Fondation Jacques Parisot

Le Comité régional a étudié les propositions des Etats Membres pour l'attribution de la quatrième bourse de la Fondation Jacques Parisot. Il approuve les conclusions et recommandations du Comité consultatif africain de la Recherche médicale et demande au Directeur régional de transmettre au Secrétaire du Comité de la Fondation Jacques Parisot les candidatures suivantes par ordre de priorité :

¹ Document AFR/RC32/15 paragraphe 107 des recommandations.

- i) Dr Y. Kitaw
- ii) Dr B. Koumare
- iii) Dr M. L. Kakande.

Huitième séance, 20 septembre 1982

13. Incidences régionales de l'ordre du jour de la soixante et onzième session du Conseil exécutif et de la Trente-sixième Assemblée mondiale de la Santé

Le Comité régional approuve l'ordre du jour provisoire de la trente-troisième session du Comité régional proposé par le Directeur régional dans l'Annexe 4 du document AFR/RC32/8.

Il invite le Président de la trente-deuxième session et le Directeur régional à aménager et à modifier l'ordre du jour provisoire sus-mentionné en fonction de l'évolution du Programme régional.

Huitième séance, 20 septembre 1982

14. Discussions techniques à la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé

Le Comité prie le Directeur régional de transmettre au Directeur général le document AFR/RC32/9 et le chapitre de son rapport final intitulé : "Les politiques nouvelles d'éducation pour la santé dans les soins de santé primaires". Ceci constituera la contribution régionale aux discussions techniques de la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé. Le Comité recommande d'organiser des débats approfondis sur ce thème dans chaque pays afin d'être en mesure de contribuer pleinement aux discussions techniques prévues.

Septième séance, 20 septembre 1982

RESOLUTIONS

AFR/RC32/R1 Programme de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine

Le Comité régional,

Se référant aux résolutions WHA33.17 et WHA35.1 des Trente-Troisième et Trente-Cinquième Assemblées mondiales de la Santé;

Ayant examiné le projet de budget programme pour 1984-1985;

Notant avec inquiétude que la recrudescence de la trypanosomiase humaine constitue une menace permanente pour la santé des populations de nombreux pays africains;

Constatant avec regret que la part du budget régulier de l'OMS accordée à la lutte contre la trypanosomiase humaine sur le terrain est en diminution constante depuis 1978,

1. FELICITE l'OMS, la FAO, l'Interafrican Bureau of Animal Resources (IBAR) de l'Organisation de l'Unité africaine, l'Organisation de Coordination et de Coopération pour la Lutte contre les grandes Endémies (OCCGE) et l'Organisation de Coordination pour la Lutte contre les Endémies en Afrique centrale (OCEAC) pour l'intérêt soutenu qu'ils portent aux problèmes de la trypanosomiase notamment par des conférences scientifiques et des séminaires de formation consacrés à la trypanosomiase africaine;
2. RECOMMANDE aux Etats Membres des zones affectées de prendre toutes les mesures nécessaires en vue d'une application efficace des nouvelles méthodes de lutte développées récemment et qu'ils continuent leurs activités dans le cadre des projets inter pays;
3. RECOMMANDE que l'OMS se charge de la coordination internationale, notamment en matière de recherche, du soutien technique pour la mise en oeuvre de ces nouvelles méthodes et de la formation du personnel concerné;
4. RECOMMANDE qu'à l'avenir la part du budget régulier réservée à la lutte contre la trypanosomiase soit substantiellement augmentée, et que des fonds bénévoles soient recherchées, en vue de maîtriser la maladie du sommeil avant l'an 2000;
5. PRIE le Directeur régional et le Directeur général d'étudier les voies et moyens propres à accélérer la distribution sur le continent africain de :
 - trousse de diagnostic pour le dépistage simple et rapide sur le terrain;
 - médicaments pour le traitement;
 - manuels permettant la vulgarisation de connaissances nouvelles concernant les techniques efficaces et peu coûteuses de lutte;

6. INVITE les gouvernements des Etats Membres et les organisations internationales et non gouvernementales à contribuer au fonds OMS pour cette lutte et à accorder des bourses de formation ou de perfectionnement en entomologie médicale, épidémiologique et analyses médicales de laboratoire.

Septième séance, 20 septembre 1982

AFR/RC32/R2 Projet de budget programme 1984-1985

Le Comité régional,

Après étude approfondie du rapport présenté par le Sous-Comité du Programme chargé d'examiner le projet de budget programme 1984-1985;

Considérant avec satisfaction la participation des Etats Membres à l'élaboration de ce budget programme,

1. NOTE que ce budget programme a été préparé sur la base du Septième Programme général de Travail conformément aux directives de la Trente-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé (résolution WHA35.25);
2. CONSTATE que la participation des Membres du Sous-Comité du Programme à l'élaboration et à l'étude détaillée du projet de budget programme facilitent les travaux et les décisions du Comité régional;
3. APPROUVE le rapport du Sous-Comité du Programme;
4. FELICITE le Directeur régional et le personnel du Bureau régional de la conscience et de l'application dont ils ont fait preuve dans la présentation du budget programme pour 1984-1985 en faisant ressortir les liens existant entre les stratégies nationales de développement sanitaire et les principales orientations de l'appui de l'OMS pour la période 1984-1989 et 1984-1985;
5. PRIE le Directeur régional de transmettre le budget programme 1984-1985 au Directeur général pour examen et inclusion dans le projet de budget programme de l'Organisation pour 1984-1985.

Septième séance, 20 septembre 1982

AFR/RC32/R3 Rapport succinct du Directeur régional

Le Comité régional,

Après examen du rapport succinct présenté par le Directeur régional;

Considérant que cette année encore l'accent a été unanimement mis, tant dans le rapport que pendant les discussions subséquentes sur :

- les programmes spéciaux de coopération;
- les processus gestionnaires de développement sanitaire;
- les soins de santé primaires et le développement communautaire;
- le développement de personnels de santé;
- l'information et l'éducation du public pour la santé;
- la lutte contre l'onchocercose;
- les programmes de l'horizon 1990 : Programme élargi de vaccination, Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement et la lutte contre la malnutrition,

1. APPROUVE le rapport du Directeur régional qui atteste de l'efficiencce et de l'efficacité du travail qu'effectue l'OMS dans la Région africaine;
2. FELICITE chaleureusement le Directeur régional et ses collaborateurs et les encourage à poursuivre leurs efforts pour la mise en oeuvre conséquente du Programme régional;
3. INVITE les Etats Membres à accroître leur soutien aux Mouvements de Libération nationale reconnu par l'OUA et l'Organisation des Nations Unies, aux pays de la Ligne de Front, au Tchad, à la Guinée équatoriale;
4. DEMANDE aux gouvernements et Organisations internationales de contribuer au fonds spécial créé par le Conseil de Sécurité en faveur de la République de Seychelles;
5. INVITE les Etats Membres à signer, si possible avant la fin de l'année, le projet de convention portant création du Conseil africain pour la Formation et la Promotion des Spécialistes et Enseignants des Sciences de la Santé (CASESS);
6. RENOUVELLE au Directeur régional son constant soutien pour la poursuite du Programme régional.

Huitième séance, 20 septembre 1982

AFR/RC32/R4 Participation des membres du sous-comité du programme aux réunions d'intérêt programmatique

Le Comité régional,

Se référant à la Décision 8 prise lors de sa trentième session concernant la participation des Membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique;

Ayant examiné les rapports des Membres du Sous-Comité relatifs aux cinquième et sixième réunions régionales pour le programme;

Constatant l'importance de cette participation lors de la préparation du budget programme biennal dans le cadre de la concertation permanente du Bureau régional avec les Etats Membres,

1. FELICITE les Membres du Sous-Comité pour la clarté et la précision de leur rapport;
2. INVITE les Membres du Sous-Comité du Programme à participer effectivement aux réunions d'intérêt programmatique conformément à la décision de procédure No 8 prise par la vingt-septième session du Comité régional;
3. INVITE le Directeur régional à prendre les mesures nécessaires pour que le Sous-Comité du Programme continue d'intervenir à toutes les étapes de la préparation du budget programme et particulièrement lors des réunions régionales pour le programme.

Huitième séance, 20 septembre 1982

AFR/RC32/R5 Coopération technique entre pays en développement

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du Comité permanent CTPD;¹

Se référant aux résolutions AFR/RC29/R16, AFR/RC30/R15, AFR/RC31/R9,

1. APPROUVE le rapport du Comité permanent CTPD;
2. SE FELICITE des résultats obtenus suite à l'utilisation des mécanismes de la CTPD par les Etats Membres en coopération avec l'OMS;

¹ Document AFR/RC32/15.

3. INVITE les Etats Membres à :
- i) mettre en oeuvre les recommandations du Comité permanent CTPD;
 - ii) intensifier et renforcer les activités de coopération dans le cadre des mécanismes CTPD et avec la collaboration de l'OMS, pour le développement sanitaire national et l'échange d'information dans tous les domaines de la CTPD;
 - iii) intensifier le soutien aux Mouvements de Libération reconnus par l'OUA et aux pays soumis à l'agression barbare du régime raciste de l'Afrique du Sud.
4. REMERCIE le Directeur régional des mesures prises pour promouvoir la CTPD dans la Région.
5. PRIE le Directeur régional de :
- i) prendre les mesures appropriées pour faciliter la mise en oeuvre des recommandations du Comité permanent CTPD;
 - ii) poursuivre les efforts d'identification de domaines possibles de coopération entre les Etats Membres et mettre à leur disposition les renseignements pertinents obtenus.

Huitième séance, 20 septembre 1982

AFR/RC32/R6 Examen du flux international de ressources pour la stratégie régionale de la santé pour tous en l'an 2000

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du Directeur régional et le document COR/HRG/82.2 sur l'examen du flux international de ressources pour la stratégie de la santé pour tous en l'an 2000;

Considérant les résolutions WHA30.43, WHA32.30, WHA33.17, WHA34.37, EB69.R4, AFR/RC29/R16, AFR/RC30/R9,

1. APPROUVE le rapport du Directeur régional;
2. FAIT SIENNES les recommandations du GARS/2000;
3. DEMANDE aux Etats Membres de mettre en place des mécanismes appropriés, notamment par la création de "groupes nationaux de ressources pour les SSP", afin d'analyser l'utilisation des ressources nationales dans l'esprit du document COR/HRG/82.2;

4. PRIE le Directeur régional de :
- i) continuer, en collaboration avec le Directeur général à déployer les efforts nécessaires pour mobiliser tous les moyens humains, matériels, financiers et technologiques indispensables pour la mise en oeuvre des stratégies nationales et régionales de la Santé pour tous en l'an 2000;
 - ii) prendre les mesures appropriées pour que le Bureau régional apporte un appui technique et administratif nécessaire aux Etats Membres de la Région pour effectuer des "analyses de l'utilisation de leurs ressources";
 - iii) créer un projet interpays pour appuyer les efforts d'utilisation rationnelle et de mobilisation des ressources en faveur de la santé au niveau des pays;
 - iv) faire périodiquement rapport au Comité régional, conformément au plan d'action pour la mise en oeuvre de la stratégie mondiale de la santé pour tous.

Huitième séance, 20 septembre 1982

AFR/RC32/R7 Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la santé et le Conseil exécutif

Le Comité régional,

Considérant les résolutions AFR/RC30/R12 et AFR/RC31/R6,

Après étude des propositions du Directeur régional relatives aux modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par la soixante-neuvième session du Conseil exécutif et la Trente-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé,

1. ADOPTE les mesures proposées par le Directeur régional;
2. FELICITE le Directeur régional des mesures déjà prises;
3. INVITE les Etats Membres et le Directeur régional à poursuivre la mise en oeuvre desdites résolutions;
4. DEMANDE aux Etats Membres de poursuivre leur soutien en faveur des Mouvements de Libération nationale reconnus par l'OUA, des pays de la Ligne de Front et ceux pour lesquels un programme spécial de coopération est établi;
5. INVITE le Directeur régional à continuer à lui faire rapport des mesures prises pour l'exécution du plan d'action.

Neuvième séance, 21 septembre 1982

AFR/RC32/R8 Programme spécial de coopération sanitaire avec la République du Tchad

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport succinct du Directeur régional sur les activités de l'OMS dans la Région africaine en 1981;

Considérant les résolutions AFR/RC30/R19, EB67.R9 et WHA34.33;

Toujours préoccupé par la situation socio-sanitaire dramatique que connaît la République du Tchad du fait de la guerre civile,

1. NOTE avec satisfaction les mesures prises par le Directeur régional pour la mise en oeuvre du programme spécial de coopération avec la République du Tchad, ainsi que les actions prises par certains Etats Membres dans le cadre de la solidarité africaine;

2. PRIE le Directeur régional de :

- i) envoyer une mission d'experts au Tchad pour évaluer la situation socio-sanitaire;
- ii) renforcer le programme spécial de coopération avec la République du Tchad en accélérant sa mise en oeuvre;
- iii) mobiliser, en collaboration avec le Directeur général, les ressources nécessaires pour la mise en oeuvre de ce programme;
- iv) faire rapport à la trente-troisième session du Comité régional.

Neuvième séance, 21 septembre 1982

AFR/RC32/R9 Soutien au programme spécial de coopération sanitaire avec la République populaire d'Angola

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport de la mission spéciale du Comité régional sur la situation socio-sanitaire dans les zones affectées en République populaire d'Angola,

Se fondant sur les résolutions WHA35.20 et AFR/RC31/R12 ainsi que sur d'autres résolutions pertinentes des Nations Unies, de l'Organisation de l'Unité africaine, du Mouvement des non-alignés et d'autres organisations et institutions internationales,

Reconnaissant les conséquences néfastes des destructions, du nombre élevé de victimes et de personnes déplacées au cours de cette agression sur l'état de santé des populations de la partie méridionale de la République populaire d'Angola bombardée sans relâche par le régime raciste d'Afrique du Sud,

1. REMERCIE la mission spéciale pour son rapport;
2. APPROUVE le rapport de la mission spéciale du Comité régional en République populaire d'Angola;
3. CONDAMNE à nouveau l'invasion de la République populaire d'Angola par l'armée du régime raciste d'Afrique du Sud;
4. SE FELICITE de la solidarité dont ont fait preuve les Etats Membres qui ont déjà répondu à l'appel du Directeur régional;
5. REMERCIE le Directeur régional des mesures déjà prises pour la mise en oeuvre du programme spécial de coopération avec la République populaire d'Angola;
6. DEMANDE aux Etats Membres d'apporter de manière concrète leur soutien à la République populaire d'Angola;
7. PRIE le Directeur régional de :
 - i) continuer à déployer ses efforts auprès des institutions et organisations du système des Nations Unies, des organisations intergouvernementales et non gouvernementales, des banques de développement et de l'ensemble de la communauté internationale pour obtenir l'appui nécessaire à la mise en oeuvre du programme spécial de coopération avec la République populaire d'Angola;
 - ii) faire rapport à la trente-troisième session du Comité régional.

Neuvième séance, 21 septembre 1982

AFR/RC32/R10 Motion de remerciements

Le Comité régional,

Considérant les énormes efforts déployés par le peuple et le gouvernement de la République gabonaise pour assurer un plein succès à la trente-deuxième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique qui s'est tenue à Libreville du 15 au 22 septembre 1982;

Appréciant l'accueil chaleureux et fraternel du peuple et du Gouvernement gabonais;

Considérant l'engagement politique en faveur des SSP et l'appel à la prise de conscience de leur responsabilité par les Africains qui ressort de la brillante allocution de Son Excellence El Hadj Omar Bongo, Président de la République gabonaise, lors de la séance solennelle d'ouverture,

1. REMERCIE Son Excellence El Hadj Omar Bongo, Président de la République gabonaise :
 - i) d'avoir bien voulu rehausser de sa présence la cérémonie d'inauguration de la trente-deuxième session du Comité;
 - ii) de son exposé pertinent sur les problèmes de santé et leurs implications sociales et économiques;
2. EXPRIME sa gratitude au Gouvernement et au peuple gabonais pour leur chaleureuse hospitalité;
3. INVITE le Directeur régional à transmettre à Son Excellence le Président de la République gabonaise la présente motion de remerciements.

Neuvième séance, 21 septembre 1982

PARTIE II

14-00000

SEANCE D'OUVERTURE

1. La trente-deuxième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a été ouverte le 15 septembre 1982 à Libreville (République du Gabon) par M. Telahun Abebe, Vice-Président de la trente et unième session du Comité régional et Directeur des Services de Santé d'Ethiopie. Son Excellence El Hadj Omar Bongo, Président de la République du Gabon, a honoré de sa présence la séance d'ouverture à laquelle assistaient le Président de l'Assemblée nationale, les membres du Gouvernement, le Corps diplomatique ainsi que les représentants de 42 Etats Membres, un Etat Membre associé et un mouvement de libération reconnu par l'OUA et plusieurs organisations internationales, intergouvernementales et non gouvernementales.
2. Dans son allocution d'ouverture (Annexe 1), M. Telahun Abebe remercie le Président de la République d'avoir bien voulu rehausser de sa présence cette cérémonie malgré ses multiples tâches et obligations. Il remercie le Gouvernement et le peuple gabonais pour leur hospitalité africaine authentique. "L'année qui vient de s'écouler a été marquée par des efforts notoires en vue de maintenir notre progression vers les objectifs que nous nous sommes fixés au niveau mondial à Alma-Ata. De nombreux Etats ont avancé à pas de géants dans la mise en oeuvre des soins de santé primaires tandis que d'autres sont en train de recruter du personnel et de mobiliser des ressources matérielles à cette fin.
3. Dans son allocution (Annexe 2), le Docteur Comlan A. A. Quenum, Directeur régional de l'OMS, exprime sa profonde gratitude et son déférent hommage à Son Excellent El Hadj Omar Bongo, Président de la République gabonaise. Il a indiqué qu'en matière de santé, dans le cadre de son programme de développement socio-économique, le Gabon a atteint en deux décennies des résultats appréciables, grâce aux directives éclairées du Chef de l'Etat. Le Directeur régional reste convaincu que la présente session aura un impact certain pour le progrès de l'immense tâche sanitaire accomplie au moment où l'on est préoccupé de la mise en oeuvre de la stratégie de la santé pour tous en l'an 2000 par la médiation des soins de santé primaires.
4. Le Docteur Quenum rappelle qu'en septembre 1980, à l'ouverture de la trentième session à Brazzaville, il avait montré que les SSP sont bien partis dans de nombreux pays qui n'ont pas attendu d'avoir la certitude de réussir avant d'oser entreprendre. Pour convaincre de la pertinence de ce choix, il s'est référé aux réalisations concrètes qu'il a pu observer par lui-même dans maints pays de la Région.
5. L'année dernière à Accra, il a essayé, à partir d'une analyse critique de la situation paradoxale de la réalité socio-économique, d'esquisser les grandes lignes d'un autre développement sanitaire pour l'Afrique.

6. Il constate à son grand regret que beaucoup de septicisme accueille encore la détermination des Africains à relever le défi de la SPT/2000. Puisque le compte à rebours pour l'an 2000 a commencé et que dès septembre 1983 le Comité régional aura à examiner le premier rapport sur la surveillance continue des progrès de mise en oeuvre des stratégies de la SPT/2000, il lui est paru approprié dès cette année d'interpeller le Comité sur le thème : "Où en sont les soins de santé primaires en Afrique ?". La SPT/2000, loin d'être un simple slogan publicitaire, est en train de devenir une réalité dans la construction d'un autre avenir sanitaire pour l'Afrique. Ce nouveau paradigme doit veiller à transformer les pseudo-systèmes existants en de véritables systèmes nationaux de santé faits de structures cohérentes fondées sur les soins de santé primaires et visant à répondre aux besoins de tous.

7. Depuis 1975, les résolutions du Comité n'ont cessé de refléter les incidences régionales des nouvelles politiques sanitaires mondiales axées sur la stratégie de la santé pour tous en l'an 2000. Il invite instamment le Comité à une relecture des "Réponses africaines à la philosophie mondiale d'action pour la santé". La vingt-neuvième session du Comité constate à Maputo que la plupart des Etats Membres ont déjà adopté l'approche des soins de santé primaires pour l'élaboration de leurs stratégies nationales de développement sanitaire. Elle approuve la Charte sanitaire africaine pour les décennies 1980-2000 comme fondement politique des stratégies nationales et régionale. Tous les Etats Membres de cette Région ont ratifié cette Charte, ce qui est un bon indicateur de leur volonté politique à mettre en oeuvre les soins de santé primaires.

8. La stratégie régionale pour atteindre l'objectif social de la santé pour tous en l'an 2000 a été approuvée par la trentième session en 1980. Partout et dans tous les pays, les communautés sont au travail pour faire des SSP une réalité tangible. Les contraintes restent certes nombreuses. Les responsables des Etats Membres se posent toujours la question de savoir s'il existerait un modèle à suivre dans le cadre des prestations de SSP. Un tel modèle n'existe pas. Il faut plutôt se fonder sur des paradigmes susceptibles de montrer la voie aux solutions alternatives. Il n'existe pas une filière exclusive. Il appartient à chaque pays d'adopter son propre modèle en apprenant par l'action et la réflexion. L'information et la consultation ne suffisent pas à susciter une participation effective qui implique association, délégation de pouvoir et contrôle direct. L'obstacle majeur au partage et à la redistribution du pouvoir est d'abord le partage du savoir. C'est à ce titre que le concept d'alphabetisation sanitaire paraît être un des plus heureux. Pour que les SSP permettent en Afrique d'atteindre l'objectif de la SPT/2000, il faut passer de la participation rituelle à la participation effective en restituant le pouvoir aux collectivités par la médiation de l'éducation et de l'apprentissage.

9. L'expérience de certains pays montre que la combinaison d'une forte volonté politique au sommet avec une large participation des populations à la base peut être un puissant stimulant à la réorientation et à la restructuration du système national de santé fondé sur les SSP.
10. Son Excellence El Hadj Omar Bongo, Président de la République du Gabon, souhaite la bienvenue aux représentants des Etats Membres. Dans son allocution (Annexe 3), le Président Bongo dit que c'est avec joie et fierté que le Gabon et son peuple accueillent aujourd'hui ce grand forum de la santé publique que constitue la trente-deuxième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique. A tous ses participants, à quelque titre que ce soit, le Gabon, terre d'accueil et d'amitié, terre des hommes, ouvre son coeur et ses bras pour la plus chaleureuse des bienvenues. Il adresse un hommage particulier au Secrétariat de l'Organisation et, en tout premier lieu, à son Directeur général, le Docteur Halfdan Mahler, pour les efforts courageux, lucides et persévérants qu'il entreprend depuis plusieurs années, en vue de promouvoir et de réhabiliter la santé sur le plan mondial. Ses vives félicitations vont ensuite au Docteur Comlan A. A. Quenum, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, dont l'action inlassable en faveur de la santé fait de l'Organisation un instrument efficace de combat des peuples africains, pour l'amélioration de leurs conditions de vie. Il s'honore également de compter parmi les illustres invités le Président de la Trente-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, le Ministre Mamadou Diop du Sénégal et le Président du Conseil exécutif, Madame Maureen Law du Canada, tous deux représentant les plus hautes instances délibérantes de l'Organisation.
11. Le Président Bongo devait poursuivre : "Depuis quelques années, le monde traverse une période de crise générale qui destabilise tous les mécanismes de production. La santé, partie intégrante du système global de développement socio-économique et, à mes yeux, son facteur essentiel, n'a pas échappé à cette crise. Il est nécessaire que le secteur sanitaire soit intégré de façon complète et harmonieuse au processus de développement général, tant au niveau national qu'international.
12. Dans son combat contre l'ignorance, la misère et la maladie, je suis rassuré de constater que notre Organisation, en faisant constamment preuve d'imagination et d'engagement dans l'action, se trouve être porteuse des espérances des millions d'Africains, en lançant à la face du monde un défi "Santé pour tous d'ici à l'an 2000", expression d'une ferme détermination de faire accéder, à ce terme, tous les habitants de notre planète à un niveau de santé qui leur permettra de participer activement à un développement économique et social".

13. Le Docteur H. Mahler, Directeur général de l'OMS, a axé son allocution (Annexe 4) essentiellement sur l'utilisation rationnelle de toutes les ressources : ressources nationales, ressources propres à l'OMS et ressources en provenance de partenaires extérieurs - dans la mise en oeuvre des stratégies. Rien ne garantit en effet que des surcroîts massifs de ressources seront octroyées dans un proche avenir en faveur de ces stratégies. Il faut essayer de tirer le maximum de ce qui est humainement accessible. L'action doit être menée à l'intérieur et autour des pays eux-mêmes. Un certain nombre de pays ont maintenant engagé une coopération intensive avec des partenaires extérieurs afin d'accroître leurs moyens de réalisation de leurs stratégies. Parallèlement, les partenaires extérieurs ont commencé à saisir l'utilité qu'il y a à renforcer mutuellement leurs efforts respectifs en suivant les voies clairement définies des stratégies nationales. L'Afrique est profondément impliquée et s'est fait solidement représenter dans des efforts polymorphes de coopération technique.

14. Quel est l'ordre de grandeur de l'écart entre les disponibilités et les besoins monétaires pour l'instauration de la santé pour tous en Afrique ? Dans beaucoup de pays d'Afrique, le secteur public ne consacre chaque année à la santé que deux à trois dollars par habitant. En conséquence, le secteur public des pays en question n'alloue annuellement à la santé qu'environ 1,5 milliard de dollars. Des études ont montré qu'il suffirait d'augmenter de douze à treize dollars par tête et par an les sommes consacrées à la santé pour réaliser dans les pays en cause des améliorations considérables de la santé de leurs habitants. Cela fait un total d'environ six milliards de dollars pour la totalité des pays de la Région. L'écart entre 1,5 milliard et 6 milliards de dollars peut sembler important, mais il n'est pas infranchissable, surtout si on le compare aux sommes consacrées à des activités qui sont moins essentielles pour le bien-être de populations.

15. Ce qu'il en coûterait de réaliser un niveau acceptable de santé pour tous demande à être apprécié au regard des avantages qui en résulteraient pour la population africaine en particulier et pour l'humanité en général. A mesure que croîtra en Afrique le nombre de personnes accédant à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive, le continent tout entier connaîtra un développement toujours meilleur en termes d'énergie physique, intellectuelle et spirituelle, de potentiel économique, de capacité de vente et de pouvoir d'achat individuels et collectifs. L'Afrique n'en sera que mieux en mesure d'accroître sa contribution au développement politique, social et économique mondial et de donner un si nécessaire élan à l'établissement et au maintien du Nouvel Ordre économique international.

ORGANISATION DU TRAVAIL

16. L'ordre du jour adopté par le Comité régional figure à l'Annexe 5 et la liste des participants à l'Annexe 6.
17. Conformément à la résolution AFR/RC23/R1, le Comité, sur proposition du Président, approuve la constitution du Sous-Comité des Désignations (Décision 1).
18. Le Sous-Comité des Désignations a formulé ses propositions en tenant compte de la composition des bureaux des sessions précédentes du Comité régional, de la répartition sous-régionale CTPD et des dates d'arrivée des délégations.
19. La constitution du bureau de la trente-deuxième session ainsi que la désignation des Rapporteurs du Comité régional et la nomination du Président et des Rapporteurs des discussions techniques ont fait l'objet de la Décision 2 adoptée par acclamation.
20. L'Honorable A. Sambat (Gabon), élu Président de la trente-deuxième session, exprime aux représentants des Etats Membres toute l'émotion mais aussi toute la joie qu'il ressent en ce moment, pour l'honneur et la confiance qu'on lui témoigne et à travers sa personne, à la Nation gabonaise tout entière, à son Chef et à son Gouvernement, en lui confiant la présidence de cette session du Comité régional pour l'Afrique. Cette session du Comité régional constitue une étape très importante dans l'évaluation des voies et moyens qui doivent conduire à l'objectif de la santé pour tous d'ici à l'an 2000 et ce, au regard de la pertinence de thèmes qui y seront discutés, devait ajouter le Président Sambat. Il conclut en disant qu'il compte beaucoup sur le dynamisme, la cordialité et la mutuelle compréhension qui ont toujours caractérisé toutes les sessions du Comité régional, pour faire de celle de Libreville l'une des plus mémorables dans l'histoire de l'Organisation.
21. La Décision 3 rend compte de la composition et des travaux du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs.

ACTIVITES DE L'OMS EN 1981 : RAPPORT SUCCINCT DU DIRECTEUR REGIONALPrésentation

22. Le Directeur régional présente son rapport succinct sur les activités de l'OMS durant l'année 1981. Ce rapport met essentiellement l'accent sur les points les plus importants des événements survenus au cours de l'année passée dans le cadre de la mise en oeuvre de la stratégie régionale en vue de la santé pour tous d'ici à l'an 2000.
23. L'année 1981 a été marquée tout d'abord par les programmes spéciaux de coopération ayant pour objectif prioritaire la libération des populations d'Afrique australe du régime raciste et anachronique d'Afrique du Sud.

24. Conformément à la résolution AFR/RC30/R4, le Directeur régional, en coopération étroite avec les Mouvements de Libération nationale reconnus par l'OUA (ANC, PAC, SWAPO), les Etats de la Ligne de Front, le Comité de Libération de l'OUA et l'OMS, a organisé du 16 au 20 novembre 1981 la Conférence internationale sur l'Apartheid et la Santé avec pour principaux axes thématiques :

- i) l'interrogation Santé ou Apartheid ?;
- ii) l'analyse du système de prestations médico-sanitaires en Afrique du Sud;
- iii) les interactions entre l'Apartheid et la Santé maternelle et infantile;
- iv) les corrélations de la santé des travailleurs et de la santé mentale.

Une déclaration dite de "Brazzaville" a été adoptée et un plan d'action formulé.

25. Par ailleurs, conformément à la résolution AFR/RC31/R12, une mission spéciale sous la direction du Président de la trente et unième session du Comité régional a été envoyée en Angola à la suite des actes d'agression perpétrés par le régime minoritaire raciste d'Afrique du Sud. Le rapport de mission avec le plan de coopération avec la République populaire d'Angola a été transmis à tous les Etats Membres et aux organisations internationales, gouvernementales et non gouvernementales.

26. Enfin, il faut souligner que le Conseil de Sécurité lors de sa 2370ème session tenue le 28 mai 1982 a pris la résolution 507 (1982) demandant à tous les Etats et à toutes les organisations internationales d'apporter leur aide à la République des Seychelles victime le 25 novembre 1981 d'une barbare agression dont les dégats sont évalués à 18 millions de dollars. A la requête du Gouvernement de cet Etat Membre, le Directeur régional a pris les mesures d'urgence qui s'imposaient.

27. L'ensemble des processus gestionnaires pour le développement sanitaire national a été l'objet d'activités de développement mais un accent particulier a été mis sur la formation en gestion sanitaire par la création d'un réseau régional de programmes et d'institutions. En outre, le traitement automatisé des données s'est considérablement développé au Bureau régional.

28. Les activités de soins de santé primaires se développent de manière intensive dans beaucoup de pays de la Région grâce à la volonté politique clairement exprimée par les gouvernements, concrétisée par l'affectation régulière de ressources nationales et soutenue par des projets interpays et interrégionaux de l'OMS avec la collaboration financière d'organismes internationaux.

29. De nombreuses réunions consacrées aux différents aspects des SSP ont été tenues dans les pays de la Région et visaient à trouver des solutions appropriées aux problèmes posés ou à mettre au point des plans nationaux.

30. Des conférences-ateliers sur les SSP ont eu lieu à l'échelon national, régional mais aussi interrégional grâce à la coopération avec la Chine.

31. Les activités concernant la protection et la promotion de la santé ont été conduites essentiellement dans les domaines suivants :

i) Santé maternelle et infantile/Planification familiale :

20 projets nationaux sont pleinement opérationnels et 17 au stade de formation;

ii) Recherche en reproduction humaine : trois coordonnateurs nationaux, un par Sous-Région CTPD, ont été nommés pour intégrer les activités;

iii) Nutrition : la surveillance a été renforcée dans un certain nombre de pays; en même temps l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant a reçu une attention particulière;

iv) Prévention des accidents du travail, domestiques et de la route :

dans le cadre de l'année internationale des personnes handicapées, la collaboration avec l'OIT a permis la mise en application du plan de Lagos en matière de santé et de sécurité des travailleurs des Etats Membres de la Région;

v) Santé mentale : les Etats d'Afrique australe participent au programme spécial de coopération technique de même que le Kenya; le Burundi et le Zimbabwe ont exprimé leur intérêt de faire partie de ce programme; il est à noter le début de la formation des formateurs en santé mentale pour les travailleurs de santé de village.

32. La formation de personnels de santé à tous les niveaux constitue un élément essentiel des stratégies nationales et régionale pour atteindre l'objectif social de la santé pour tous en l'an 2000. L'OMS a renforcé sa collaboration avec les établissements de formation de la Région par l'appui direct aux 32 projets dans les pays et aux 13 projets interpays.

33. Le CRDS de Cotonou offre depuis 1981 la possibilité de formation en maîtrise en Santé publique et ouvrira prochainement les sections de méthodologie de l'enseignement et de nutrition. Des études de faisabilité vont aboutir à l'ouverture de deux autres centres régionaux de développement sanitaire, un pour les pays d'expression officielle portugaise à Maputo et un pour les pays anglophones à Harare.

34. Un projet de convention portant création du Conseil africain pour la Formation et la Promotion des Spécialistes et Enseignants des Sciences de la Santé (CASESS) a été élaboré. Sa signature par les Etats Membres doit intervenir avant la fin de l'année 1982.
35. La vingt-neuvième session du Comité régional (résolution AFR/RC29/R10) avait invité les Etats Membres à promouvoir des activités d'éducation pour la santé.
36. Le thème de la Journée mondiale de la Santé en 1981 "Santé pour tous en l'an 2000" a permis de sensibiliser l'opinion publique aux objectifs et au contenu essentiel de l'approche des soins de santé primaires. Il n'en demeure pas moins que beaucoup de scepticisme continue de régner parmi les responsables nationaux et surtout ceux des mass média.
37. La collaboration avec l'Union des Radiodiffusions et Télévisions nationales d'Afrique ainsi qu'avec la Ligue internationale des Sociétés de la Croix-Rouge s'est intensifiée et s'est concrétisée par l'organisation d'un prix radiophonique pour la promotion des SSP.
38. Le groupe d'étude spécial sur la recherche sur les services de santé a tenu sa première réunion au Bureau régional en février 1981. A la suite de cette réunion, trois nationaux ont été désignés comme coordonnateurs sous-régionaux et des institutions de soutien identifiées.
39. Une conférence-atelier sur la méthodologie de la recherche appliquée aux prestations sanitaires a été organisée à Bamako avec 12 participants de cinq pays francophones.
40. Parmi les événements importants relevés dans le domaine de la salubrité de l'environnement, il faut signaler :
- i) l'ouverture d'un Département spécial de génie sanitaire à l'Université Ahmadou Bello (Nigéria) pour la formation en quatre années d'ingénieurs sanitaires;
 - ii) la sortie de la première promotion d'ingénieurs spécialisés en génie sanitaire de l'Ecole Inter-Etats d'Ingénieurs de l'Equipement rural à Ouagadougou (Haute-Volta);
 - iii) le démarrage effectif des programmes nationaux dans le cadre de la Décennie de l'eau potable et de l'assainissement en 1981.
41. La planification intersectorielle s'est développée avec de nombreux organismes internationaux ou bilatéraux mais aussi nationaux et inter-africains dans le cadre de la CTPD. Elle est soutenue au niveau sous-régional par le projet interpays "Approvisionnement en eau et salubrité de l'environnement" (ICP/BSM/002).

42. Les activités du programme élargi de vaccination couvrent actuellement la presque totalité des pays de la Région. La formation des nationaux se poursuit et 175 provenant de 41 pays ont suivi le cours de niveau supérieur depuis le commencement du programme.
43. La couverture vaccinale, évaluée régulièrement dans 20 pays de la Région, s'est améliorée progressivement; la couverture des groupes cibles atteint 23 à 97 % pour le BCG, 7 à 80 % pour la rougeole, 3 à 73 % pour le DT Coq, 3 à 62 % pour la poliomyélite, enfin 2 à 97 % pour le tétanos chez les femmes enceintes.
44. Les activités de lutte contre l'onchocercose méritent une attention particulière. Malgré l'acuité du problème de réinvasion, 85 % des 764 000 km² de la zone du bassin de la Volta ont été assainis. Les 500 000 enfants nés depuis le début des opérations de lutte antivectorielle sont indemnes d'affections onchocerquiennes.
45. Les résultats permettent d'envisager l'extension du programme aux zones Sud du Bénin, du Ghana, du Togo ainsi qu'au Bassin du fleuve Sénégal.

Discussions

46. Au cours des discussions, les représentants des Etats Membres, après avoir remercié de leur hospitalité le Président de la République et le peuple gabonais, félicitent le Docteur Quenum de la clarté et de la concision du rapport succinct d'activité. Ils remercient le Directeur régional d'avoir exécuté avec promptitude et efficacité les recommandations de la résolution AFR/RC31/R12 relative à la mission spéciale du Comité régional en Angola. Les représentants des Etats Membres se sont largement étendus sur les méfaits de l'Apartheid et ses risques pour la paix mondiale.
47. Le Comité prend note de la prompte organisation, par le Directeur régional, de la conférence sur le thème "Apartheid et Santé", conformément au paragraphe 2.v) du dispositif de la résolution AFR/RC30/R4. Les représentants des Etats Membres ont ensuite échangé leurs expériences nationales dans les principaux domaines d'activités de l'OMS au cours de l'année tels que contenus dans le document AFR/RC32/3.
48. Ils ont pris bonne note des activités du projet "La femme dans le développement sanitaire". Etant donné la décision des Etats Membres et de la communauté internationale d'atteindre l'objectif social de la santé pour tous par l'intermédiaire des SSP, le Comité s'est interrogé sur les liens de ce projet et les SSP. Le Comité s'est inquiété de la décision unilatérale de l'USAID de mettre fin en décembre 1982 au projet "Renforcement des systèmes de prestations des services de santé en Afrique occidentale et centrale". L'interruption de ce projet risque en effet de mettre en cause tout leur système de planification en matière de prestations socio-sanitaires en vue de la santé pour tous d'ici à l'an 2000.

49. Certains délégués des Etats Membres se sont appesantis sur l'opportunité de la création du Conseil africain pour la Formation et la Promotion des spécialistes et Enseignants des Sciences de la Santé (CASESS). Ils aimeraient savoir les liens du CASESS avec les structures de formation existantes dans la Région. De même, la coordination OMS/CAMES a retenu l'attention des représentants des Etats Membres.

50. Plusieurs délégués ont axé leur intervention sur le développement des personnels de santé. La mise en oeuvre des stratégies nationales et régionale de la SPT/2000 ne pourra s'opérer efficacement que si les pays disposent de personnels compétents en gestion sanitaire. Le Comité apprécie les efforts faits par l'OMS dans le domaine de la formation et encourage le Bureau régional à accélérer les processus de création des centres nationaux et régionaux de formation.

51. Les problèmes de communication entre pays a retenu l'attention du Comité. Les documents et correspondances entre le Bureau régional et les Etats Membres arrivent parfois avec beaucoup de retard.

52. A l'issue des discussions, le Directeur régional a apporté les précisions et clarifications suivantes :

- i) les activités du projet "La femme dans le développement sanitaire" font partie intégrante des soins de santé primaires; l'objectif essentiel est de mobiliser la femme qui constitue une ressource potentielle jusqu'alors négligée en vue de mieux promouvoir la santé pour tous d'ici à l'an 2000; il est donc fait appel aux pays ayant des activités dans le cadre de ce projet de veiller à leur intégration effective dans les activités SSP;
- ii) le projet "Renforcement des systèmes de prestations des services de santé en Afrique occidentale et centrale" est un effort commun USAID/OMS dont la deuxième phase prendra fin en décembre 1982; l'USAID envisage de se retirer; cependant, quelle que soit la décision finale de l'USAID au terme de cette deuxième phase, l'OMS prendra les mesures appropriées pour promouvoir les activités dudit projet;
- iii) l'objectif du réseau des centres nationaux de formation de spécialistes et enseignants des sciences de la santé est de coordonner les activités dans ce domaine; c'est précisément dans le cadre de cette coordination qu'il faut situer le projet de création du Conseil africain pour la Formation et la Promotion des Spécialistes et Enseignants des Sciences de la Santé (CASESS) auquel participent le CAMES et les autres collègues et mécanismes de coordination déjà existant dans ce domaine;

42. Les activités du programme élargi de vaccination couvrent actuellement la presque totalité des pays de la Région. La formation des nationaux se poursuit et 175 provenant de 41 pays ont suivi le cours de niveau supérieur depuis le commencement du programme.
43. La couverture vaccinale, évaluée régulièrement dans 20 pays de la Région, s'est améliorée progressivement; la couverture des groupes cibles atteint 23 à 97 % pour le BCG, 7 à 80 % pour la rougeole, 3 à 73 % pour le DT Coq, 3 à 62 % pour la poliomyélite, enfin 2 à 97 % pour le tétanos chez les femmes enceintes.
44. Les activités de lutte contre l'onchocercose méritent une attention particulière. Malgré l'acuité du problème de réinvasion, 85 % des 764 000 km² de la zone du bassin de la Volta ont été assainis. Les 500 000 enfants nés depuis le début des opérations de lutte antivectorielle sont indemnes d'affections onchocercariennes.
45. Les résultats permettent d'envisager l'extension du programme aux zones Sud du Bénin, du Ghana, du Togo ainsi qu'au Bassin du fleuve Sénégal.

Discussions

46. Au cours des discussions, les représentants des Etats Membres, après avoir remercié de leur hospitalité le Président de la République et le peuple gabonais, félicitent le Docteur Quenum de la clarté et de la concision du rapport succinct d'activité. Ils remercient le Directeur régional d'avoir exécuté avec promptitude et efficacité les recommandations de la résolution AFR/RC31/R12 relative à la mission spéciale du Comité régional en Angola. Les représentants des Etats Membres se sont largement étendus sur les méfaits de l'Apartheid et ses risques pour la paix mondiale.
47. Le Comité prend note de la prompte organisation, par le Directeur régional, de la conférence sur le thème "Apartheid et Santé", conformément au paragraphe 2.v) du dispositif de la résolution AFR/RC30/R4. Les représentants des Etats Membres ont ensuite échangé leurs expériences nationales dans les principaux domaines d'activités de l'OMS au cours de l'année tels que contenus dans le document AFR/RC32/3.
48. Ils ont pris bonne note des activités du projet "La femme dans le développement sanitaire". Etant donné la décision des Etats Membres et de la communauté internationale d'atteindre l'objectif social de la santé pour tous par l'intermédiaire des SSP, le Comité s'est interrogé sur les liens de ce projet et les SSP. Le Comité s'est inquiété de la décision unilatérale de l'USAID de mettre fin en décembre 1982 au projet "Renforcement des systèmes de prestations des services de santé en Afrique occidentale et centrale". L'interruption de ce projet risque en effet de mettre en cause tout leur système de planification en matière de prestations socio-sanitaires en vue de la santé pour tous d'ici à l'an 2000.

49. Certains délégués des Etats Membres se sont appesantis sur l'opportunité de la création du Conseil africain pour la Formation et la Promotion des spécialistes et Enseignants des Sciences de la Santé (CASESS). Ils aimeraient savoir les liens du CASESS avec les structures de formation existantes dans la Région. De même, la coordination OMS/CAMES a retenu l'attention des représentants des Etats Membres.

50. Plusieurs délégués ont axé leur intervention sur le développement des personnels de santé. La mise en oeuvre des stratégies nationales et régionale de la SPT/2000 ne pourra s'opérer efficacement que si les pays disposent de personnels compétents en gestion sanitaire. Le Comité apprécie les efforts faits par l'OMS dans le domaine de la formation et encourage le Bureau régional à accélérer les processus de création des centres nationaux et régionaux de formation.

51. Les problèmes de communication entre pays a retenu l'attention du Comité. Les documents et correspondances entre le Bureau régional et les Etats Membres arrivent parfois avec beaucoup de retard.

52. A l'issue des discussions, le Directeur régional a apporté les précisions et clarifications suivantes :

- i) les activités du projet "La femme dans le développement sanitaire" font partie intégrante des soins de santé primaires; l'objectif essentiel est de mobiliser la femme qui constitue une ressource potentielle jusqu'alors négligée en vue de mieux promouvoir la santé pour tous d'ici à l'an 2000; il est donc fait appel aux pays ayant des activités dans le cadre de ce projet de veiller à leur intégration effective dans les activités SSP;
- ii) le projet "Renforcement des systèmes de prestations des services de santé en Afrique occidentale et centrale" est un effort commun USAID/OMS dont la deuxième phase prendra fin en décembre 1982; l'USAID envisage de se retirer; cependant, quelle que soit la décision finale de l'USAID au terme de cette deuxième phase, l'OMS prendra les mesures appropriées pour promouvoir les activités dudit projet;
- iii) l'objectif du réseau des centres nationaux de formation de spécialistes et enseignants des sciences de la santé est de coordonner les activités dans ce domaine; c'est précisément dans le cadre de cette coordination qu'il faut situer le projet de création du Conseil africain pour la Formation et la Promotion des Spécialistes et Enseignants des Sciences de la Santé (CASESS) auquel participent le CAMES et les autres collègues et mécanismes de coordination déjà existant dans ce domaine;

- iv) le problème de communication entre les pays de la Région est un problème maintes fois débattu au cours des réunions; le Bureau régional a déjà pris un certain nombre de dispositions pour de substantielles améliorations.

Directives

53. Le Directeur régional a ensuite dégagé de l'examen du rapport succinct par le Comité, les directives suivantes :

53.1 Programmes spéciaux de coopération :

- i) prendre les mesures appropriées pour la mise en oeuvre du plan d'action issu de la Conférence internationale sur l'Apartheid et la Santé;
- ii) poursuivre l'exécution du programme spécial de coopération sanitaire avec la République populaire d'Angola;
- iii) renforcer le programme spécial de coopération sanitaire avec la République du Tchad.

53.2 Processus gestionnaire de développement

- iv) renforcer la formation des divers membres de l'équipe de santé aux processus gestionnaires de développement sanitaire en mettant un accent particulier sur le soutien informationnel et la programmation sanitaire par pays.

53.3 Soins de santé primaires

- v) veiller à une meilleure intégration des activités du projet "Femme dans le développement sanitaire" aux stratégies et plans d'action nationaux pour le développement sanitaire.

53.4 Développement des personnels de santé

- vi) accélérer la mise en oeuvre du projet de création de centres régionaux de développement sanitaire (CRDS) de Harare et de Maputo;
- vii) étudier les modalités de coopération technique avec d'autres centres régionaux et nationaux de développement sanitaire;
- viii) poursuivre les mesures en cours pour la création du Conseil africain pour la Formation et la Promotion des Spécialistes et Enseignants des Sciences de la Santé (CASESS) en faisant un meilleur usage des organismes et mécanismes déjà existants.

54. Le Directeur régional remercie le Comité régional pour ces directives et le rassure que le Bureau régional fera de son mieux pour accroître l'efficacité de l'action de l'Organisation.

55. Le Comité régional, par la résolution AFR/RC32/R3, approuve le rapport succinct d'activité de l'OMS pour l'année 1981.

MISSION SPECIALE DU COMITE REGIONAL EN REPUBLIQUE POPULAIRE D'ANGOLA

56. Le Comité régional, lors de sa trente et unième session, a adopté la résolution AFR/RC32/R12 concernant le programme spécial de coopération avec la République populaire d'Angola. Le Comité a prié le Directeur régional de "prendre les mesures appropriées pour l'envoi d'une mission du Comité régional en Angola, en vue de faciliter la prise de mesures concrètes par l'OMS et la communauté internationale".

57. La mission du Comité régional s'est rendue en Angola du 19 au 23 octobre 1981. Un plan d'action a été élaboré. Ce plan d'action qui définit les besoins subdivise la région affectée en deux zones et indique les actions par phase et par zone. La zone A qui concerne la province de Huila est une sous-zone reculée et instable qui abrite l'Hôpital régional de Tchiula et ses unités sanitaires satellites. Cette zone qui est sous le contrôle de l'Angola nécessite le renforcement de sa structure hospitalière, spécialement de ses services spécialisés, des équipements et des médicaments. C'est la phase I du plan d'action. La zone B concerne la partie méridionale de la province de Kunene. Elle est entièrement occupée et échappe de ce fait au contrôle sanitaire des autorités angolaises. Le plan d'action justifie la nécessité des mesures immédiates pour le renforcement et le rééquipement des structures sanitaires non détruites. C'est la phase II. Une action de reconstruction et de rééquipement à moyen et à long termes des structures sanitaires détruites est aussi envisagée. C'est la phase III.

58. Le plan d'action indique quelles devraient être les contributions des Etats Membres de l'OMS et de la communauté internationale.

59. Le Comité exprime sa satisfaction devant les mesures déjà prises par le Directeur régional pour la mise en oeuvre du plan d'action, et se félicite des réponses positives déjà manifestées par certains Etats Membres de la Région à l'appel du Directeur régional.

60. Le Comité est d'avis que l'agression provoquée de l'Afrique du Sud contre l'Angola a considérablement aggravé la situation dans les provinces de Kunene, Huila, Kuando-Kubango, déjà victimes de la sécheresse. Les bombardements continus et l'occupation du territoire sont la source de pertes de vies humaines et de personnes blessées, de déplacements de populations vers les provinces environnantes, de destruction de structures et d'équipements sanitaires, de déficits alimentaires du fait de cultures abandonnées, etc.¹

¹ Document AFR/RC32/4 - paragraphe 52 à 68.

61. Les conséquences graves de l'agression inqualifiable de l'Afrique du Sud raciste contre la République populaire d'Angola justifient pleinement que l'Organisation mondiale de la Santé, les autres organisations du système des Nations Unies, les organisations inter-gouvernementales et non gouvernementales, les banques de développement et l'ensemble de la communauté internationale et les Etats Membres individuellement et collectivement renforcent leur soutien à la République populaire d'Angola sous forme de médicaments, d'équipement, de moyens de transport ou de personnel, etc. Le Comité insiste sur la nécessité d'un soutien international et interpays et adopte la résolution AFR/RC32/R9.

SURVEILLANCE DE L'APPLICATION DU CODE DE COMMERCIALISATION DES SUBSTITUTS DU LAIT MATERNEL

62. La Trente-Quatrième Assemblée mondiale, par la résolution WHA34.22, prie instamment les Etats Membres de soutenir pleinement et unanimement l'application des recommandations formulées en 1979 par la réunion conjointe OMS/FISE sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ainsi que celle des dispositions du Code international dans sa totalité. Le Comité rappelle que lors de sa trente et unième session (Résolution AFR/RC31/R6), le Comité régional a demandé au Directeur régional de le tenir informé des mesures prises.

63. Les habitudes actuelles de l'allaitement maternel sont encore satisfaisantes tant dans les campagnes où la prévalence de l'allaitement au sein atteint près de 100 % que dans les villes où elle se situe autour de 90 % malgré certains facteurs limitatifs, tel le temps disponible des mères ou les soucis d'esthétique.

64. Par contre, les familles ne savent pas comment conduire le sevrage, principalement dans les zones suburbaines où environ 10 % des enfants ne reçoivent que du lait jusqu'à l'âge d'un an. Bien que beaucoup de pays aient conçu les menus de sevrage et que quelques-uns aient une production industrielle ou semi-industrielle, la plupart des aliments de sevrage utilisés dans la Région sont importés.

65. Les données relatives à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant font en général partie de l'information du public et de l'éducation pour la santé des différentes catégories de la population. Cependant, les moyens de communication ne sont pas toujours adéquats.

66. Bien que dans tous les pays le congé de maternité soit reconnu officiellement, le temps accordé aux mères pour allaiter leurs enfants pendant les heures de travail n'est pas encore généralisé.

67. Les substituts du lait maternel se rencontrent jusque dans les petits villages, mais des mentions importantes comme la supériorité du lait de femme, les précautions à prendre ne sont pas obligatoirement inscrites.

68. De nombreux orateurs sont intervenus pour souligner l'importance accordée par les pays au Code international dans la lutte contre la malnutrition. D'importantes actions nationales concernant l'application du Code ont été rapportées. D'autres délégations ont exprimé le désir d'avoir l'appui technique de l'OMS pour adapter et adopter le Code international.

69. Le Comité propose d'adopter le canevas en Annexe 9 pour la "surveillance de l'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel". Ce canevas pourra, moyennant quelques amendements, aider les pays à faire rapport sur les actions prises dans le domaine de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

BOURSE DE LA FONDATION JACQUES PARISOT

70. Pour perpétuer la mémoire du Professeur Jacques Parisot, ancien Président de l'Assemblée mondiale de la Santé, une bourse de recherche en médecine sociale ou en santé publique est accordée tous les deux ans à une personne choisie par le Comité de la Fondation parmi trois candidats proposés par un Comité régional.

71. Le Comité, lors de sa trente et unième session, par la Décision 8, avait invité le Directeur régional à transmettre au Secrétaire du Comité de la Fondation Jacques Parisot les candidatures retenues. Le Comité s'est jugé incapable de recommander l'attribution d'une bourse de recherche au vu des seules informations communiquées à l'appui des candidatures.

72. Le Conseil exécutif a donc décidé que la Région africaine doit soumettre de nouvelles propositions à sa soixante et onzième session en janvier 1983. L'introduction du document AFR/RC32/6 fait l'historique de la bourse et les actions menées au niveau de la Région en vue de collecter des candidatures. Au 28 juin 1982, vingt-trois pays ont répondu mais seuls six d'entre eux ont proposé des candidatures.

73. Le Sous-Comité du Comité consultatif africain de la Recherche médicale (CCARM) a étudié les dossiers de candidature reçus sur la base des six critères sélectionnés :

- i) l'importance du thème de recherche;
- ii) la pertinence du thème de recherche pour le pays;
- iii) l'aptitude du chercheur à pouvoir mener à bien ses travaux;
- iv) les références bibliographiques pour appréhender l'actualité de l'information du candidat dans le domaine d'étude;
- v) le calendrier de mise en oeuvre de la recherche;
- vi) le coût de la recherche qui doit être dans les limites du taux de la bourse, soit US \$5000.

74. Le Comité régional, après examen du rapport du Sous-Comité consultatif de la Recherche médicale, fait siennes les conclusions et recommandations du CCARM.

75. Le Comité a retenu les trois candidats suivants, par ordre de priorité :

- 1) Yayahyirad Kitaw - "Place de l'auto-traitement dans l'instauration de la santé pour tous d'ici à l'an 2000";
- 2) Bréhima Koumaré - "Etude épidémiologique et bactériologique des méningites à Bamako et ses environs"
- 3) M. L. Kakande - "Malnutrition protéino-énergétique".

76. Il invite par la décision 12 le Directeur régional à transmettre au Secrétaire du Comité de la Fondation Jacques Parisot les trois candidatures retenues avec les recommandations du CCARM.

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

77. Le Dr L. Adande Menest (Gabon), présente le rapport du Directeur régional.¹ Ce document met l'accent sur les actions déjà prises et les propositions concernant la mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional. La présentation est conforme à la liste ordonnée des programmes. 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.

Résolution WHA35.1 - Méthode de travail de l'Assemblée mondiale de la Santé

78. En application du paragraphe 4 du dispositif, la rationalisation de la méthode de travail de l'Assemblée mondiale de la Santé d'une durée de deux semaines implique un certain nombre de mesures :

- i) comme par le passé, le poste de Vice-Président revenant à la Région continuera d'être occupé par le Président de la session du Comité régional précédant l'Assemblée mondiale; dans le cas où le Président du Comité est dans l'impossibilité de remplir les fonctions d'un des Vice-Présidents de l'Assemblée mondiale, il peut être remplacé par un des Vice-Présidents du Comité régional;

¹ Document AFR/RC32/6.

- ii) Le poste de Président de l'Assemblée revient désormais par rotation tous les six ans à un représentant de la Région. La session du Comité précédant l'Assemblée mondiale désignera l'éventuel candidat de la Région africaine devant en assumer la présidence. Ainsi, la Région africaine assumera à nouveau la présidence de la Quarante et Unième Assemblée mondiale de la Santé en 1988. La trente-septième session du Comité régional en 1987 désignera le candidat éventuel à la présidence de l'Assemblée en fonction de :
- la liste des Présidents des précédentes Assemblées mondiales;
 - l'expérience du candidat éventuel;
 - les critères linguistiques et les mécanismes sous-régionaux de la CTPD.
- iii) En ce qui concerne les Membres habilités à désigner des personnes devant faire partie du Conseil exécutif, la procédure actuelle sera utilisée, à savoir suivre l'ordre alphabétique anglais des pays.

79. Se référant au paragraphe 3 (1) de la résolution WHA33.17, le Comité régional étudiera au préalable les projets de résolution et les questions d'orientation générale concernant les problèmes d'intérêt régional avant de les introduire au cours des Assemblées mondiales.

Résolution WHA35.11 - Prochaines études organiques

80. Le Directeur régional a rappelé au Comité que le groupe de travail créé en 1976 par le Conseil exécutif chargé d'étudier le "Rôle de l'OMS dans les pays et en particulier le rôle des Représentants de l'OMS" a eu à visiter quatre pays de la Région (Bénin, Kenya, Nigeria et Tanzanie). Les nationaux et le secrétariat ont contribué à la préparation du document de travail. La mise en oeuvre des dispositifs de la résolution WHA31.27 a vu la participation accrue des nationaux à l'exécution des programmes de l'Organisation. Le Comité régional est représenté par le Sous-Comité du Programme aux réunions du CCADS et du RPM par le Comité permanent CTPD à celles du GARS/2000. L'utilisation des nationaux comme Coordonnateurs des Programmes de l'OMS s'est montrée bénéfique et leur nombre va croissant.

81. Le Comité prie le Directeur régional de prendre des mesures nécessaires pour que les Etats Membres participent de plus en plus activement à la préparation des études organiques et à l'application de leurs conclusions.

Résolution WHA35.10 - Règlement des tableaux et comités d'experts

82. Les nouveaux règlements approuvés par le Conseil exécutif et l'Assemblée mondiale de la Santé sont des actualisations de règlements antérieurement en vigueur pour les adapter aux nouvelles orientations politiques et programmatiques de l'Organisation. Un mécanisme

de mise à jour informatisée des Tableaux d'Experts régionaux est mis en place depuis 1980. Lors des prochaines inscriptions et renouvellement d'inscriptions, le Directeur régional tiendra compte du nouveau règlement qui limite à quatre ans maximum la durée d'une première inscription et à un an les renouvellements.

Résolution WHA35.23 - Plan d'action pour la mise en oeuvre de la stratégie de la santé pour tous d'ici à l'an 2000

83. En application du paragraphe 4 du dispositif de la résolution WHA35.23, le Comité régional en septembre 1980 à Brazzaville, par la résolution AFR/RC30/R9, a prié le Directeur régional de mettre en place des mécanismes appropriés pour évaluer tous les deux ans l'état d'avancement des travaux et tous les six ans leur impact conformément aux principes directeurs de l'évaluation des programmes de santé.

84. Le Comité régional, lors de sa trente et unième session en septembre 1981 à Accra, a invité les Etats Membres à "sélectionner un nombre limité d'indicateurs fiables pour évaluer les progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies nationales pour atteindre l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000".

85. Compte tenu de la périodicité du PGT, du budget programme et du rapport du Directeur régional, le Comité a adopté le calendrier suivant, en accord avec le plan d'action pour la mise en oeuvre de la stratégie mondiale :

- i) en 1983, 1985 et 1987, le rapport biennal d'activité indiquera la pertinence, l'état d'avancement des programmes, l'adéquation de leur formulation; les résultats de ces évaluations permettront les ajustements nécessaires;
- ii) en 1985 et 1987 en même temps que l'état d'avancement, sera évaluée l'efficacité, c'est-à-dire le degré de réalisation des objectifs généraux et des objectifs quantifiés des programmes;
- iii) en 1989, à la fin du 7ème PGT, seront évalués l'adéquation de la formulation, l'état d'avancement, l'efficacité et l'impact des programmes.

86. Le Comité invite les Etats Membres à suivre le canevas et format communs envoyés en juillet 1982 par le Directeur régional pour la surveillance continue des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies nationales. Sur cette base, le Comité prie le Directeur régional de faire rapport à la trente-troisième session du Comité régional.

Résolution WHA35.25 - Septième Programme général de travail pour une période déterminée (1984-1989 inclusivement)

87. Les programmes à moyen terme (PMT) ont été élaborés en 1981 par le Bureau régional et envoyés aux Coordonnateurs des Programmes OMS dans les pays. Ces PMT ont servi à l'élaboration des exposés des programmes de pays pour les principaux axes de l'appui de l'OMS pour 1984-1989. Le projet de budget programme 1984-1985 indique pour chaque programme régional des fondements politiques, les objectifs buts et plan d'action du programme à moyen terme 1984-1989.

88. Les programmes à moyen terme seront revus et mis en forme finale en 1983, lors de la préparation du projet de budget programme 1986-1987. Le PGT.7 sera ainsi traduit en PMT avant le début de 1984.

WHA35.20 - 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

89. Pour répondre aux paragraphes 1 (1) du dispositif de la résolution WHA35.20, le Directeur régional, en étroite collaboration avec le Directeur général, poursuit activement la coopération technique en matière de santé avec les Etats de la ligne de front, le Lesotho, le Souaziland et les Mouvements de Libération nationale reconnus par l'OUA (résolution AFR/RC30/R4 et AFR/RC30/R14). Il entend poursuivre le programme d'activités inter pays de coopération avec les trois mouvements de libération nationale (ANC, PAC et SWAPO).

90. Pour faire face aux graves problèmes de santé dans les Etats de la ligne de front, le Directeur régional a pris les mesures nécessaires pour mobiliser en 1980-1981 les ressources suivantes :

90.1 Angola : l'OMS a dépensé US \$570 324 au titre de son budget ordinaire pour des projets de santé et des bourses d'études, et US \$278 551 prélevés sur des fonds budgétaires. Le Directeur régional, en application du paragraphe 5 du dispositif de la résolution AFR/RC31/R12, a pris les mesures appropriées pour l'envoi de la mission spéciale du Comité régional en octobre 1981. Le programme d'action élaboré par la mission est évalué à US \$2 500 000.

90.2 Mozambique : l'OMS a fourni US \$627 689 au titre du budget ordinaire et US \$1 653 088 prélevés sur des fonds extrabudgétaires.

90.3 Souaziland : l'OMS a fourni US \$156 583 au titre de son budget ordinaire et US \$136 928 prélevés sur des fonds extrabudgétaires pour des projets de santé et des bourses d'études.

90.4 République unie de Tanzanie : un montant total de US \$879 901 a été fourni au titre du budget ordinaire et US \$624 066 prélevés sur des ressources extrabudgétaires.

90.5 Zambie : pour le développement de projets de santé, l'OMS a fourni US \$907 436 au titre de son budget ordinaire et US \$624 066 prélevés sur des ressources extrabudgétaires.

90.6 Zimbabwe : il bénéficie depuis son accession à l'indépendance de la coopération technique de l'OMS. Celle-ci a fourni US \$548 127 au titre de son budget ordinaire et US \$21 000 prélevés sur des fonds extrabudgétaires. En outre, la Banque africaine de Développement a attribué huit millions d'unités de compte (UC) pour le développement de centres de santé au Zimbabwe.

91. Se référant au paragraphe 1 (2) du dispositif de la résolution WHA35.20, le Directeur régional, en application du paragraphe 5 du dispositif de la résolution AFR/RC31/R12, a lancé un appel à tous les Etats Membres en faveur du programme spécial de coopération avec l'Angola. Le Gouvernement de Sao Tomé et Príncipe a envoyé une équipe médicale à Luanda. Le Zaïre a proposé les services d'un médecin planificateur. D'autres pays ont assuré de leur coopération mais sans la spécifier.

WHA35.21 - 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 Namibie et aux Mouvements de libération nationale d'Afrique du Sud reconnus par l'OUA

92. Pour répondre au paragraphe 2 du dispositif de la résolution WHA35.21, le Directeur régional, en étroite collaboration avec le Directeur général, poursuit la coopération avec les Mouvements de Libération nationale reconnus par l'OUA (ANC, PAC et SWAPO). Ainsi, l'OMS a fourni :

- i) un montant de US \$42 385 au titre du budget ordinaire pour le projet de coopération technique avec la SWAPO;
- ii) huit bourses aux étudiants namibiens en 1981 et huit autres sont en cours d'attribution en 1982;
- iii) un montant de US \$54 700 pour la fourniture de médicaments et vaccins pour les trois Mouvements de Libération nationale;
- iv) un montant de US \$19 207 au titre du budget ordinaire (1980-1981) et US \$633 802 sur les fonds extrabudgétaires destinés au Centre multinational des Mouvements de Libération à Morogoro (Tanzanie);
- v) sept bourses au PAC/ANC et quatre autres sont en cours;
- vi) un montant de US \$63 874 pour la fourniture de vaccins, médicaments et équipements pour les Centres de Santé de réfugiés des Mouvements de Libération nationale en Angola, Mozambique, Tanzanie et Zambie.

93. La somme de US \$232 200 a été accordée à la Namibie pour le biennium 1982-1983 et pour le biennium 1984-1985. En ce qui concerne le plan d'action figurant dans le rapport de la Conférence internationale pour l'Apartheid et la Santé (paragraphe 3 du dispositif), le Directeur régional collabore avec les Mouvements de Libération nationale reconnus par l'OUA (ANC, PAC et SWAPO) en facilitant leur participation à toutes les réunions constitutionnelles (Comité régional - Assemblée mondiale de la Santé) et aux réunions des Sous-Groupes de Travail CTPD. Il organisera en novembre 1982 une réunion pour la constitution d'un groupe d'action conjoint MLN et OMS pour la formulation de plans d'action détaillés, la programmation pour l'après-apartheid, la surveillance et le contrôle des activités, la recherche de sources de financement extrabudgétaires, la surveillance de la mise en oeuvre des résolutions de l'OMS et de l'ONU. Une lettre d'invitation a été adressée au Directeur général et aux MLN.

94. Le Directeur régional a rappelé aux Etats Membres que ce plan d'action prévoit la constitution de Comité d'action et de soutien dans chaque pays pour la lutte contre l'apartheid. Toutes les requêtes d'urgence émanant des MLN ont été satisfaites. Un montant de US \$160 959 a été mobilisé pour l'achat de vaccins et de médicaments en faveur des MLN. En 1981, 15 bourses d'études ont été accordées aux étudiants namibiens (SWAPO) et sud-africains (ANC et PAC). En 1982, 12 bourses ont été attribuées.

95. Le Comité prie le Directeur régional de poursuivre en étroite coopération avec le Directeur général l'assistance à la Namibie et aux Mouvements de Libération nationale reconnus par l'OUA.

WHA35.29 - 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 sanitaire aux réfugiés en Afrique

96. Le Comité régional a pris note des actions d'urgence prises en faveur des réfugiés en Angola, en République centrafricaine, en Ethiopie, au Mozambique, en Ouganda, au Rwanda, au Souaziland, au Cameroun, au Zaïre et en Zambie. Il prie le Directeur régional de continuer à apporter toute l'aide sanitaire requise aux réfugiés en Afrique.

97. Pour répondre au paragraphe 3 du dispositif de la résolution WHA35.29, le Directeur régional continue de coopérer avec la Croix-Rouge, l'UNICEF, le PNUD, le HCR et les ONG à l'installation des réfugiés dans les pays hôtes. A cet effet, des médicaments, des vaccins et des consultants ont été régulièrement fournis aux pays qui accueillent les réfugiés. Toutes les requêtes émanant des pays d'accueil ont été satisfaites par le Directeur régional.

98. Des troussees sanitaires d'urgence OMS/HCR ainsi que des médicaments et équipements sanitaires pour 10 000 réfugiés pendant trois mois sont stockés de façon à pouvoir être utilisés rapidement en cas d'urgence. Le Bureau régional vient de formuler un projet de coopération d'urgence en faveur des pays qui accueillent des réfugiés pour un montant de US \$4 000 000 pour la période 1982-1986. Les recherches de fonds extrabudgétaires sont actuellement en cours.

99. Le Comité prie le Directeur régional en collaboration étroite avec le Directeur général de poursuivre et renforcer la coopération avec le Haut-Commissariat aux réfugiés et les organisations concernées pour le suivi et la mise en oeuvre des conclusions de la Conférence internationale sur l'assistance aux réfugiés en Afrique. A cet effet, des projets spécifiquement conçus pour promouvoir la santé des réfugiés ont été formulés dans les pays hôtes avec l'aide du Bureau régional (Angola, Botswana, République centrafricaine, Rwanda, Souaziland, Ouganda, République unie du Cameroun et Zambie.

Résolution EB69.R4 - Ressources destinées aux stratégies de la Santé pour tous d'ici l'an 2000

100. Le Comité régional se souviendra que lors de sa trente et unième session, il a demandé au Directeur régional d'inscrire à l'ordre du jour provisoire de cette présence session "l'examen du flux international de ressources pour la stratégie régional de la santé pour tous en l'an 2000" (document AFR/RC32/16). Le Groupe africain de Ressources Santé/2000 (GARS/2000) s'est réuni du 10 au 11 juin 1982 à Brazzaville. Il a examiné le document EB69/7 : "Stratégie de la Santé pour tous d'ici l'an 2000 : Examen des dépenses de santé, des besoins financiers et du mouvement international des ressources" et le document EB69/7. add.1 : Groupe de ressources sanitaires pour les soins de santé primaires, qui ont été étudiés par le Conseil exécutif lors de la soixante-neuvième session en janvier 1982 et par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 1982. Le Groupe a apprécié la manière dont l'OMS a affiné les estimations relatives aux coûts de la mise en oeuvre de la stratégie régionale de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

101. Le Comité prie le Directeur régional de poursuivre ses efforts pour rationaliser le flux international des ressources en faveur de la stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000 en restructurant le catalogue des projets que le Bureau régional établit chaque année en collaboration avec les gouvernements et le Siège mais aussi et surtout en participant à la formation de nationaux qualifiés capables de formuler les projets que les pays veulent soumettre au financement extrabudgétaire.

102. Le Directeur régional fera périodiquement rapport au Comité régional sur la mobilisation de ressources extrabudgétaires pour la mise en oeuvre de la stratégie régionale de la santé pour tous.

Résolution EB69.R18 - Education sanitaire anti-tabac

103. Se référant au paragraphe 3 du dispositif de la résolution EB69.R18, le Directeur régional diffusera la résolution EB69.R18 aux Etats Membres par l'intermédiaire des Coordonnateurs des Programmes OMS. Les Coordonnateurs des Programmes OMS veilleront à ce que la résolution parvienne aux départements ou Ministères des Sports, aux fédérations sportives nationales, aux moyens de communication de masse. Ils s'assureront que la résolution soit exploitée par les journalistes sportifs de la presse écrite, parlée ou télévisée. Le Comité régional prie le Directeur régional de transmettre ladite résolution, pour une exploitation appropriée, à l'Union des Journalistes sportifs d'Afrique, au Conseil supérieur des Sports en Afrique et à la Confédération africaine de Football. Cette résolution fera l'objet d'un article commenté dans les Lettres d'AFRO.

Résolution WHA35.26 - Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

104. A la suite des résolutions WHA33.32 sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et WHA34.22 sur le Code international de Commercialisation des substituts du lait maternel, un plan d'action régional pour leur mise en oeuvre a été élaboré.

105. Deux consultants sont ainsi prévus pour visiter 10 pays de la Région avant décembre 1982, afin d'aider les Etats Membres à adapter et adopter le Code international.

106. Un canevas intitulé "Surveillance de l'application du Code international de Commercialisation des substituts du lait maternel" a été élaboré afin de faciliter le contrôle de l'efficacité du Code.

107. Le Directeur régional est prêt à collaborer avec les gouvernements qui souhaiteraient bénéficier de ses bons offices pour obtenir la coopération de producteurs étrangers.

108. Pour répondre aux paragraphes 2 (b) et 2 (c) du dispositif de la résolution WHA35.26, le Directeur régional a mis à la disposition des pays qui le désirent le questionnaire AFRO relatif au Code. Celui-ci constitue un guide pour toute adaptation du Code. Le Directeur régional est prêt à collaborer avec les pays pour préparer leurs projets d'étude afin que les résultats soient statistiquement valables. Il est de même disposé à considérer favorablement toute demande de formation dans le domaine des statistiques sanitaires.

109. Le Comité régional invite les Etats Membres à utiliser le questionnaire relatif au Code pour l'adapter à leurs propres besoins.

Résolution WHA35.28 - Protection sanitaire des personnes âgées

110. Le Bureau régional pour l'Afrique a collaboré avec celui de l'Europe à la préparation de l'Assemblée mondiale sur le vieillissement de juillet 1982, Vienne, Autriche. Le Comité prie le Directeur régional de prendre les mesures appropriées pour favoriser l'échange d'information sur les expériences nationales, en particulier sur la situation sanitaire actuelle des personnes âgées et l'évolution prévue ou prévisible de celle-ci au cours des deux prochaines décennies dans les Etats Membres. Cet échange d'information aura double courant, entre AFRO et les Etats Membres d'une part et entre AFRO et le Bureau international du Travail (BIT), le Centre des Nations Unies pour le Développement social et les Affaires humanitaires (sigle anglais UNCSDHA), le "National Institute of Aging" Bethesda, Maryland, USA, d'autre part.

111. Pour répondre aux paragraphes 1 (ii), 1 (v) et 1 (vi) du dispositif de la résolution WHA35.28, le Directeur régional aidera à la diffusion des informations scientifiques disponibles sur la situation démographique, sanitaire, sociale et législative des personnes âgées. Le Comité régional invite les gouvernements et les institutions non gouvernementales des Etats Membres à collaborer en ce sens.

112. Le Directeur régional informera périodiquement le Comité régional sur le développement des activités en faveur des personnes âgées dans son rapport sur la mise en oeuvre de la stratégie régionale de la santé pour tous en l'an 2000.

Résolution WHA35.27 - Programme d'action concernant les médicaments essentiels

113. La Région africaine est sensibilisée au problème des médicaments essentiels depuis près de trois ans. Le Directeur régional a organisé deux réunions, la première à Beira (Mozambique) en 1981 et la seconde à Harare (Zimbabwe) du 26 au 30 avril 1982. Tous les Etats Membres ont participé à la deuxième réunion.

114. Un plan d'action régional pour 1982-1986 a été préparé en mars 1981 après la réunion de Nouvelle-Delhi de décembre 1980. Ce plan a été récemment actualisé. Le montant des crédits affectés à ce programme a été augmenté au cours de la présente période biennale, passant de US \$391 900 pour 1980-1981 à US \$442 490 pour 1982-1983. Ce chiffre, bien qu'insuffisant, montre l'intérêt suscité par ce programme dont un certain nombre d'activités ont été retardées par manque de crédits.

115. Le Comité prie le Directeur régional de poursuivre ses efforts en vue de la prompte mise en oeuvre du programme d'action concernant les médicaments essentiels.

Résolution WHA35.22 - Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques

116. De nombreux pays ont entrepris des activités, dans le cadre des plans nationaux pour la mise en oeuvre de la Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement, conformément à la résolution de Mar del Plata en 1977, qui constitue un engagement d'accorder la priorité aux populations déshéritées ou défavorisées. Vingt-neuf pays de la Région ont mis en place des Comités d'action nationaux chargés de l'orientation politique et de la formulation des plans et programmes de développement du secteur eau/assainissement.

117. Les ressources financières nationales doivent être mobilisées de façon à promouvoir et réaliser le plus grand nombre de programmes visant des objectifs communs, utilisant le personnel national qualifié. Ces programmes doivent être appuyés par une infrastructure adéquate. La recherche d'un optimum conduit à conjuguer les ressources de plusieurs programmes et à associer le plus grand nombre d'éléments polyvalents de chacun d'eux au profit des mêmes groupes-cibles défavorisés. Le Comité régional invite les Etats Membres à poursuivre les efforts déjà entrepris dans le sens d'une harmonisation des profils de programmes nationaux de lutte contre les maladies diarrhéiques et d'approvisionnement en eau/assainissement, notamment en ce qui concerne les populations rurales et celles des zones péri-urbaines.

118. Le Comité régional voudra bien se rappeler les recommandations de la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, ainsi que celles de la trente et unième session du Comité régional concernant la Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement, et les autres programmes à l'horizon 1990. Seuls quatre pays de la Région ont formulé pour l'instant des plans d'action nationaux pour la Décennie de l'Eau, cependant que tous ont entrepris des activités diverses, bien coordonnées, visant aux mêmes fins. Les structures régionales permettent de soutenir l'action des pays, et un projet interpays de salubrité de l'environnement renforce la coordination multisectorielle et celle des organismes internationaux. Le Directeur régional souhaite que les Etats Membres favorisent la coordination entre les structures nationales et les projets interpays de lutte contre les maladies diarrhéiques et de salubrité de l'environnement, afin d'élargir le champ de coopération horizontale, sous-régionale et internationale et de mieux intégrer des activités nécessairement complémentaires.

119. Se référant au paragraphe 6 (ii) du dispositif de la résolution WHA35.22, les programmes coopératifs de l'OMS avec le PNUD, la BIRD et la BAD se poursuivent. L'OMS entretient également des liens continus avec le FISE, le BIT, la FAO, le PNUE et l'UNESCO dans le même but. Des liens privilégiés existent avec d'autres organismes de coopération tels que SIDA, DANIDA, NORAD, CIDA, etc. Dans cet ordre d'idées, le Bureau régional, par la promotion

de la CTPD, a favorisé de fructueux échanges d'expériences entre les pays. Plus que dans tout autre domaine, le Comité régional invite les Etats Membres à veiller à ce que les structures sous-régionales CTPD soient maintenues et renforcées, dans le cadre de la lutte contre les maladies diarrhéiques qui est favorable à la mise en place de nombreux mécanismes de coopération.

Résolution WHA35.30 - Planification à long terme de la coopération internationale dans le domaine du cancer

120. Pour répondre aux paragraphes 6 (i) et 6 (iii) du dispositif de la résolution WHA35.30, le Bureau régional poursuit la coordination des activités de prévention et de lutte contre le cancer grâce aux trois centres sous-régionaux de lutte anticancéreuse mis en place en 1975 (Dakar, Ibadan et Kampala).

121. Le Directeur régional a invité les directeurs de ces trois centres à effectuer des missions dans les pays de leur Sous-Région respective en vue de procéder à une analyse de la situation. Sur la base de leurs rapports, le Bureau régional élaborera, en étroite collaboration avec ces centres, des plans d'action conformes au programme réorienté de lutte anticancéreuse.

122. Le Directeur régional encourage la formation des nationaux en santé publique et particulièrement dans le domaine de la prévention et de la lutte anticancéreuse. A cet effet, un cours sur l'épidémiologie des maladies non transmissibles avec accent particulier sur le cancer a été organisé en octobre 1981 à N'Dola (Zambie). Un cours similaire sera organisé en 1983 à l'intention des nationaux francophones et lusophones.

123. Le Bureau régional a collaboré à la préparation de la Conférence sur "le tabac et la santé dans les pays en développement", organisée à Mbabane (Souaziland) en avril 1982, au cours de laquelle le rôle du tabac dans l'apparition du cancer a été mis en relief.

124. Le Comité prend note de la collaboration du Bureau régional avec les Etats Membres dans le domaine de la recherche sur le cancer. En 1981, une somme de US \$10 000 a été octroyée à la société anticancéreuse du Nigéria. De même, le Directeur régional a accordé US \$29 000 à la Zambie pour une étude sur le carcinome du foie.

125. Il invite le Directeur régional à continuer à aider les pays à consolider leurs registres nationaux sur le cancer et à favoriser l'implantation de nouveaux centres de lutte anticancéreuse dans les pays qui en exprimeront le désir.

Résolution WHA35.31 - Programme élargi de vaccination

126. Le PEV est adopté par l'ensemble des Etats Membres comme un des éléments essentiels des soins de santé primaires. Les progrès accomplis peuvent servir d'indicateurs lors de l'évaluation de la stratégie régionale en vue d'atteindre la santé pour tous en l'an 2000. Le Directeur régional transmettra aux Etats Membres la résolution WHA35.31 et le programme en cinq points. Les Coordonnateurs nationaux et le personnel OMS des projets interpays collaboreront avec les nationaux dans la mise en oeuvre de ce programme en cinq points (paragraphe 3 du dispositif de la résolution WHA35.31). Le Bureau régional a assuré pour la seule année 1981 la formation de 175 nationaux de 41 pays pour le cours PEV de gestion de niveau supérieur et plus de 800 ressortissants de 20 pays pour le cours de niveau intermédiaire. Le matériel didactique développé dans le cadre du PEV a été largement diffusé et introduit dans les programmes de la plupart des établissements de formation de la Région.
127. Des consultants de l'OMS ont visité le Ghana, le Madagascar, le Sénégal et le Cameroun en vue d'identifier les recherches en cours que l'OMS peut soutenir. Quatre modèles de réfrigérateurs portatifs ont été testés au Sénégal, en collaboration avec l'association pour la promotion de la médecine préventive (APMP). Au Congo, un modèle de réfrigérateur fonctionnant à courant intermittent (8 heures par jour) a été essayé. Le Zaïre est en train de tester l'utilisation de réfrigérateurs à énergie solaire. Des indicateurs colorimétriques de température (emballés avec des vaccins vivants en cours de transport) ont été testés en collaboration avec le Congo, la Gambie, la Côte d'Ivoire, le Mozambique, le Niger et le Cameroun.
128. Le Comité prie le Directeur régional de poursuivre ses efforts pour aider les pays à promouvoir et à renforcer les activités intégrées PEV/SSP dans les programmes nationaux de développement sanitaire. Il devra encourager la diffusion de toutes les recherches actuellement en cours dans ce domaine.
129. Le Directeur régional fera régulièrement rapport au Comité de l'état d'avancement de ce programme. Le Comité adopte la résolution AFR/RC32/R7.

INCIDENCES REGIONALES DES ORDRES DU JOUR DE LA SOIXANTE-ONZIEME SESSION
DU CONSEIL EXECUTIF ET DE LA TRENTE-SIXIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE

130. Le rapport du Directeur régional est présenté par le Dr S. Dias (Guinée-Bissau). Celui-ci indique les incidences régionales de la soixante-onzième session du Conseil exécutif et de la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé.

131. Le Comité note avec satisfaction que les ordres du jour des organes délibérants sont reflétés dans l'ordre du jour provisoire de la trente-troisième session du Comité régional pour l'Afrique (Annexe 8). Le Comité adopte l'ordre du jour de la trente-troisième session du Comité régional. La Décision de procédure 13 est prise à cet effet.

POLITIQUES NOUVELLES D'EDUCATION POUR LA SANTE DANS LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

132. Le Dr Oldfield (Gambie) présente le document AFR/RC32/9 relatif à la préparation des discussions techniques à la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé sur le thème : "Politiques nouvelles d'éducation pour la santé dans les soins de santé primaires".

133. L'éducation pour la santé, comme souligné dans le préambule de la Constitution de l'OMS, a pour rôle de stimuler la participation des collectivités à la résolution de leurs problèmes de santé (résolution WHA31.42).

134. Composante des SSP et partie intégrante des autres programmes sanitaires, l'éducation pour la santé se propose d'aider les individus et les collectivités à mieux identifier et à mieux résoudre leurs problèmes de santé selon leurs priorités, compte tenu de leurs valeurs socio-culturelles avec leur propre participation par des moyens qui leur sont acceptables.

135. Les principales axes d'intervention de l'éducation pour la santé seront de :
i) identifier les besoins liés aux activités de développement socio-économiques; ii) choisir les technologies sanitaires acceptables aux populations; iii) participer à la planification et à la mise en oeuvre et à l'évaluation de prestations socio-sanitaires. La modification de comportement qui entraîne la motivation permettra l'organisation de telles prestations de services.

136. La participation des collectivités qui est un droit et un devoir résulte d'une action permanente et adéquate. La connaissance des problèmes, la recherche de solutions appropriées à partir d'informations pertinentes aideront les communautés à mieux communiquer. Les responsables politiques, administratifs et/ou tout autre groupement, et à tous les niveaux seront les cibles des actions éducatives.

137. Avant Alma-Ata, l'éducation pour la santé était conçue comme un enseignement "ex cathedra" donné sporadiquement et presque imposé aux collectivités, ne tenant pas compte des caractéristiques socio-culturelles et économiques des collectivités et ceci d'une manière presque anarchique. Cette approche statique de l'éducation pour la santé résultait d'une insuffisance de compréhension du concept et des objectifs, de l'absence de mécanisme institutionnel, d'application et surtout de l'absence d'évaluation et de recherche sur les activités menées ou projetées. Adopter l'approche SSP pour l'éducation pour la santé implique dynamisme et réalisme dans le choix des activités à entreprendre en vue de la solution des problèmes de santé.

138. Les membres des collectivités doivent s'engager à participer et à être des acteurs dans la définition des priorités, la planification, l'évaluation et la réorientation des plans de santé. Facteurs et résultats de la croissance économique, les SSP sont et doivent être multisectoriels. La sensibilisation des responsables politiques et des techniciens des autres secteurs sera nécessaire.

139. Partie intégrante de la culture d'un pays, l'éducation pour la santé doit tenir compte du patrimoine national; ainsi les chants, les proverbes, le folklore, les contes seront largement utilisés. Si l'on admet que l'éducation pour la santé est l'affaire de tous, il faut néanmoins souligner la nécessité de disposer au niveau national d'un noyau de spécialistes qui sera le point focal responsable de toutes les activités.

140. Le programme projeté et mis en oeuvre ne sera efficace que dans la mesure où une évaluation continue des activités menées et des projets de recherches qui y sont liés le sous-tend.

141. Pour répondre aux questions posées dans le document, plusieurs représentants citent leurs expériences nationales et mentionnent le rôle fondamental de l'éducation pour la santé dans la mise en oeuvre de la stratégie de la SPT/2000.

142. Les discussions ont été essentiellement centrées sur : i) le processus de communication et sur ii) les facteurs psycho-sociaux qui conditionnent le comportement des populations. Dans chaque pays existent des moyens de communication mais leur impact sur le comportement socio-sanitaire des populations laisse à désirer. Plusieurs raisons sont invoquées :

- 1) l'accent est mis davantage sur une transmission d'information sanitaire plutôt que sur le processus fort complexe d'éducation; ceci apparaît surtout dans l'utilisation non planifiée des moyens de communication de masse sans se soucier ni de l'évaluation de l'impact des messages sanitaires transmis, ni de leur analyse au niveau des individus, des familles et des collectivités, grâce à une communication interprofessionnelle;

- ii) la perception aussi bien de la place de la participation des collectivités dans les SSP que de la définition et des objectifs de l'information et l'éducation pour la santé (IES) est encore superficielle; un manque de conviction dans l'apport fondamental de l'IES aux SSP persiste encore chez les décideurs même s'ils en ont bien saisi les buts; de même, le manque de confiance dans les potentialités d'action et de participation des collectivités quel que soit leur niveau d'instruction freine également l'élaboration des programmes d'IES cohérents et appropriés;
- iii) le manque, voir l'absence de planification et d'évaluation des activités et des programmes d'IES, tant au niveau des collectivités qu'au niveau national constitue une autre cause essentielle d'échec des activités d'IES;
- iv) l'utilisation d'approches et méthodes éducatives inadaptées, la négligence et l'ignorance des multiples facteurs psycho-sociaux, culturels et économiques qui interviennent dans la prise des décisions concernant la santé individuelle et collective expliquent aussi et dans une large mesure la faiblesse des résultats de l'IES même si une information sanitaire pertinente a été communiquée efficacement aux bénéficiaires de l'action éducative.

143. Les participants considèrent qu'une volonté politique en faveur des SSP et de l'IES est indispensable pour le développement de programmes d'IES nationaux et locaux dans le contexte d'un développement sanitaire auto-centré, basé sur une approche participative souple permettant aux collectivités d'identifier leurs besoins fondamentaux, leurs potentialités d'intervention et de prendre une part active à la satisfaction de ces besoins sanitaires et socio-économiques prioritaires. Or il ne suffit pas de déclarer une telle volonté ou de créer une structure chargée de l'IES, comme c'est souvent le cas; il importe d'assurer les appuis nécessaires à une telle structure et traduire la volonté politique par des plans d'action d'IES intégrés aux SSP. A cette fin, les participants estiment qu'une sensibilisation, voire une éducation, tant des politiciens, des planificateurs que des cadres médicaux à l'importance de l'IES pour un mieux-être global devra être entreprise dans les pays; le rôle des éducateurs pour la santé est primordial dans cette tâche.

144. Il ne saurait y avoir d'évaluation rationnelle sans une planification préalable des programmes et activités d'IES. Une telle planification permettra d'analyser la situation sanitaire socio-culturelle et psycho-sociale locale, d'établir un diagnostic éducatif précis, d'identifier les groupes-cibles, de formuler des objectifs éducatifs pertinents et de mettre au point les plans d'action conséquents incluant les activités à mener, les méthodes éducatives appropriées, les ressources nécessaires, le calendrier d'exécution et le processus continu d'évaluation en particulier l'objet et les critères de l'évaluation.

145. Une coordination intersectorielle est capitale pour le succès de l'IES organisée dans le contexte des SSP. Une coordination efficace est tributaire d'une planification préalable des programmes et activités d'IES, et de l'existence d'un mécanisme institutionnel national influent capable de coordonner. En principe, ce rôle pourrait bien être confié à la structure nationale chargée de l'IES à condition qu'elle dispose du support politique et des moyens d'action indispensables pour induire une coordination fructueuse et continue.

146. Dans son intervention, le Directeur général a mis l'accent sur la difficulté du processus éducatif, la nécessité de différencier les concepts d'information, communication, apprentissage et éducation. Il a invité les participants à promouvoir des méthodes africaines d'information et d'éducation pour la santé.

147. Le Directeur régional a attiré l'attention du Comité sur la complexité et la durée de l'évaluation en éducation pour la santé, sur la négligence actuelle des formes traditionnelles de communication sociale dans le travail d'éducation pour la santé, et sur la nécessité de la rétro-information et l'évaluation des programmes des mass-média. Il a prié le Comité d'approfondir le concept "d'alphabétisation sanitaire".

148. Le Comité recommande d'organiser des débats approfondis sur ce thème dans chaque pays et consacre la Décision 14 à ce sujet afin que la participation aux discussions techniques de la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé soient particulièrement fructueuse.

EXAMEN DU PROJET DE BUDGET PROGRAMME 1984-1985

149. Le Dr Caseiro Rocha (Mozambique), Président du Sous-Comité du Programme, présente au Comité le projet de budget programme 1984-1985. Le Sous-Comité a exprimé sa satisfaction pour la présentation de ce document dans les trois langues de travail (anglais, français, portugais). Le projet de budget programme 1984-1985 est le premier du Septième Programme général de Travail (PGT.7).

150. Le Sous-Comité précise les caractéristiques de ce projet de budget programme :

- i) présentation conjointe des programmes à moyen terme du PGT.7 et du budget programme 1984-1985;
- ii) homogénéité dans la présentation du budget programme de l'OMS; fondée sur les principes de la résolution WHA30.23, les exposés de programme par pays comportent quatre parties :
 - la stratégie du développement sanitaire national;
 - les principaux axes de l'appui attendu de l'OMS pour 1984-1989;

- l'appui de l'OMS pour 1984-1985;
- le tableau de ventilation des chiffres de planification par pays, conformément à la liste ordonnée de programmes du PGT.7.

Par rapport au biennium précédent, il note, outre la flexibilité des allocations de ressources, une restructuration des programmes regroupant les principaux axes d'intervention.

151. Le Sous-Comité, après analyse du programme régional, constate qu'il est conforme aux directives des organes délibérants et note en outre que :

- i) peu de programmes ont des allocations en baisse par rapport au biennium précédent;
- ii) les allocations pour les activités interpays de SSP sont, du fait de la nécessité de financer certains programmes spéciaux de CTPD, en diminution par rapport au biennium précédent;
- iii) les prévisions budgétaires par pays pour les bourses d'études ont été faites sous chaque programme, ce qui explique une diminution des allocations pour le développement des personnels de santé;
- iv) la majorité des composantes des SSP ont un budget en nette augmentation par rapport à 1982-1983, notamment les programmes suivants :
 - information du public et éducation pour la santé;
 - santé maternelle et infantile, y compris la planification familiale;
 - approvisionnement public en eau et assainissement;
 - médicaments essentiels;
 - vaccination.

152. Le Sous-Comité saisit le Comité régional du problème de la recrudescence de la trypanosomiase dans la plupart des pays. Le Comité régional fait siennes les conclusions du Sous-Comité à ce sujet et adopte la résolution AFR/RC32/R1.

153. Le Comité constate les incidences budgétaires et financières du programme régional et souligne que le budget programme 1984-1985 accuse une augmentation réelle de 2 % exclusivement appliquée aux activités menées au niveau des pays.

154. Le Comité adopte le projet de budget programme (1984-1985) par la résolution AFR/RC32/R2, et prend note que les fonds ont été alloués à chaque pays selon le mode de calcul recommandé par le Comité d'Experts et approuvé par le Comité régional (résolution AFR/RC29/R4) et réexaminé au cours des quatrième et cinquième réunions régionales pour le programme.

RAPPORT DE SITUATION SUR LA MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME D'ACTION
SUR LES MEDICAMENTS ESSENTIELS

155. Ce chapitre du rapport du Sous-Comité qui porte sur le document AFR/RC32/12 est présenté par le Dr Djermakoye (Niger), membre du Sous-Comité.

156. Il attire l'attention du Comité sur les dépenses consacrées aux médicaments qui représentent une part substantielle du budget-santé qui peut représenter, dans certains cas, 50 à 60 % de l'ensemble du budget alloué au Ministère de la Santé. Le Dr Djermakoye rappelle que le Directeur régional a désigné en octobre 1978 un Comité d'experts pour donner des avis techniques sur la politique et la gestion pharmaceutiques. Cette initiative s'est traduite par la publication du rapport technique AFRO No 6 intitulée "Politique et gestion pharmaceutiques". Dans ce numéro de la Série de Rapports techniques, tous les aspects de ce programme, notamment achat, distribution, production, contrôle de la qualité, formation des personnels, recherche, coopération technique entre les pays et compagnies internationales ont été abordés.

157. Le Comité constate qu'il est nécessaire d'acheter les médicaments de façon rationnelle, ce qui exige que l'on diminue le nombre des médicaments en les sélectionnant convenablement, d'où la nécessité de dresser une liste des médicaments essentiels pour la Région africaine. C'est pourquoi, en coopération avec les Etats Membres, une liste régionale de médicaments essentiels a été élaborée et publiée en 1981. Cette liste a servi de base à la préparation "d'achats groupés", comme demandé par les Etats Membres en 1978. Dix-neuf Etats Membres ont fait connaître leurs estimations pour la période quinquennale 1982-1986. La liste normalisée et commune à la Région a été envoyée à l'UNICEF pour cotisations. Les mécanismes de gestion et de financement de ce plan sont actuellement étudiés tant par l'OMS que par l'UNICEF.

158. Le point le plus important réside dans la constitution d'un fonds de roulement grâce auquel les Etats Membres qui ne disposent pas de devises étrangères pourront utiliser l'UNICEF et l'OMS pour payer leurs médicaments en monnaie nationale. L'UNICEF remboursera le fonds de roulement en devises étrangères.

159. Le Comité encourage la production locale de médicaments essentiels et demande d'étudier la possibilité de créer des usines de production sur une base sous-régionale. Le financement pourrait être assuré éventuellement par la Banque africaine de Développement (BAD) et/ou d'autres organismes. Il recommande l'utilisation des mécanismes de la CTPD parce que le coût initial d'implantation d'une unité de production pharmaceutique est relativement élevé et la main d'oeuvre nécessaire rare.

160. Le contrôle de la qualité et l'importance de la distribution des médicaments dans les services de santé et notamment les SSP sont mis en relief. Le Comité recommande une approche multidisciplinaire pour mettre en oeuvre le programme de façon satisfaisante. Il recommande aussi l'utilisation des noms génériques des médicaments par l'ensemble des systèmes nationaux de santé. L'OMS est appelée à fournir des experts dans les domaines suivants :

- i) formulation des politiques pharmaceutiques nationales;
- ii) législations;
- iii) distribution;
- iv) contrôle de la qualité, et
- v) production locale.

161. Le Comité insiste sur la collaboration avec les organisations non gouvernementales pour assurer la formation des nationaux et acquérir les technologies des pays industrialisés. Les étudiants bénéficieront ainsi d'une formation postuniversitaire auprès de la Fédération internationale de l'Industrie du Médicament (FIIM) et de la Fédération mondiale des Fabricants de spécialités. Cette formation pourra permettre de disposer de centres nationaux et de renforcer les centres régionaux de contrôle de la qualité afin d'analyser et de vérifier les médicaments importés ou produits localement.

162. Le Comité reconnaît la complexité des problèmes soulevés par les achats groupés et invite les Etats Membres à poursuivre leur collaboration avec l'OMS, l'UNICEF et les autres organisations internationales en vue de la mise en oeuvre rapide du plan d'action sur les médicaments essentiels.¹ Il demande la création d'un groupe consultatif régional, formé d'experts de la Région. Son mandat sera d'appuyer le Secrétariat régional pour résoudre les problèmes juridiques, administratifs et financiers qui gênent le développement de ce programme essentiel à la mise en oeuvre des SSP. De même, les Etats Membres souhaitent trouver des mécanismes pour que les prochains rapports soient de véritables évaluations de la stratégie régionale en matière de politique pharmaceutique.

¹ Document A35.7.

PARTICIPATION DES MEMBRES DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME AUX REUNIONS
D'INTERET PROGRAMMATIQUE

163. Le Docteur F. M. Mueke (Kenya) présente le document AFR/RC32/13. Il rappelle que le Comité régional, lors de sa trentième session avait par la Décision 8 invité les membres du Sous-Comité du programme participant à une même réunion programmatique à présenter un rapport conjoint soulignant notamment la répercussion des conclusions et recommandations sur le programme régional.

164. Dans le courant de l'exercice 1981-1982, le bureau du Sous-Comité du Programme a participé à deux réunions d'intérêt programmatique :

- a) Cinquième réunion régionale pour le Programme (RPM.5);
- b) Sixième réunion régionale pour le Programme (RPM.6).

165. Le Comité fait siens les commentaires et recommandations du Sous-Comité relatifs à :

- i) l'évaluation de la mise en oeuvre du programme régional 1980-1981;
- ii) l'exécution du programme régional pour la période financière 1982-1983;
- iii) la programmation à moyen terme 1984-1989 et la programmation/budgétisation 1984-1985;
- iv) la surveillance continue et le contrôle de la stratégie régionale pour instaurer la santé pour tous d'ici à l'an 2000;
- v) la planification détaillée du budget programme pour la période 1984-1985.

166. La difficulté de l'évaluation des programmes sanitaires au niveau des pays pour le biennium 1980-1981 réside dans l'hétérogénéité, sinon l'absence des informations pertinentes. L'utilisation des mécanismes prévus à cet effet par les organes délibérants,¹ permet d'y remédier.

167. Chaque pays dispose des chiffres provisoires de planification par pays qui constituent un ordre de grandeur. Il est possible qu'une partie du chiffre de planification par pays du budget ordinaire ne fasse pas l'objet d'affectation spécifique dans les plans détaillés mais constitue un volet de réserve jusqu'à la période de mise en oeuvre.

168. Certaines règles sont rappelées en particulier celles relatives aux dépenses locales. Les salaires d'appoint ne doivent pas dépasser 25 % du traitement national net. Les subventions pour les dépenses locales ne doivent dépasser dans aucun pays 10 % du chiffre de planification et ne doivent représenter plus de 6 % de l'allocation régionale prévue au budget ordinaire pour la période financière considérée.

¹ Résolution WHA31.11.

169. Compte tenu de la périodicité du PGT, du budget programme, du rapport du Directeur régional et du plan d'action de mise en oeuvre de la stratégie mondiale,¹ un calendrier a été proposé et qui décrit les principaux stades de la préparation, de l'exécution et de l'évaluation du programme à moyen terme pour le Septième Programme général de Travail pour 1984-1989.

170. De même, il existe un calendrier de planification détaillée pour renforcer la partie opérationnelle et la mise en oeuvre au niveau des pays. Tout changement par rapport aux propositions faites au départ par le pays pour 1984-1985 au titre du budget ordinaire devra être justifié, ce qui permettra au Directeur régional de surveiller l'exécution du programme régional et d'informer au besoin les organes délibérants. Le Comité régional adopte la résolution AFR/RC32/R4.

VISITES DES RESPONSABLES DES ETATS MEMBRES DANS D'AUTRES PAYS DE LA REGION

171. Le Dr Sabino J. Dias (Guinée-Bissau) présente le rapport du Sous-Comité relatif à ce point de l'ordre du jour qui fait l'objet du document AFR/RC32/14. Le Comité régional, lors de sa trentième session, a adopté par la Décision 9, le principe de visites par deux responsables de chaque pays d'une Sous-Région CTPD dans deux pays situés dans les autres Sous-Régions. Il a également invité le Directeur régional à appliquer avec toute la souplesse requise le plan 1980-1985 de visites.

172. Au 31 mai 1982, le Directeur régional a reçu les rapports de visites des responsables originaires des 20 pays qui se sont rendus dans 24 autres pays de la Région.

173. Le Comité approuve les conclusions du Comité permanent CTPD selon lesquelles les visites d'étude entre les pays de la Région sont utiles dans la mesure où elles :

- i) ont une durée suffisante;
- ii) sont organisées en temps opportun pour les pays visités comme pour les pays visiteurs et comportent un programme détaillé;
- iii) permettent d'étudier concrètement les expériences proposées pour résoudre des problèmes communs;
- iv) laissent le choix aux visiteurs sur les lieux à visiter, selon une discipline librement consentie;
- v) donnent lieu à un rapport conjoint susceptible d'apporter des informations utiles à l'ensemble des pays de la Région.

¹ Document EB69.5, page 15.

174. Le Comité adopte le canevas de rapport de visite proposé par le Comité permanent CTPD¹ et la Décision 8.

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

175. Le Rapport du Sous-Comité du Programme concernant la coopération technique entre pays en développement est présenté par le Dr Ibrahim Koné (Côte d'Ivoire). La cinquième réunion du Comité permanent de la coopération technique entre pays en développement (CTPD) s'est tenue à Brazzaville du 7 au 9 juin 1982.

176. Conformément à la Décision 9 de la trente et unième session du Comité régional, cinq thèmes ont été étudiés par les trois groupes de travail sous-régionaux CTPD. L'attention du Comité s'est particulièrement portée sur :

- i) les rapports de situation des mécanismes de mise en oeuvre de la CTPD;
- ii) le choix de mécanismes et techniques appropriés pour la gestion sanitaire dans les pays en développement;
- iii) les centres nationaux de développement sanitaire;
- iv) les soins de santé primaires, la législation sanitaire et la CTPD;
- v) l'approvisionnement en eau et assainissement.

177. Le Comité fait siennes les recommandations du Sous-Comité du Programme.

Rapport de situation de mécanismes de mise en oeuvre de la CTPD

178. Les Etats Membres devraient échanger soit directement de gouvernement à gouvernement, soit par l'intermédiaire de l'OMS ou d'autres organisations bilatérales ou internationales les informations pertinentes sur leurs expériences nationales afin de manifester leur volonté politique de coopération.

179. Le financement des activités de CTPD ne doit pas être assuré uniquement par des organisations internationales, mais aussi par les gouvernements de la Région, des organisations sous-régionales ou régionales.

180. La transmission d'informations concernant la formation du personnel est nécessaire pour permettre aux Etats Membres de connaître les possibilités qu'offre la CTPD dans ce domaine. A cet égard, il a été instamment demandé aux Etats africains membres de l'OMS d'apporter leur appui au Centre ALERT² (Ethiopie) et participent à ses activités.

¹ Document AFR/RC32/15 (Annexe 3).

² All Africa Leprosy and Rehabilitation Training Centre.

De même, il importe au plus haut point que le Bureau régional aide les Etats Membres qui le désirent à obtenir des renseignements sur la formation spécialisée d'ingénieurs sanitaires à Ouagadougou, Haute-Volta.

181. Le Comité prie le Directeur régional de prendre les mesures appropriées pour que les pays de la Région adhèrent au Centre ALERT (Ethiopie).

Choix des mécanismes et techniques appropriés pour la gestion sanitaire dans les pays en développement

182. La mise en place ou l'amélioration d'un système national d'information sanitaire est indispensable à l'établissement des indicateurs pour évaluer les progrès vers la santé pour tous.

183. L'établissement concomitant d'un processus d'évaluation permettant d'étudier la pertinence des programmes, l'adéquation de leur formulation, leur état d'avancement, leur efficacité et leur impact en vue d'une reprogrammation conséquente est indispensable.

184. Les structures administratives doivent être adaptées à la formulation des programmes prioritaires, la décentralisation et la décontraction. Elles doivent permettre aux décideurs de se mettre à l'écoute des communautés et de répondre à leurs besoins.

185. Tous les personnels de santé, à tous les niveaux, devraient être recyclés ou formés dans le domaine de la gestion.

Centres nationaux de développement sanitaire

186. Les CNDS ont un rôle fondamental dans le domaine de la formation, principalement axés sur les processus gestionnaires. Ils doivent aussi intervenir dans l'information et l'enseignement/apprentissage au sein des collectivités.

187. La mise en place des CNDS et leur efficacité dépendent essentiellement de l'application de la détermination politique des Etats Membres.

Soins de santé primaires - Législation sanitaire et CTPD

188. L'agent de santé communautaire est un acteur essentiel dans la mise en oeuvre des SSP. Sa responsabilité est indissociable de sa protection juridique. Il est donc nécessaire de réviser la législation sanitaire des pays pour réglementer la pratique socio-sanitaire des non-professionnels de la santé, des agents de santé communautaire et thérapeutes traditionnels. Cette action permettra de mieux intégrer les prestations dans les équipes de santé.

189. En matière de législation sanitaire, la CTPD peut intervenir dans les domaines suivants :

- i) réglementation des pratiques médicales par les non professionnels de la santé;
- ii) formation des agents de santé communautaire et standardisation des médicaments essentiels à mettre à leur portée;
- iii) législation pharmaceutique et contrôle des substances dangereuses ainsi que de leur circulation;
- iv) réglementation de la médecine traditionnelle afin de pouvoir intégrer ses aspects positifs dans la pratique socio-sanitaire quotidienne en faveur des collectivités.

190. L'OMS peut assurer les échanges d'informations concernant la législation sanitaire par l'intermédiaire de la revue trimestrielle "Recueil international de législation sanitaire". Il est du ressort des pays de lui fournir des informations.

Approvisionnement en eau et assainissement

191. Les Etats Membres devront redéfinir leurs politiques nationales dans le secteur eau/assainissement en vue de résorber le retard du monde rural sur le monde urbain.

192. Le renforcement des comités nationaux d'action est indispensable pour permettre une meilleure coordination et collaboration entre différents départements et/ou agences nationales, régionales et internationales.

193. Le développement rapide des personnels du secteur eau/assainissement à tous les niveaux, ainsi que leur pleine utilisation, constituent un préalable au succès de Décennie internationale de l'Eau potable et Assainissement (DIEPA).

194. Les pays à vastes zones désertiques, semi-désertiques et/ou de savanes, devront établir des bilans des ressources hydrologiques afin de définir des projets ou plans d'action basés sur des données fiables.

195. A cet effet, il est recommandé d'inclure systématiquement une composante salubrité de l'environnement dans tout projet assainissement-eau potable (AEP) pour tirer le meilleur bénéfice socio-sanitaire de telles activités.

196. Le recours aux technologies appropriées et la promotion de la production locale de matériels et produits dans ce secteur faciliteront, dans une large mesure, l'atteinte des objectifs de la DIEPA. L'approche CTPD et la participation communautaire sont les moyens les plus appropriés pour y parvenir.

197. Pour mobiliser le maximum de fonds extérieurs, il est nécessaire que les projets AEP soient mieux préparés et mieux présentés que par le passé. L'OMS peut et doit aider les Etats Membres à y parvenir. Le Comité adopte la résolution AFR/RC32/R5.

Sujets à inscrire au programme de travail des groupes de travail CTPD

198. Le Comité rappelle la Décision 9 de la trente et unième session du Comité régional. Il retient les thèmes additionnels proposés par le Comité permanent :

- i) organisation de la SMI et CTPD (Mauritanie);
- ii) études des effets des décharges industrielles (Nigéria);
- iii) Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement, évaluation à la mi-décennie (Bureau régional);
- iv) renvoi à l'échelon supérieur des malades ayant besoin d'un traitement : expériences nationales (Lesotho).

Le Comité adopte la Décision 10.

Renouvellement du Comité permanent CTPD

199. Conformément à la résolution AFR/RC29/R9, le mandat des pays suivants a pris fin : Botswana, Burundi, Cap-Vert, Kenya, Malawi et Zambie. Ils sont remplacés par les Etats Membres suivants : Angola, République centrafricaine, Comores, Gabon, Mali et Togo.

200. Le Comité autorise le Directeur régional à désigner un pays de la même Sous-Région parmi les pays qui n'ont jamais siégé au Comité permanent pour remplacer un autre pays en cas d'empêchement. Cette désignation se fera par ordre alphabétique. A cet effet, le Comité adopte la Décision 9.

EXAMEN DU FLUX INTERNATIONAL DE RESSOURCES POUR LA STRATEGIE REGIONALE DE LA SANTE POUR TOUS EN L'AN 2000

201. Le rapport du Sous-Comité du Programme relatif à ce point de l'ordre du jour est présenté par Docteur (Mme) Maruping (Lesotho). Il concerne le document AFR/RC32/16.

202. Le Comité régional, à sa trente et unième session, a souhaité examiner à la présente session le "Flux international de ressources pour la stratégie régionale de la santé pour tous en l'an 2000".

203. En juin 1982, le Directeur régional a soumis au Groupe africain de Ressources Santé/2000 (GARS/2000) les documents concernant cette question, présentés au Conseil exécutif lors de sa soixante-neuvième session.¹

¹ Documents EB69/7, EB69/7 Add.1 et résolution EB69.R4.

204. Le Comité fait siennes les recommandations du Groupe africain de Ressources santé/2000 :

- i) la formation de personnel qualifié, en gestion sanitaire, capable de présenter les besoins en ressources extrabudgétaires est un préalable indispensable;
- ii) les coûts récurrents doivent nécessairement être pris en considération lors de la préparation des projets à soumettre aux organismes donateurs;
- iii) le problème du dialogue avec les donateurs pourrait être résolu au niveau des pays par les groupes nationaux de ressources pour les SSP et au niveau régional ou mondial par la représentation des pays et des donateurs au niveau le plus élevé;
- iv) le respect des engagements pris devra permettre la mise en oeuvre des projets et programmes;
- v) le catalogue des projets que le Bureau régional établit chaque année en collaboration avec les gouvernements et le Siège devra, à l'avenir, présenter aussi les projets financés grâce aux efforts du GARS/2000 et de l'OMS.

205. Le Comité prend note de l'importance d'une coordination des ressources au niveau national, soutenue par les niveaux régional et mondial :

- i) au niveau national, l'action consistera essentiellement en la réaffectation des ressources existantes selon les besoins et en fonction des priorités sanitaires; le Comité apprécie l'approche proposée à cet effet, l'"analyse de l'utilisation des ressources au niveau national"; cette approche a pour but l'examen par un groupe national de ressources pour les SSP, des besoins totaux, des ressources disponibles, et les possibilités de financement extérieur de la stratégie de la santé pour tous;
- ii) au niveau régional, les mesures à prendre comprendront notamment : l'échange d'informations sur les différents moyens de financement de systèmes de santé, l'estimation des ressources disponibles et des ressources nécessaires, ainsi que des études coûts/avantages portant sur divers aspects de la stratégie; le Bureau régional apportera également le soutien technique et administratif nécessaire aux pays pour effectuer des analyses de l'utilisation de leurs ressources;

iii) au niveau mondial, le Groupe mondial de Ressources de la Santé pour tous en l'an 2000 est une instance centrale où les pays en développement, les organismes bilatéraux et multilatéraux et les organisations non gouvernementales peuvent aborder les problèmes liés à la rationalisation du flux de ressources en faveur des stratégies de la santé pour tous, et dégager les grandes lignes des solutions à y apporter.

206. Le Comité prie le Directeur régional de créer un projet interpays pour appuyer l'utilisation rationnelle et la mobilisation des ressources en faveur de la santé au niveau des pays. Il adopte la résolution AFR/RC32/R6.

207. Le Comité, par la Décision 11 désigne par ailleurs deux représentants à la prochaine réunion du Groupe mondial de Ressources Santé/2000, parmi les membres du Comité permanent CTPD. Cette désignation se fera selon l'ordre alphabétique anglais des pays. Cette procédure a l'avantage de la continuité de la représentation au Groupe mondial et au Groupe régional de Ressources Santé/2000.

RAPPORT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES 1982 : "MOBILISATION DES COLLECTIVITES
EN VUE DU DEVELOPPEMENT SANITAIRE : APPROCHES ET CONTRAINTES"

208. Le Professeur Kabah Bah, Président des discussions, présente le document AFR/RC32/17 élaboré à partir des rapports de trois groupes de travail trilingue, anglophone et francophone. Le Comité a élu comme Rapporteurs Dr Inusse Noormohamed (Mozambique), Professeur Rhaly (Mali) et Dr (Mme) Maruping (Lesotho). Les groupes ont choisi comme Présidents Dr Luis Gomes Sambo (Angola), Dr Fasuluku Suku-Tamba (Sierra Leone) et Dr Kabamba Nkamany (Zaire).

209. Les trois groupes réunis le 18 septembre 1982 ont utilisé comme document de travail le document AFR/RC32/TD/1 préparé par Dr E. N. Mensah, Conseiller temporaire. Les discussions se sont déroulées selon un schéma reflétant le plan du document de travail.

Mobilisation des collectivités

210. Les participants sont d'avis que la mobilisation des collectivités est une condition essentielle du succès des soins de santé primaires. La mobilisation signifie l'adhésion des collectivités et leur participation effective; elle est un processus global et continu visant à susciter des actions de la part d'une collectivité grâce à une motivation et une éducation appropriées.

Conditions de la mobilisation

211. L'analyse du processus de communication et une connaissance approfondie des caractéristiques psychologiques, socio-culturelles, économiques et politiques de la collectivité concernée sont des conditions prérequisées à tout effort de mobilisation. Le respect de la collectivité, la confiance en ses potentialités d'action, la nature du système politique local, l'adoption d'un rythme de développement équilibré qui soit en harmonie avec les capacités d'intervention de la collectivité, conditionnent la nature et le degré de mobilisation communautaire.

Rôle de l'information et l'éducation pour la santé

212. Ce rôle est capital pour motiver la collectivité et l'aider à prendre conscience tant de ses besoins prioritaires que de ses potentialités d'intervention. Un service d'information et d'éducation pour la santé est jugé indispensable pour coordonner les efforts et aboutir à la mobilisation. Les participants estiment que les groupes-cibles prioritaires de l'éducation pour la santé sont surtout les décideurs et les planificateurs, les notabilités locales, les agents de développement qui entrent en contact avec la collectivité ainsi que les populations scolaires.

213. Ils ont aussi recommandé d'appliquer en éducation pour la santé les méthodes utilisées avec efficacité pour la mobilisation politique et à veiller à la pertinence des messages de développement sanitaire.

Méthodes de mobilisation

214. Il ressort des discussions qu'il n'existe pas de méthodes standard de mobilisation du fait de la diversité des caractéristiques socio-culturelles, économiques et politiques des collectivités. Parmi les principales méthodes possibles suggérées par les participants, il convient de signaler l'organisation de séminaires multidisciplinaires de communication, de campagnes d'alphabétisation, l'utilisation judicieuse des moyens de communication, le renforcement des programmes d'éducation pour la santé dans les écoles, la mise en oeuvre d'activités de développement intégré fondé sur les besoins essentiels ressentis par la collectivité, le recours aux services des groupes de jeunes et aux méthodes d'organisation communautaire. Les rôles attendus de la collectivité doivent être clairement définis et acceptés par la population : celle-ci doit aussi être en mesure de participer à l'identification de ses besoins, à la planification, la mise en oeuvre, la surveillance, l'évaluation et la réorientation des activités SSP dans le cadre du développement global.

Coordination intersectorielle

215. Les participants suggèrent que la constitution d'un Comité national de développement interministériel, qui s'occuperait de tous les programmes de développement, y compris la santé, pourrait améliorer la coordination intersectorielle encore peu satisfaisante. L'importance de la coordination au niveau national a été mise en relief. Cependant, il ne faudrait pas mettre l'accent sur la coordination au détriment des actions requises. Pour pouvoir réaliser des plans de développement intégré au niveau communautaire, il importe de répartir les rôles et décrire clairement les tâches de tous les secteurs particuliers ainsi que celles de la collectivité. Il importe aussi que tous les secteurs intéressés harmonisent leurs méthodes d'intervention, en particulier dans le domaine de l'éducation.

Contraintes à la mobilisation des collectivités

216. Elles sont de quatre types essentiels : contraintes politico-administratives, contraintes liées à l'équipe de santé et de développement, contraintes socio-économiques et contraintes au niveau des collectivités. L'insuffisance de l'engagement politique des pays, l'inadéquation de la structure politico-administrative aux priorités des politiques sanitaires nationales, la fréquente mobilité des agents de développement, les changements politiques répétés constituent quelques-unes des contraintes administratives et politiques. Au niveau des équipes de santé et de développement, les contraintes majeures sont liées à la mentalité des membres de ces équipes, à leurs capacités de communiquer avec autrui, à leurs attitudes vis-à-vis de la population.

217. Dans le domaine socio-économique, les principales contraintes retenues ont trait à l'inacceptabilité des infrastructures par la population, l'insuffisance des ressources, l'absence de projets de développement intégré permettant à la collectivité de rassembler des fonds, la faiblesse de la coordination intersectorielle et l'insuffisance des ressources locales et extérieures.

218. Au niveau des collectivités, l'absence de cohésion socio-culturelle, le manque de motivation, l'absence d'animateurs auprès de la collectivité, l'insuffisance des compétences techniques et gestionnaires constituent quelques-unes des contraintes pouvant freiner la mobilisation des collectivités.

Nécessité de la recherche appliquée

219. Les participants estiment nécessaire d'organiser des recherches sociales et psychosociales orientées vers l'action en vue d'identifier des méthodes de communication et d'éducation permettant de mieux motiver les collectivités pour agir. Les domaines

prioritaires de recherche concernant surtout l'analyse du processus de communication, incluant ceux du système traditionnel, et des processus de participation, de planification et d'évaluation. Le Comité prend note du rapport des discussions techniques sur le thème "Mobilisation des collectivités pour le développement sanitaire : approches et contraintes".

DESIGNATION DU PRESIDENT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES POUR 1983

220. Le Président de la trente-deuxième session propose au Comité régional de nommer le Docteur Carlos Alberto Pires Tiny de Sao Tomé et Principe comme Président des discussions techniques qui se dérouleront à l'occasion de la trente-troisième session. Ces discussions techniques auront pour thème : "Implications gestionnaires de l'approche intersectorielle et multidisciplinaire dans la mise en oeuvre des soins de santé primaires".

221. Le Comité, par la Décision 5 désigne le Docteur Carlos Alberto Pires Tiny comme Président des discussions techniques pour 1983.

222. Le Comité prend acte des difficultés qu'il éprouve lorsque le Président désigné se trouve empêché d'assumer ses fonctions. Il est donc apparu nécessaire d'adjoindre au Président des discussions techniques un Président suppléant qui sera appelé à présider les discussions techniques en cas d'empêchement du président désigné. Au cours de sa trente-troisième session, le Comité désignera en même temps que le président des discussions techniques 1984, un Président suppléant.

CHOIX DU THEME DES DISCUSSIONS TECHNIQUES POUR 1984

223. Le Directeur régional a proposé au Comité régional les thèmes de discussion suivants pour 1984 :

- 1) prévention de l'incapacité et réadaptation physique, mentale et sociale;
- 2) place des facteurs culturels et socio-économiques dans le développement sanitaire en vue de l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000;
- 3) planification et politiques concernant les produits pharmaceutiques : de la dépendance engendrée par l'importation à la production locale;
- 4) difficultés économiques et réorientation des systèmes de santé en vue d'instaurer la santé pour tous en l'an 2000;
- 5) bilan de la CTPD dans le domaine de la santé depuis la Conférence de Buenos-Aires.

224. Le Comité a estimé que tous les sujets proposés étaient pertinents et intéressaient directement la Région africaine. Reconnaissant les efforts positifs déployés actuellement par les Etats Membres dans le domaine des produits pharmaceutiques ainsi que l'importance des médicaments et des mécanismes de la CTPD pour assurer le succès de la SPT/2000, le Comité a décidé de prier le Directeur régional de faire régulièrement rapport au Comité régional des progrès réalisés dans ces domaines. Le Comité est d'avis que les thèmes 2 et 4 sont d'importance primordiale pour atteindre l'objectif social de la santé pour tous en l'an 2000 et qu'ils constituent des sujets de discussion qui suivent logiquement les thèmes choisis pour 1982 et 1983. Le Comité retient donc une synthèse des thèmes 2 et 4 pour 1984, à savoir : "Place des facteurs culturels et socio-économiques dans la réorientation des systèmes de santé pour atteindre l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000". Ce point de l'ordre du jour a fait l'objet de la Décision 6.

RAPPORT DU SOUS-COMITE DE VERIFICATION DES POUVOIRS

225. Le Sous-Comité de vérification des pouvoirs s'est réuni les 15 et 20 septembre 1982, Il était composé des représentants des 12 Etats Membres suivants : République centrafricaine, Ethiopie, Gambie, Guinée, Côte d'Ivoire, Lesotho, Mali, Mozambique, Sénégal, Sierra Leone, Togo et République unie de Tanzanie. Il a élu Monsieur M. Chabane comme Président.

226. Le Sous-Comité a examiné les pouvoirs soumis au Directeur régional et reconnu la validité des pouvoirs présentés par les 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 Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Souaziland, Togo, Ouganda, République unie du Cameroun, République unie de Tanzanie, Haute-Volta, Zaïre, Zambie et Zimbabwe.

227. La Namibie n'a pas présenté ses pouvoirs. Le Sous-Comité recommande toutefois au Comité régional que le représentant de ce membre associé participe aux délibérations du Comité régional, compte tenu des explications qui ont été données. Ce point de l'ordre du jour a fait l'objet de la Décision 4.

DATES ET LIEUX DES TRENTE-TROISIEME ET TRENTE-QUATRIEME SESSIONS DU COMITE REGIONAL

228. Le Directeur du Programme de Soutien présente au Comité le document AFR/RC32/20. Il attire son attention sur la Décision 13 prise à Accra en 1981 de tenir la trente-troisième session à Brazzaville en 1983. Il rappelle l'aimable invitation de l'Angola et de la Zambie pour 1984 et 1985 contenue dans la Décision 12 prise lors de la trentième session à Brazzaville en septembre 1980.

229. L'Angola et la Zambie confirment leur invitation respectivement pour 1984 et 1985.

230. Le Comité a enregistré l'aimable invitation de la République du Niger pour sa trente-septième ou trente-huitième session. Le Comité a adopté la Décision 7.

CONCLUSIONS

231. L'année 1981 a été marquée par l'application, par les Etats Membres de leurs nouvelles orientations en matière de politique sanitaire. La Charte de développement sanitaire a été signée au 31 décembre 1981, par la quasi totalité des gouvernements de la Région. Ceci est la manifestation d'une volonté politique collective en vue de l'instauration d'un nouvel ordre socio-économique international.

232. Les mécanismes de surveillance et de contrôle se mettent en place, permettant ainsi au Comité régional de jouer pleinement le rôle qui est le sien dans la mise en oeuvre des stratégies nationales et régionale de développement sanitaire axées sur les soins de santé primaires.

233. La libération des populations d'Afrique australe de l'ignoble régime raciste, anachronique d'Afrique du Sud demeure un objectif prioritaire. L'Apartheid est contraire à l'objectif social de la santé pour tous en l'an 2000 et à la déclaration d'Alma-Ata. Le Directeur régional a organisé, conformément à la résolution AFR/RC30/R4, la Conférence internationale sur l'Apartheid et la Santé du 16 au 20 novembre 1981 à Brazzaville. La "Déclaration de Brazzaville" a été adoptée sur la base de la stratégie de la santé pour tous en l'an 2000 "Lutte contre l'Apartheid et ses conséquences néfastes sur le développement sanitaire". Un plan d'action a été formulé.

234. Le Comité s'est félicité de l'envoi de la mission spéciale en Angola; conformément à la résolution AFR/RC31/R12. Des actions d'urgence ont été prises en faveur des populations victimes de l'agression et certains pays de la Région ont répondu favorablement à l'appel du Directeur régional.

235. L'ensemble de processus gestionnaires pour le développement sanitaire national a été l'objet d'activités de développement mais un accent particulier a été mis sur la formation en gestion sanitaire par la création d'un réseau régional de programmes et d'institutions.

236. Les activités de SSP se développent de manière satisfaisante dans beaucoup de pays de la Région grâce à la volonté politique clairement exprimée par les gouvernements et concrétisée par l'affectation régulière de ressources nationales. L'OMS appuie l'effort national par des projets interpays et interrégionaux.

237. La formation des personnels de santé à tous les niveaux constitue un élément essentiel des stratégies nationales et régionale pour atteindre l'objectif social de la santé pour tous en l'an 2000. Le Comité apprécie les efforts faits par l'OMS dans le domaine de la formation aux processus gestionnaires de développement sanitaire et encourage le Bureau régional à accélérer la mise en place du réseau régional des centres nationaux.

238. Le Comité donne au Secrétariat des directives précises concernant les :

- i) programmes spéciaux de coopération;
- ii) processus gestionnaires de développement sanitaire;
- iii) soins de santé primaires et développement communautaire et le
- iv) développement des personnels de santé.

239. Le Comité prie le Directeur régional de poursuivre les mesures en cours pour la création du Conseil africain pour la formation et la promotion des spécialistes et enseignants des Sciences de la Santé (CASESS) en faisant un meilleur usage des organismes et mécanismes existants.

240. Le Directeur régional a fait rapport sur la surveillance de l'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. La situation actuelle de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant est préoccupante; elle nécessite une surveillance susceptible d'être effectuée grâce à un canevas que peuvent utiliser les Etats Membres.

241. Le Comité a retenu trois candidats pour la bourse de recherche en médecine sociale ou santé publique de la Fondation Jacques Parisot. Le Directeur régional transmettra au Secrétariat général de cette fondation les candidatures assorties des recommandations du Comité consultatif africain de la Recherche médicale (CCARM).

242. Les propositions du Directeur régional relatives aux modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par la Trente-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé et la soixante-neuvième session du Conseil exécutif ont fait l'objet des directives du Comité régional. Un plan d'action sera élaboré et soumis aux Etats Membres. Le Comité jouera ainsi un rôle de plus en plus actif au sein de l'Organisation en soumettant au Conseil exécutif des recommandations et propositions concrètes sur les sujets d'intérêt régional et mondial.
243. Les ordres du jour des Organes délibérants sont reflétés dans l'ordre du jour provisoire de la trente-troisième session du Comité régional. Le Comité note avec intérêt le point de l'ordre du jour provisoire relatif à la situation sur la surveillance continue des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies nationales et régionale de la santé pour tous en l'an 2000.
244. Le Comité a porté une attention particulière au thème des discussions techniques de la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé "les politiques nouvelles d'éducation pour la santé dans les soins de santé primaires". Le Directeur régional transmettra la contribution des Etats Membres au Directeur général. Le Comité invite les responsables des pays à continuer à examiner ce thème pour approfondir leur contribution aux discussions qui auront lieu à Genève lors de la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé.
245. Le Comité régional, en examinant le projet de budget programme 1984-1985 a noté avec inquiétude la recrudescence de la trypanosomiase humaine dans environ 38 pays de la Région. Il demande aux gouvernements des pays infectés de coordonner leurs activités de lutte dans le cadre des projets interpays.
246. Le projet de budget programme a fait l'objet d'une étude approfondie. Les Etats Membres ont participé activement à l'élaboration de ce document, préparé sur la base du Septième Programme général de Travail, conformément aux directives de la Trente-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé (Résolution WHA35.25). Le Comité constate que la participation du Sous-Comité du Programme à l'élaboration et à l'étude détaillée du projet de budget programme facilite les travaux et décisions du Comité régional. Il note les liens existant entre les stratégies nationales de développement sanitaire et les principales orientations de l'appui de l'OMS pour la période 1984-1985.
247. Le rapport de situation sur la mise en oeuvre du programme d'action sur les médicaments essentiels a donné lieu à de multiples interventions du fait de la complexité des problèmes juridiques, administratifs et financiers que soulèvent les achats groupés, la production locale, le contrôle de qualité et la distribution des médicaments.

248. La participation des Membres du Sous-Comité aux réunions d'intérêt programmatique s'est révélée d'une importance primordiale en particulier lors de l'élaboration du projet de budget programme au cours des réunions régionales pour le programme. Le Comité a invité le Directeur régional à prendre les mesures nécessaires pour que le Sous-Comité continue d'intervenir à toutes les étapes de la préparation du budget programme biennal.

249. Le Comité apprécie l'utilité des visites d'études entre les pays dans la mesure où elles apportent les échanges d'information permettant de résoudre des problèmes communs à l'ensemble de la Région.

250. L'utilisation des mécanismes de la CTPD par les Etats Membres en coopération avec l'OMS a été étudiée. Le Comité invite les Etats Membres à mettre en oeuvre les recommandations du Comité permanent CTPD, à échanger des informations dans tous les domaines de la CTPD et à intensifier la coopération avec les mouvements de libération reconnus par l'OUA et les pays de la ligne de front.

251. L'examen du flux international de ressources pour la stratégie régionale de la santé pour tous en l'an 2000 a conduit le Comité notamment à :

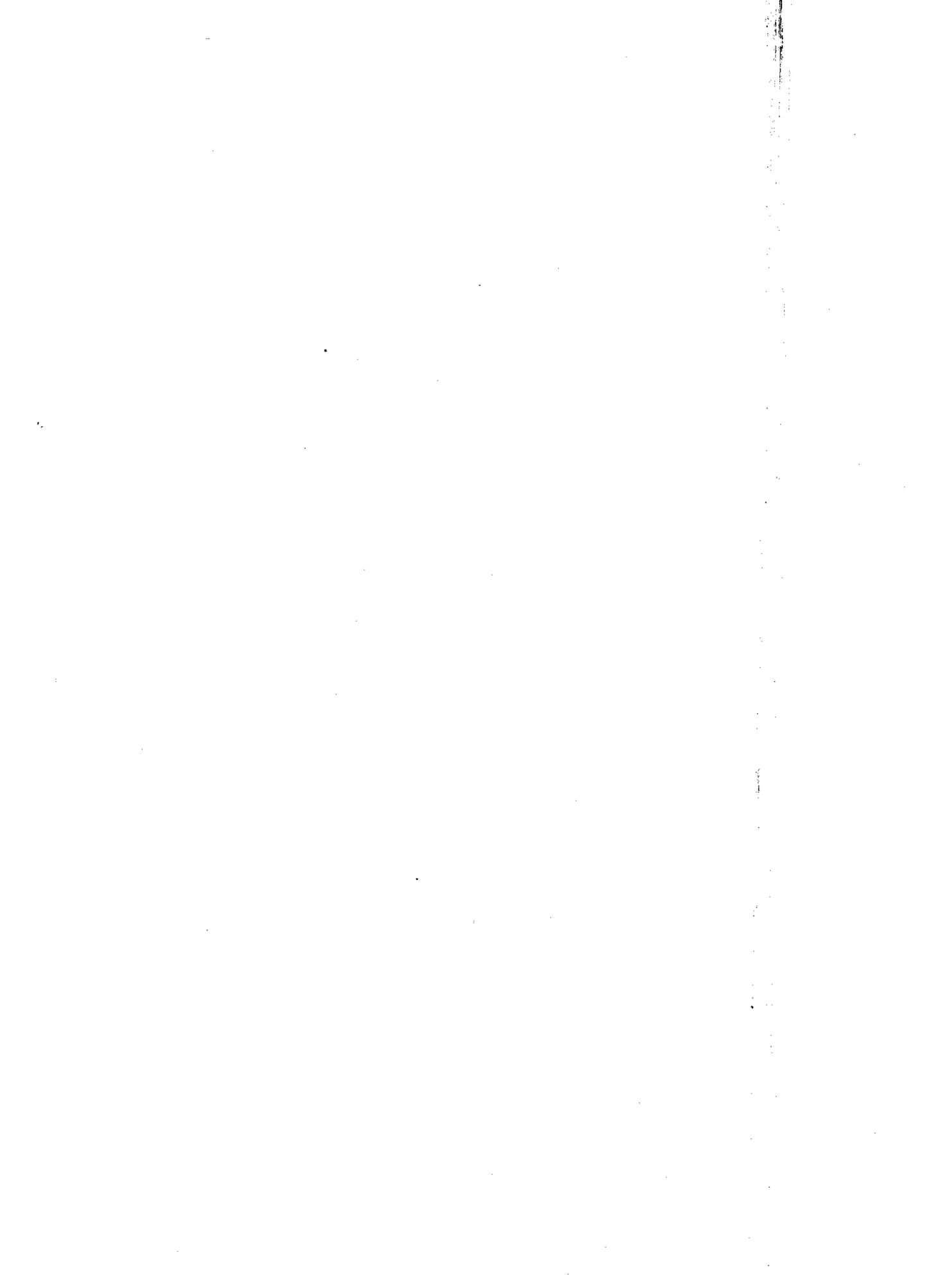
- i) demander aux Etats Membres de mettre en place les mécanismes appropriés, notamment la création de "groupes nationaux de ressources pour les SSP";
- ii) prier le Directeur régional de créer un projet interpays pour appuyer les efforts d'utilisation rationnelle et de mobilisation des ressources en faveur de la santé au niveau des pays.

Le Comité a par ailleurs désigné l'Angola et le Mali pour représenter la Région à la Réunion du HRG/2000 en décembre 1982.

252. Le Comité régional a pris note du rapport des discussions techniques qui avaient trait à la "Mobilisation des collectivités en vue du développement sanitaire : approches et contraintes".

253. Le Comité régional confirme sa décision de tenir sa trente-troisième session au Bureau régional à Brazzaville (Congo) et ses trente-quatrième et trente-cinquième sessions à Luanda (Angola) et Lusaka (Zambie). Il note l'aimable invitation de la République du Niger de tenir sa trente-septième ou trente-huitième session à Niamey (Niger).

ANNEXES



ANNEXE 1

ALLOCUTION DE MONSIEUR TELAHUN ABEBE, CHEF DU DEPARTEMENT
DES SCIENCES DE LA SANTE, MINISTERE DE LA SANTE, ADDIS ABEBA
VICE-PRESIDENT DE LA TRENTE-UNIEME SESSION DU COMITE REGIONAL

Monsieur le Président de la République du Gabon,

Monsieur le Directeur régional,

Madame le Président du Conseil exécutif,

Messieurs les Membres du Corps diplomatique,

Messieurs les Délégués,

Mesdames et Messieurs,

1. C'est pour moi un grand honneur et un grand plaisir d'accueillir à notre séance d'ouverture Son Excellence El Hadj Omar Bongo, Président de la République du Gabon, et de le remercier d'avoir bien voulu rehausser cette cérémonie par sa présence malgré ses multiples tâches et obligations.
2. Permettez-moi Monsieur le Président au nom de tous les délégués, de vous dire, à vous et par votre intermédiaire à toute la population gabonaise, combien nous apprécions l'hospitalité africaine authentique dont nous avons bénéficié depuis notre arrivée au Gabon.
3. Il est réconforant pour nous de constater les progrès qui ont été accomplis dans votre pays dans le domaine socio-économique et sanitaire dans le cadre du développement général.
4. Je puis vous assurer, Monsieur le Président, que nous sommes tous convaincus que notre séjour dans votre pays et parmi ses habitants si aimables et hospitaliers, sera très agréable, ce qui rendra certainement plus facile la lourde tâche qui nous attend.
5. Monsieur le Président, Monsieur le Directeur régional, l'année qui vient de s'écouler a été marquée par des efforts notoires en vue de maintenir notre progression vers les objectifs que nous nous sommes fixés au niveau mondial à Alma-Ata.
6. De nombreux Etats Membres ont avancé à pas de géants dans la mise en oeuvre des soins de santé primaires tandis que d'autres sont en train de recruter du personnel et de mobiliser des ressources matérielles à cette fin.

Annexe 1

7. Il ne nous reste pas beaucoup de temps pour parvenir à la fin de la décennie, en 1990. En revanche, il nous reste beaucoup à faire si nous voulons atteindre les objectifs des trois programmes prioritaires, à savoir vaccination, approvisionnement en eau potable et assainissement et lutte contre les effets de la malnutrition.

8. Au nom de toutes les délégations, je tiens à remercier le Directeur régional de la façon originale dont il a présenté le Septième Programme général de Travail et le Programme à moyen terme correspondant, combinés au projet de budget programme pour la période biennale 1984-1985. Cette innovation a été bien reçue et facilitera l'exécution du Programme.

9. Je tiens à dire combien j'ai apprécié les efforts remarquables déployés par le Sous-Comité du Programme les 13 et 14 septembre, efforts qui faciliteront les travaux des séances du Comité régional.

10. Depuis l'an dernier, de nombreux événements importants se sont produits dans la Région africaine. Les Etats Membres et le Bureau régional ont prêté un appui moral et matériel à la République populaire d'Angola dans sa lutte contre les attaques barbares de l'Afrique du Sud.

11. Les pays de la Région et le Bureau régional ont en outre fourni un appui aux Mouvements de Libération nationale reconnus par l'Organisation de l'Unité africaine. L'action dynamique du Directeur régional en vue d'atteindre cet objectif a été particulièrement appréciée.

12. Nous avons également noté avec satisfaction tout ce qui a été fait pour formuler un Plan d'Action lors de la Conférence "Apartheid et Santé" qui s'est tenue à Brazzaville. Le développement sanitaire n'atteindra jamais ses objectifs aussi longtemps que certaines parties du continent demeureront occupées par les forces d'agression et aussi longtemps que l'apartheid continuera de se manifester.

13. Pour ce qui est de la santé pour tous d'ici à l'an 2000, je tiens à mettre l'accent sur le fait que la stratégie des soins de santé primaires exige des efforts plus dynamiques de la part des Etats Membres à tous les niveaux et dans tous les secteurs. Ces efforts nous permettront d'atteindre nos objectifs. Toutes les contributions que le Directeur général et le Directeur régional peuvent apporter en débloquant des crédits extrabudgétaires à cette fin sont vivement appréciées.

Annexe 1

14. En accomplissant les dernières tâches qui m'incombent en tant que Vice-Président, je forme le voeu que ces objectifs que nous nous sommes fixés soient poursuivis avec détermination et vigueur au cours des années et décennies à venir. Je souhaite à ce Comité régional tout le succès possible dans l'accomplissement de ses fonctions.

15. Monsieur le Président, veuillez une fois de plus accepter l'expression de notre sincère gratitude de l'insigne honneur que vous nous avez fait en nous gratifiant de votre présence.

ANNEXE 2

ALLOCUTION D'OUVERTURE DU DOCTEUR COMLAN A. A. QUENUM
DIRECTEUR REGIONALOù en sont les soins de santé primaires en Afrique ?

INTRODUCTION

Monsieur le Président de la République gabonaise,

1. Veuillez croire à nos sentiments de très profonde gratitude et de déférent hommage. Nous sommes particulièrement sensibles à l'honneur que vous nous faites en réhaussant de votre auguste présence l'éclat de cette cérémonie qui est dédiée à la Santé du Gabon et à celle de l'Afrique solidaire. Dans un beau et charmant pays où se sont donnés rendez-vous la forêt, le soleil et la mer, dans une République dont le sceau est une "Maternité allaitante", c'est sous l'auspice de l'amour et de la fertilité que s'ouvre à Libreville, jeune et dynamique capitale, cette trente-deuxième session du Comité régional pour l'Afrique. Il m'est difficile de trouver les mots appropriés pour vous exprimer mes personnels sentiments de très profonde reconnaissance pour toutes les sollicitudes dont vous n'avez cessé de m'entourer depuis le jour où j'ai eu l'inestimable privilège de vous connaître et de bénéficier et de votre amitié et de votre appui sans faille. Je me sens en ce jour particulièrement heureux de voir se tenir ici au Gabon, terre d'accueil et de fraternité, une session du Comité régional pour l'Afrique. Je sais qu'en matière de santé, dans le cadre de son programme de développement socio-économique, votre pays a atteint en deux décennies des résultats appréciables grâce à vos directives éclairées. Je reste convaincu que la présente session aura un impact certain pour le progrès de l'immense tâche sanitaire déjà accomplie au moment où nous sommes préoccupés de la mise en oeuvre de la Stratégie de la Santé pour tous en l'an 2000 par la médiation des soins de santé primaires.

Madame le Président du Conseil exécutif,

Monsieur le Vice-Président de la trente-et-unième session du Comité régional,

Messieurs les Ministres, Excellences, Mesdames, Messieurs,

2. Beaucoup de septicisme accueille encore notre détermination à relever le défi de la SPT/2000. Puisque le compte à rebours pour l'an 2000 a commencé et que dès septembre 1983 le Comité régional aura à examiner le premier rapport sur la surveillance continue des progrès de mise en oeuvre des stratégies de la SPT/2000, il m'a paru approprié dès cette

Annexe 2

année de vous interpellier sur le thème : "Où en sont les SSP en Afrique ?". La SPT/2000 loin d'être un simple slogan publicitaire est en train de devenir une réalité dans la construction d'un autre avenir sanitaire pour l'Afrique.

AU-DELA DES MOTS D'ORDRE ET DES SLOGANS

3. J'ai montré en septembre 1980, à l'ouverture de la trentième session à Brazzaville, que les SSP sont bien partis dans de nombreux pays qui n'ont pas attendu d'avoir la certitude de réussir avant d'oser entreprendre.¹ Pour vous convaincre de la pertinence de notre choix, je me suis référé aux réalisations concrètes que j'ai pu observer par moi-même dans maints pays de la Région.

4. L'année dernière à Accra, j'ai essayé, à partir d'une analyse critique de la situation paradoxale de notre réalité socio-économique, d'esquisser les grandes lignes d'un autre développement sanitaire pour l'Afrique de l'an 2000. Ce nouveau paradigme doit veiller à transformer les pseudo-systèmes existants en de véritables systèmes nationaux de santé faits de structures cohérentes fondées sur les soins de santé primaires et visant à répondre aux besoins de tous.²

5. Le moment est donc venu de nous demander "Où en sommes-nous ?". Je suis heureux de vous répondre qu'en Afrique nous avons dépassé le stade des idées et des propositions, des objectifs et des slogans, qu'il s'agisse des besoins essentiels, du développement autocentré ou de l'autonomie collective. Est-ce à dire que tout va pour le mieux dans le meilleur des mondes ? Certainement non. Nos contraintes sont encore nombreuses et complexes, qu'elles soient politiques, sociales, économiques, gestionnaires et techniques. Prenons à titre d'illustration deux composantes du processus d'évaluation : la pertinence et l'état d'avancement ou progrès.

¹ C. A. A. Quenum - "Santé pour tous en l'an 2000, utopie ou réalité ?", 1980, OMS AFRO Edit., Brazzaville.

² C. A. A. Quenum - "Quel développement sanitaire pour l'Afrique ?", 1981, OMS AFRO Edit., Brazzaville.

Annexe 2

QU'EN EST-IL DE LA PERTINENCE DE LA STRATEGIE REGIONALE DE LA SANTE POUR TOUS ?

6. Permettez-moi de rappeler que la pertinence est la caractéristique qui indique la mesure dans laquelle les politiques, les programmes et les activités répondent tant aux besoins humains essentiels qu'aux priorités socio-sanitaires des collectivités concernées.
7. Depuis 1975, les résolutions du Comité n'ont cessé de refléter les incidences régionales des nouvelles politiques sanitaires mondiales axées sur la stratégie de la santé pour tous en l'an 2000. Je vous invite à une relecture des "Réponses africaines à la philosophie mondiale d'action pour la santé".¹ La vingt-neuvième session du Comité constate à Maputo que la plupart des Etats Membres ont déjà adopté l'approche des soins de santé primaires pour l'élaboration de leurs stratégies nationales de développement sanitaire. Elle approuve la Charte sanitaire africaine pour les décennies 1980-2000 comme fondement politique des stratégies nationales et régionale. Tous les Etats Membres de cette Région ont ratifié cette Charte, ce qui est un bon indicateur de leur volonté politique à mettre en oeuvre les soins de santé primaires. La stratégie régionale pour atteindre l'objectif social de la Santé pour tous en l'an 2000 a été approuvée par la trentième session en 1980. Partout et dans tous les pays, les communautés sont au travail pour faire des SSP une réalité tangible. Les contraintes restent certes nombreuses.
8. Des doutes et des ambiguïtés persistent quant au contenu de la définition même des soins de santé primaires. Pourtant le rapport de la Conférence d'Alma-Ata indique clairement qu'ils représentent des soins essentiels, universellement accessibles à tous, fournis grâce à des techniques scientifiquement acceptables à tous les membres d'une communauté et avec la pleine participation de ceux-ci. Loin d'être des soins au rabais, ils sont au contraire des soins complets et adéquats fournis au point d'entrée du système sanitaire national. Ils comportent des actions promotionnelles, préventives, curatives et réadaptatives. Nous n'avons cessé de répéter que les SSP n'ont aucune signification s'ils ne sont pas soutenus par les prestations des soins fournis aux niveaux secondaire et tertiaire de la pyramide sanitaire nationale. Pour certains, les SSP ne sont que le nouveau label des services de santé de base. Ceux-ci diffèrent de ceux-là par le fait que leur approche monosectorielle et sanitaire est unidisciplinaire. Elle ne met l'accent ni sur la dimension sociale du

¹ Cahiers techniques AFRO, 18, 1981, pp. 7-14.

Annexe 2

développement sanitaire, ni sur la participation communautaire. Les soins de santé primaires comme réponses aux besoins fondamentaux de tout être humain constituent des droits inaliénables. Ils sont essentiels à la réalisation totale et à l'incorporation active de l'individu dans sa société et sa culture. Ces besoins sont fondamentaux par ce que la non-satisfaction de chacun d'eux rend impossibles la libération et la participation digne et active des acteurs sociaux à l'univers humain. Ils sont considérés par ailleurs comme invariables parce qu'ils existent chez tous les êtres humains indépendamment de leur appartenance à une culture déterminée, de leur origine, de leur race et de leur sexe. Le concept d'invariabilité a trait au besoin lui-même et non à la manière de le satisfaire, laquelle s'est modifiée au cours de l'histoire en fonction des modèles de culture, des ressources disponibles, de l'organisation politique et sociale. Au cours de mes visites dans maints pays africains, la question du modèle à suivre m'a souvent été posée. Ma réponse a toujours été invariablement qu'un tel modèle n'existe pas. Il faut plutôt se fonder sur des paradigmes susceptibles de montrer la voie aux solutions alternatives. Il n'existe pas une filière exclusive. Il appartient à chaque pays d'adopter son propre modèle en apprenant par l'action et la réflexion. Nous croyons en la capacité des sociétés africaines à identifier leurs problèmes et à créer leurs propres solutions originales, même si elles profitent des expériences des autres. De la sorte la mise en oeuvre des SSP devient une action d'éco-développement. C'est parce que nous avons foi en la capacité créatrice des peuples africains que nous avons osé prendre au niveau de cette Région les énergiques mesures appropriées pour soutenir les efforts louables des collectivités.

9. L'étude des structures de l'OMS eu égard à ses fonctions a permis de réorienter et de renforcer les processus et mécanismes de gestion du Bureau régional pour l'Afrique. Ces réaménagements et restructurations visent essentiellement à assurer une meilleure coopération technique et économique entre l'Organisation et ses Etats Membres, ainsi qu'entre ceux-ci. Des mécanismes appropriés ont été mis en place pour renforcer la coopération technique entre pays en développement (CTPD), pour mobiliser les expertises nationales grâce aux groupes consultatifs régionaux ainsi qu'aux comités d'experts multisectoriels et pluridisciplinaires. Des activités de formation en gestion sanitaire sont en cours à travers le réseau de centres nationaux et régionaux pour le développement sanitaire. Il est regrettable de constater que les personnels formés aux techniques de gestion n'utilisent pas de retour dans leurs pays

Annexe 2

respectifs, leurs compétences pour promouvoir et développer les SSP. Nous avons le ferme espoir que les indispensables mesures correctrices seront prises par les Etats Membres afin de permettre aux progrès de mise en oeuvre des stratégies de se poursuivre.

QU'EN EST-IL DES PROGRES REALISES ?

10. L'état d'avancement ou progrès peut être déterminé par la comparaison entre les activités effectives et celles escomptées. Il s'agit de s'assurer que les opérations se déroulent selon les prévisions et le calendrier établi. Ici, les indicateurs sociaux sont de précieux outils d'évaluation. Je vous ai déjà adressé par ailleurs le canevas et format communs pour la surveillance continue des progrès de mise en oeuvre des stratégies de la SPT/2000.¹

11. La première problématique que nous voulons aborder ici et maintenant est celle de la participation communautaire. Dans beaucoup de pays, celle-ci consiste à laisser à la seule charge des collectivités l'essentiel de l'effort à accomplir pour la bonne marche des SSP. Participer, c'est non seulement prendre sa part des avantages communs, mais c'est aussi prendre sa part de responsabilités et de charges dans la création de ces avantages. Qu'en est-il bien souvent des ressources supplémentaires à mettre à la disposition des collectivités les plus mal desservies ? Dans bien des pays, l'une des faiblesses des SSP à l'heure actuelle est le manque de soutien des niveaux secondaires et tertiaires. Que de ministères de la santé jouent faiblement le rôle directeur et coordonnateur qui est le leur en matière de surveillance continue dans la mise en oeuvre des SSP ? C'est ici qu'il convient de souligner les pièges de la participation. Nous pouvons distinguer trois niveaux de participation suivant le poids des citoyens dans la décision finale. La pseudo-participation ne saurait être confondue ni avec la participation symbolique ni avec la participation effective des collectivités. Il y a absence de participation lorsqu'on s'intéresse aux préoccupations des communautés afin d'obtenir leur soutien. C'est cette pseudo-participation qui amène le peuple à nier ou à douter de ses capacités et potentialités lorsqu'on lui demande de "compter sur ses propres forces". C'est le niveau de la mascarade qui conduit à coup sûr à l'échec. Le niveau du rite symbolique conduit à discuter avec les collectivités sans jamais réellement

¹ Document DGO/82.1.

Annexe 2

négocier avec elles en tenant compte des besoins exprimés. L'information et la consultation ne suffisent pas à susciter une participation effective qui implique association, délégation de pouvoir et contrôle direct. L'obstacle majeur au partage et à la redistribution du pouvoir est d'abord le partage du savoir. C'est à ce titre que le concept d'alphabétisation sanitaire me paraît être un des plus heureux. Pour que les SSP nous permettent en Afrique d'atteindre l'objectif de la SPT/2000, il faut passer de la participation rituelle à la participation effective en restituant le pouvoir aux collectivités par la médiation de l'éducation et de l'apprentissage. La mise en oeuvre des SSP implique un changement radical dans la conception, la planification, l'exécution, l'évaluation et la surveillance continue des actions de santé. L'adhésion à ce changement passe par l'information, la consultation, la concertation et la participation. A cet égard, les gouvernements doivent redoubler d'effort. Votre Bureau régional tient à votre disposition des ressources appropriées pour faire un meilleur usage des mass media et leurs utilisateurs. "On n'impose pas le changement par décret". Le défi qui nous est lancé à travers les SSP est un processus à long terme auquel il faut associer le plus grand nombre possible de partenaires sociaux. La participation ne règlera pas tous les problèmes : elle n'est qu'une des conditions nécessaires à la compréhension par le corps social des alternatives, des conséquences prévisibles, des enjeux immédiats et lointains de la SPT/2000.

12. La technologie appropriée pour la santé est aussi l'un de ces enjeux. Je ne partage pas l'avis de ceux qui comme Emmanuel Arghiri pensent qu'une technologie appropriée pour les pays pauvres ne peut être qu'une "pauvre technologie ..., une technologie anti-développement". La technologie est un processus social parmi d'autres. Il n'y a pas d'un côté la technique et de l'autre le social, comme deux mondes ou deux processus hétérogènes. Une société ne se définit pas moins par les technologies qu'elle est capable de créer que par celles qu'elle choisit d'utiliser et de développer de préférence à d'autres. Nous ne devons donc pas hésiter à utiliser aux niveaux opérationnels requis les technologies sanitaires qui paraissent les mieux indiquées pour la résolution des problèmes locaux. La dichotomie technologies sophistiquées et technologies appropriées me paraît sans objet dès lors que dans le cadre d'un système cohérent de services de santé les niveaux primaires, secondaires et tertiaires s'appuient les uns et les autres.

Annexe 2

13. Ceux qui sont encore sceptiques sur le succès des SSP dans l'atteinte de l'objectif social de la SPT/2000 pensent que la contrainte la plus sérieuse viendrait du manque de ressources. Qu'il me suffise de rappeler que 125 milliards de dollars des Etats-Unis répartis sur 10 ans, soit à peu près la moitié des dépenses mondiales en armements en une seule année permettrait de mettre en oeuvre efficacement une stratégie de lutte contre l'extrême pauvreté, dont les SSP. Vingt-cinq millions de tonnes de céréales assureraient à quelques quatre cent soixante (460) millions de personnes sous-alimentées un apport énergétique de 2000 calories par jour. Cette estimation ne représente pas plus de 2 pour cent de la production mondiale en céréales. A l'évidence, ce ne sont pas les ressources nécessaires qui font défaut. Ce qui manque c'est une conception fondamentalement nouvelle du développement sanitaire tant au niveau des pays qu'à l'échelon international. Les ressources disponibles doivent aller en priorité aux populations les plus mal desservies des zones rurales et péri-urbaines. L'allocation prioritaire des ressources budgétaires aux SSP est un acte de volonté politique qui repose sur un consensus national visant à améliorer la santé de tous. L'expérience de certains pays montre que la combinaison d'une forte volonté politique au sommet avec une large participation des populations à la base peut être un puissant stimulant à la réorientation et à la restructuration du système national de santé fondé sur les SSP. Au niveau régional et pour le biennium 1984-1985 l'accroissement des allocations au titre du budget régulier destinées à l'organisation des systèmes de santé fondés sur les SSP est d'environ 3,6 pour cent par rapport au biennium 1982-1983.

14. Les allocations appropriées de ressources ne suffiraient pas à atteindre les objectifs définis si l'incoordination continue de régner à l'intérieur du secteur sanitaire ainsi qu'entre celui-ci et les autres secteurs du développement socio-économique. En dépit des difficultés qu'il y a à coordonner et à intégrer les actions de développement, les gouvernements doivent redoubler d'effort si nous voulons que les SSP répondent à nos attentes. Il ne suffit pas de créer des conseils plurisectoriels nationaux de la santé, des comités interministériels pour la santé, de conclure des accords entre les ministères de la santé et ceux de l'agriculture, des travaux publics, de l'éducation ou de la protection de l'environnement. Encore faudrait-il que l'action de coordination serve réellement à stimuler le développement des SSP. Nombreux sont encore les pays où maints projets de développement socio-économique ne comportent aucun volet sanitaire.

Annexe 2

15. Si l'on en vient maintenant à examiner quelques-unes des huit composantes essentielles qui constituent le contenu minimum des SSP, on constate une grande variation des résultats d'un pays à l'autre.
16. Les relations entre alimentation, agriculture, énergie et politique viennent souligner une fois de plus la nécessité d'une approche multisectorielle de la problématique sanitaire. L'alimentation d'une population africaine croissante implique un développement accéléré de la production agricole qui a besoin d'énergie.
17. Pendant de longues années les autorités politiques n'ont jamais pu appréhender à sa juste valeur les étroites corrélations entre la santé et les moyens de communication. J'ai aujourd'hui la ferme conviction que la construction du transgabonais aura un impact certain sur la santé des collectivités de ce pays, notamment sur la promotion et le développement des SSP. Si nous insistons tant sur l'approche multisectorielle en dépit des nombreuses contraintes, c'est parce que l'expérience nous a montré que la réussite est au prix de la capacité des services gouvernementaux à mobiliser et à coordonner les ressources des divers secteurs du développement socio-économique.
18. Les gouvernements doivent redoubler d'efforts si nous voulons atteindre les objectifs de l'horizon 1990 en matière d'assainissement et d'approvisionnement en eau potable. Seuls quatre pays à notre connaissance ont formulé pour l'instant des plans d'action nationaux pour la Décennie de l'eau potable et de l'assainissement bien que tous ont en cours diverses activités de salubrité de l'environnement.
19. La fourniture en médicaments essentiels reste un des points faibles de la mise en oeuvre du programme des SSP. Les collectivités semblent abandonnées à leur triste sort. L'irrégularité dans l'approvisionnement et la distribution aux institutions de soins des médicaments essentiels font des SSP des prestations de services au rabais. Nombreux sont les pays qui n'ont pas encore établi leurs listes nationales de médicaments essentiels en utilisant la dénomination commune internationale (DCI). La résistance des médecins et autres personnels de santé à l'élaboration d'une telle liste nous impose une fois de plus de revoir les programmes de formation des différents membres de l'équipe de santé. Nous examinerons plus tard ce que devraient être les agents du développement sanitaire pour l'an 2000.

Annexe 2

A LA RECHERCHE D'UN NOUVEL ORDRE SANITAIRE

20. Parce que nous avons foi en l'avenir de l'humanité, nous avons accepté de relever le défi de la SPT/2000. Si j'ai choisi cette année de traiter du thème "Où en sont les SSP en Afrique", j'ai voulu donner le coup d'envoi pour la discussion des rapports d'évaluation et de surveillance continue qui commencera dès septembre 1983. L'étude de la pertinence et du progrès de mise en oeuvre des stratégies de la SPT/2000 nous permettra de démontrer à coup sûr que l'approche des SSP, loin d'être une utopie, est bien devenue une composante de la réalité africaine. Nous aurons ainsi montré par notre engagement et notre détermination qu'il était possible de réorganiser les systèmes nationaux de santé sur les SSP. La recherche d'un nouvel ordre sanitaire dans le cadre de l'instauration d'un nouvel ordre mondial nous aura une fois de plus convaincu que c'est bien dans l'organisation que s'exprime le génie des peuples et que s'épanouit leur culture. Le sens de notre combat d'instauration de la SPT/2000 trouve son fondement dans la tragique opposition entre les aspirations des plus pauvres et l'égoïsme des plus riches. Encore une fois il a pour nom la justice sociale en matière de santé. Nous savons que vous vous refusez à vous accommoder de la misère et de la mauvaise santé comme phénomènes inévitables. Vous savez aussi que le progrès en matière de santé peut venir d'une minorité agissante, si petite soit-elle parce qu'elle aura refusé d'accepter la fatalité des phénomènes considérés comme inévitables. Les SSP ne font pas partie de ces remèdes miraculeux qui rendraient le bien-être physique, mental et social à notre monde malade. Ils ne constituent point un levier d'Archimède qui redresserait d'un coup la santé des peuples. La SPT/2000 n'est pas une doctrine de la "rédemption" sociale. Notre programme d'action est aussi divers que souple. Il devra s'adapter à l'environnement de chacun et de tous. Il appartient à chacun et à tous d'utiliser au mieux les guides conceptuels d'action qui ont été mis à notre disposition depuis 1978. Avec un minimum de réflexion et de bonne volonté il nous sera possible d'instaurer un nouvel ordre sanitaire grâce à la mise en oeuvre des SSP. Au lieu de continuer à bâtir par le haut la pyramide socio-sanitaire, je vous convie une fois de plus à la remodeler en commençant par la base où se trouvent les "laisser-pour-compte" de la santé.

21. Pour avoir écouté mon humble message, je vous dis merci.

ALLOCUTION DE SON EXCELLENCE EL HADJ OMAR BONGO
PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE GABONAISE

Monsieur le Président de la trente et unième session du Comité régional,

Monsieur le Directeur régional,

Messieurs les Délégués,

Excellences, Messieurs les Membres du Corps diplomatique,

Messieurs les Représentants des Organisations internationales et

des Mouvements de Libération,

Mesdames et Messieurs,

1. C'est avec joie et fierté que le Gabon et son peuple accueillent aujourd'hui, par ma voix, ce grand forum de la santé publique que constitue la trente-deuxième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique.

2. A tous les participants à quelque titre que ce soit, mon pays, terre d'accueil et d'amitié, terre des hommes, ouvre son coeur et ses bras pour la plus chaleureuse des bienvenues.

3. Mais un hommage particulier doit être adressé au Secrétariat de l'Organisation et, en tout premier lieu, à son Directeur général, le Docteur Halfdan Mahler, pour les efforts courageux, lucides et persévérants qu'il entreprend depuis plusieurs années en vue de promouvoir et de réhabiliter la santé sur le plan mondial.

4. Nos vives félicitations vont ensuite au Docteur Comlan Quenum, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, dont l'action inlassable en faveur de la santé fait de notre Organisation un instrument efficace de combat des peuples africains, pour l'amélioration de leurs conditions de vie.

5. Nous sommes également très honorés de compter parmi nos illustres invités le Président de la Trente-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, le Ministre Mamadou Diop du Sénégal et le Président du Conseil exécutif, Madame Mauren Law du Canada, tous deux représentant les plus hautes instances délibérantes de notre Organisation.

Honorables délégués des Etats Membres,

6. Depuis quelques années le monde traverse une période de crise générale qui destabilise tous les mécanismes de production. La santé, partie intégrante du système global de développement socio-économique et, à mes yeux, son facteur essentiel, n'a pas échappé à cette crise.

Annexe 3

7. Le bilan de la situation sanitaire mondiale reste modeste et suscite une grave inquiétude, la même inquiétude que nous ressentons pour la croissance de nos pays et le déroulement harmonieux de leur développement.
 8. Il est donc nécessaire que le secteur sanitaire soit intégré de façon complète et harmonieuse au processus de développement général, tant au niveau national qu'international.
 9. De la sorte, il apparaît que l'homme doit demeurer au centre de tout processus de développement et que là où il a été négligé, des changements parfois brutaux s'avèrent nécessaires.
 10. Dans ce combat contre l'ignorance, la misère et la maladie, je suis rassuré de constater que notre Organisation, en faisant constamment preuve d'imagination et d'engagement dans l'action, se trouve être porteuse des espérances des millions d'africains, en lançant à la face du monde ce défi: "Santé pour tous d'ici à l'an 2000", expression d'une ferme détermination de faire accéder, à ce terme, tous les habitants de notre planète à un niveau de santé qui leur permettra de participer activement à un développement économique et social.
 11. Les soins de santé primaires, considérés comme une stratégie pour l'instauration de la santé pour tous en l'an 2000, constituent essentiellement une action sous-tendue par une démarche communautaire.
 12. C'est une approche qui rassemble au niveau de la collectivité tous les éléments propres à influencer sur l'état de santé des populations.
 13. Une telle approche ne peut être réalisable que si elle fait partie d'un système au sein duquel les efforts de l'Etat et des populations sont harmonieusement complémentaires.
 14. La participation communautaire est donc au coeur des soins de santé primaires.
 15. Aussi, le choix du thème de vos discussions techniques, centré sur "la mobilisation des collectivités en vue du développement sanitaire: approches et contraintes", me paraît-il judicieux. Nous sommes, par conséquent, fondés d'attendre beaucoup de vos délibérations.
- Monsieur le Président,
Honorables Délégués,
16. La trente-deuxième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique se tient à un moment décisif.

Annexe 3

17. En effet, notre Organisation a su se doter à la fois d'une philosophie, d'un cadre juridique et d'une méthodologie gestionnaire. Leur agencement qui incombe pour notre Région au Docteur Comlan Quenum, Directeur régional, constitue pour nous la garantie nécessaire à la réalisation de cet objectif que nous appelons de tous nos vœux.
18. Ainsi, moins de vingt ans nous séparent à présent de l'an 2000, terme de l'objectif social que les Etats Membres se sont fixés pour faire accéder toutes les populations du monde au mieux-être et à une vie humainement, socialement et économiquement productive.
19. Dans notre Région africaine, où la plupart des pays sont en construction pour n'avoir qu'une vingtaine d'années d'existence depuis leur accession à la souveraineté, la tâche est certainement des plus ardues pour atteindre un niveau de développement acceptable.
20. Les progrès enregistrés ici et là sont à considérer comme de véritables exploits tant les problèmes à résoudre sont multiples et les moyens disponibles souvent très modestes.
21. Le tour de force des pays en développement trouve un motif d'espérance et de détermination vis-à-vis de la promotion de la santé dans le nouveau système de prestations des services et soins de santé primaires accessibles à tous et à moindre coût.
22. Dans le même ordre d'idées, la coopération technique entre pays en développement d'une part, entre l'OMS (soutenue par les autres institutions spécialisées des Nations Unies) et les Etats Membres d'autre part, constitue à nos yeux l'instrument idéal dans l'instauration de la santé pour tous à l'horizon 2000 - et dans la mise en oeuvre d'un nouvel ordre économique international. Le Gabon, dans ce cadre de coopération régionale et internationale, est résolument engagé dans cette voie qui doit mener à l'autoresponsabilité et à l'autosuffisance régionale et nationale.
23. Ainsi depuis une quinzaine d'années, le Gabon a adopté une politique globale de développement mettant l'accent sur la prévention des maladies endémiques, la réalisation des infrastructures sanitaires, la dotation en équipements techniques essentiels, la formation et la recherche ainsi que la résorption des principales causes d'insalubrité.
24. Pour répondre à cette politique d'autosuffisance régionale en matière médico-sanitaire, le Gabon est en mesure d'offrir, à présent, un certain nombre de structures de recherche et de formation ainsi que des unités modernes de diagnostic et de thérapeutique. L'on peut donc trouver :

Annexe 3

- à Franceville : le CIRMF, Centre internationale de Recherche médicale de Franceville, orienté plus particulièrement vers les problèmes de la fécondité humaine, ce centre permettra d'aider à résoudre certains aspects du sous-peuplement caractéristique dans la Région; il est bien entendu qu'il reste ouvert à tous les chercheurs de la Région africaine dans le cadre de la CTPD, comme ceux des autres continents;
- à Libreville : l'IPHAMETRA, Institut de Pharmacopée et de Médecine traditionnelle, devra naturellement répondre aux préoccupations de la Région dans le domaine de la recherche sur les plantes médicinales et de leur utilisation en médecine communautaire notamment le CUSS d'Owendo à Libreville, qui abrite notamment un service de médecine tropicale axé sur la parasitologie dont les activités sont des plus prometteuses pour la Région.

25. Il convient en outre de signaler les réalisations effectuées dans le domaine des infrastructures et des équipements sanitaires.

26. Tout en renforçant et en améliorant celles existantes, le pays se dote de nouvelles unités de diagnostic et de traitement équipées de façon ultramoderne et tenues par des personnels de haute qualification technique.

27. Ces formations hospitalo-sanitaires appartenant aussi bien aux secteurs tant public, para-public que privé, sont les éléments de base d'une autosuffisance en la matière.

28. Elles nous ont déjà permis de réduire, dans une large mesure, le nombre des évacuations sanitaires en dehors de la Région et amorcent une nette orientation vers l'autosuffisance nationale en même temps qu'elles ouvrent de nouvelles perspectives d'une coopération technique dans la Région.

29. Parallèlement à cet effort général d'amélioration et de modernisation dans la réalisation des infrastructures sanitaires nationales, le développement de la formation des personnels de santé à tous les niveaux opérationnels connaît également de nouvelles orientations.

30. Le Gabon, en l'espace de deux décennies, peut se féliciter d'avoir accompli des progrès remarquables dans la réalisation d'un système national de santé se fondant sur les soins de santé primaires que nous considérons comme le maître moyen d'assurer la justice sociale.

31. Nous distribuons ainsi à tous des soins de santé de base, donnant la priorité aux actions d'assainissement du milieu et à la prévention des maladies évitables.

Annexe 3

Monsieur le Président,

Mesdames et Messieurs,

32. Grâce aux plans d'action élaborés pour la mise en oeuvre des différentes politiques sanitaires régionale et nationale, grâce aussi à la volonté politique nettement dégagée dans notre Région, grâce enfin à l'adhésion de toutes nos populations à la nouvelle politique orientée plus spécialement vers les couches les plus défavorisées, je suis persuadé que nous réussirons à grouper toutes les volontés et réunir les aides extérieures.

33. Je suis persuadé que la communauté internationale comprendra qu'elle a tout à gagner à apporter sa contribution dans ces programmes sanitaires et sociaux dont la portée humanitaire, à terme, fera de ce siècle, le siècle de la solidarité entre les hommes et de la justice sociale retrouvée.

34. Mon pays et moi-même qui plaçons dans l'accomplissement de notre grand dessein de développement l'homme gabonais, son mieux-être et son épanouissement comme finalité suprême, ne pouvons être qu'en communion parfaite avec de telles perspectives.

35. Je souhaite donc plein succès à vos travaux et je déclare ouverte la trente-deuxième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

ANNEXE 4

ALLOCUTION DU DR H. MAHLER
DIRECTEUR GENERAL DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTEDix-huit années pour parvenir à la santé pour tous

Monsieur le Président, Excellences, Honorables représentants,

Mesdames et Messieurs, Chers collègues et amis,

1. Moins de dix-huit années nous séparent de l'échéance que nous nous sommes fixée pour l'instauration de la santé pour tous ! Oui, le compte à rebours vers la santé pour tous a commencé, et quand la dernière Assemblée mondiale de la Santé a adopté le Plan d'action pour la mise en oeuvre de la Stratégie de la santé pour tous, elle a bouclé le cycle de la planification et nous a tous investis de l'immense responsabilité de veiller à ce que ce plan soit exécuté avec une inébranlable détermination.
2. Le fait que je m'adresse à vous aujourd'hui dans votre continent me rapproche des réalités auxquelles vous êtes chaque jour confrontés. Les plus sombres de ces réalités tiennent selon moi à la tension du climat politique international et à la récession économique mondiale. Mais je ne me lasserai jamais de répéter que c'est précisément en de telles circonstances, où le politique tend à reléguer le sanitaire à l'arrière-plan, que précisément dans de semblables circonstances que notre Stratégie acquiert une importance sans précédent. Lorsque les perspectives économiques sont roses, le sens commun règne en maître et nul ne songe à contester le raisonnement selon lequel plus on mettra en oeuvre une technologie sanitaire sophistiquée, plus on améliorera les conditions sanitaires. Mais, comme l'a fait observer Einstein : "Le sens commun est une couche de préjugés déposés dans l'esprit avant l'âge de 18 ans" !
3. Notre Stratégie se situe résolument hors du sens commun, et il faut un courage hors du commun pour s'en faire l'avocat. Nous n'avons de toute façon pas d'autre choix, particulièrement face aux réalités économiques de l'heure. Nous ne pouvons nous permettre d'attendre que même les plus optimistes des tenants de l'orthodoxie médicale comprennent que si les ressources restent constantes et la technologie sans cesse plus coûteuse, on atteindra vite un point de rupture au-delà duquel le nombre de gens ayant accès aux soins deviendra encore moindre. Qu'on m'entende bien : je n'ai nullement maille à partir avec la profession médicale comme telle. Après tout, j'appartiens moi-même à la confrérie. Cela dit, je suis peiné de voir que dans l'ensemble, la profession n'a pas saisi combien la situation sanitaire mondiale est grave malgré les efforts héroïques déployés

Annexe 4

par beaucoup de médecins et n'a pas réalisé combien peu adaptée est la façon dont la société, quel que soit son stade de développement social et économique, a réagi à cette situation. Je ne puis que conjurer une fois de plus mes confrères médecins d'assumer leur rôle dirigeant dans le domaine de la santé avant qu'ils n'en soient irrévocablement dessaisis.

4. La seule façon d'éviter le point de rupture que je viens d'évoquer est de suivre la voie que nous avons tracée. Qu'au plan conceptuel les progrès aient été remarquablement rapides, cela saute aux yeux quand on songe que le travail théorique n'a commencé qu'il n'y a qu'un très petit nombre d'années. Mais, pour ce qui est de passer de la théorie à la pratique, même si des progrès ont incontestablement été réalisés, ils demanderont à être considérablement accélérés si nous voulons atteindre notre but. Je le répète, nous disposons de moins de 18 années pour y parvenir.

5. Je fais évidemment référence aux progrès qui s'accomplissent dans les pays. N'attendez pas le salut d'actions supranationales émanant de l'OMS ou de quelque autre organisme international que ce soit. Le salut ne peut venir que des efforts nationaux. Sans doute l'OMS a-t-elle puissamment concouru à ce que les Etats Membres définissent ensemble au bon moment des concepts et des politiques sanitaires socialement pertinents. C'était même le moment ou jamais car, comme un délégué précisément originaire de cette Région l'a déclaré il y a quelques années à l'Assemblée de la Santé, "la revendication de la santé pour tous a frappé comme un coup de tonnerre les nerfs à vif de ces grands malades qu'étaient les systèmes de santé de tous les pays du monde". En disant que nous avons réussi à définir des politiques de santé pertinentes, je songe non seulement aux concepts de la santé pour tous fondés sur les soins de santé primaires, mais aussi à la méthodologie gestionnaire d'élaboration et d'application de stratégies nationales à cette fin; je pense aussi au vaste transfert de ressources (plus de 40 millions de dollars par an) qui s'opère par le canal de l'OMS du niveau mondial au niveau des pays pour y renforcer la coopération technique; je songe enfin aux changements qui ont été apportés aux structures de l'OMS et qui ont fait d'elle un parangon de démocratie à l'échelle tant nationale qu'internationale.

6. Votre Directeur régional, mon cher collègue et ami le Dr Quenum vous donnera son appréciation de l'état actuel des soins de santé primaires en Afrique. Dans quelle mesure l'OMS a-t-elle pu vous aider à atteindre cet état ? L'Organisation a indéniablement fourni quelque appui opérationnel aux pays pour la mise en oeuvre des politiques internationalement agréées de soins primaires que j'ai mentionnées il y a un instant. Mais soyons francs.

Annexe 4

Ni l'OMS, ni les Etats Membres ne se sont véritablement affranchis de la mentalité "assistance technique". Certes, il y a quelques édifiants exemples de coopération authentique au niveau des pays mais ce sont beaucoup trop encore des exceptions plutôt que la règle. En dehors de ces louables exceptions, nous n'avons pas encore accompli le grand bond en avant indispensable pour instaurer une véritable coopération technique, à savoir des activités qui, focalisées sur le noyau dur des besoins de développement sanitaire des pays, visent à la fois à définir clairement des stratégies nationales de la santé pour tous et à les appliquer avec vigueur, laissant toujours un acquis permanent dans leur sillage. Il pourra s'agir d'une sensibilisation permanente de la population aux façons d'affronter ses problèmes de santé, de mécanismes permanents dans le secteur santé ou dans d'autres corrélatifs destinés à l'y aider, de corps permanents de personnels de santé à la fois motivés et compétents, que sais-je encore ? Les pays continuent d'être le théâtre de beaucoup trop d'activités conjointes qui reflètent les fougades de décideurs nationaux ou de hauts fonctionnaires du Secrétariat et qui ne laissent rien ou presque rien derrière elles.

7. Pourquoi en est-il ainsi ? Je pense que cette situation est en partie imputable à une certaine inertie de la part de l'OMS. Curieusement, malgré cette inertie relative il est constamment reproché à certains d'entre nous d'avoir voulu introduire trop de changements trop vite. Mais s'il subsiste une certaine inertie opérationnelle dans quelques secteurs de l'OMS qui continuent de suivre les errements de la dernière décennie, c'est sans nul doute également le cas dans les Etats Membres. Non pas à l'échelon des instances dirigeantes, qui adhèrent totalement à la politique et de cette stratégie de la santé pour tous. C'est dans l'application de cette politique et de cette stratégie dans les pays que les efforts devront être considérablement intensifiés.

8. Vous allez examiner cette année les propositions de Budget Programme pour 1984-1985, première biennale de la période couverte par le Septième Programme général de Travail. Je vous adjure d'avoir à l'esprit les principes fondamentaux de ce programme seulement quand vous examinerez votre Budget-Programme au niveau de votre Comité régional, mais, c'est encore beaucoup plus important, lorsque vous déterminerez les uns et les autres dans vos propres pays la meilleure façon d'utiliser les ressources de l'OMS. Il y a tout d'abord la question de la fixation de priorités. Le fait qu'un programme soit nommé mentionné dans le Septième Programme général de Travail ne signifie pas qu'il constitue automatiquement une priorité pour vous. C'est à vous qu'il appartient de décider s'il y a parmi ces programmes des activités dont vous avez besoin pour développer votre système de santé et, dans l'affirmative, lesquelles.

Annexe 4

9. Et, ce faisant, de grâce ne perdez pas de vue les autres principes du Septième Programme général de Travail : d'une part la nécessité primordiale d'édifier solidement l'infrastructure sanitaire en prenant appui sur les soins de santé primaires, sur la population, sur les équipes de santé; d'autre part la nécessité corollaire de veiller à ce que les instances d'orientation/recours appuient plutôt qu'elles ne supplantent les soins de santé primaires et de faire en sorte que les patients se considèrent comme parties prenantes aux soins de santé primaires plutôt qu'ils ne les court-circuitent en s'adressant directement aux services d'orientation/recours. Ayez toujours à coeur aussi d'utiliser une technologie qui soit réellement appropriée à vos besoins et aux capacités de votre infrastructure sanitaire. Et, dans tout cela, rappelez-vous constamment combien il est capital de garantir la cohérence et la continuité des soins à travers tout le système de santé. Cela suppose un haut degré de compatibilité des soins et d'équité dans la répartition des équipements aux différents niveaux de l'infrastructure. C'est absolument essentiel pour inciter les gens à recourir aux services de soins de santé primaires et les dissuader de s'adresser directement aux hôpitaux. Et puis il y a la touche personnelle qui, d'une importance capitale à tous les niveaux, l'est tout spécialement en soins de santé primaires. C'est à construire comme je viens de l'esquisser votre système de santé que vous devriez employer les ressources de l'OMS. Ne laissez personne vous imposer d'autres façons de procéder.

10. Une question particulièrement épineuse dans cette Région, celle des médicaments essentiels, me servira à illustrer ce que je veux dire lorsque j'évoque la nécessité d'utiliser correctement le Septième Programme général de Travail et les autres ressources de l'OMS. Une des réalisations marquantes de l'OMS au cours des récentes années est d'avoir conçu la notion de médicaments essentiels et d'avoir réussi à le faire largement accepter. Vous êtes brillamment parvenus à vous entendre sur une courte liste de médicaments et de vaccins essentiels. Aucune autre Région ne l'a réussi aussi bien. Pourtant l'expérience est venue brutalement et amèrement nous rappeler que la réalisation de telles ententes n'est qu'un début; en l'occurrence, le passage aux stades ultérieurs, c'est-à-dire à la distribution des médicaments essentiels aux masses africaines, se heurte à d'énormes difficultés.

Annexe 4

11. Ces obstacles tiennent en partie à la nature des ententes internationales, mais en partie seulement. Ce qui est beaucoup plus important, c'est la rude tâche d'aboutir à des politiques nationales du médicament bien définies, d'établir des systèmes nationaux convenables de distribution et d'approvisionnement, de former les personnels techniques et gestionnaires nécessaires tant pour faire fonctionner le système que pour veiller à ce que les médicaments soient utilisés correctement, de choisir la meilleure méthode de délivrance des médicaments aux prix les plus bas possibles, enfin de s'assurer d'une part que les citoyens aient assez d'argent pour acheter les médicaments dont ils ont besoin, d'autre part que le pays possède suffisamment de devises fortes pour en importer. En bref, c'est le mécanisme gestionnaire national de développement sanitaire qui doit être mis à contribution pour élaborer les détails du programme. C'est l'infrastructure sanitaire nationale, en commençant par le niveau des soins de santé primaires, qu'il faut utiliser pour édifier le système logistique, former des personnels et mettre au point des méthodes de paiement aux niveaux communautaire et central. Et c'est aux ressources nationales, aussi bien qu'à celles de l'OMS, qu'il faut puiser pour organiser tout cela et en particulier pour mener sur les systèmes de santé les recherches nécessaires à l'aménagement de programmes optimaux de médicaments essentiels et à la définition de modalités optimales d'exécution de ces programmes par le biais de l'infrastructure sanitaire. Ce n'est qu'à cette condition que les ressources extérieures peuvent venir utilement en complément des ressources nationales pour mettre en pratique ce qui a été planifié. C'est ainsi que le problème des médicaments essentiels nous a amené à redécouvrir une vérité évidente : l'action menée à l'échelle internationale peut être utile en tant que génératrice de concepts importants, l'action menée à l'échelle nationale est irremplaçable pour faire passer ces concepts dans les faits.

12. N'allez surtout pas croire que j'essaie de transférer toute la responsabilité des succès ou des échecs à vous et aux gouvernements que vous représentez. Je souhaite simplement signaler à votre attention les ressources - les vôtres et celles de l'OMS - dont vous disposez et que vous pourriez exploiter beaucoup mieux que vous ne le faites. Ou plutôt, en ce qui concerne les ressources de l'OMS, nous pourrions en faire un meilleur usage que celui que nous en faisons actuellement. En effet, ces ressources ne sont pas plus votre bien propre que mon bien propre. Elles sont la propriété collective de tous les Etats Membres de l'OMS et, comme telles, elles doivent être utilisées pour l'exécution de décisions collectives. Et par "ressources", je n'entends pas seulement argent, j'entends aussi savoirs, savoir-faire, capacités humaines, influences morale et politique et solidarité.

Annexe 4

13. Dans les pays, ces ressources trouvent deux niveaux d'utilisation optimale - au niveau national, pour opérer une analyse de politique et déterminer les principales voies d'action dictées par cette politique; au niveau communautaire, pour mener une action analogue en vue d'édifier le système de santé à la lumière de la politique nationalement agréée. Ce ne sont pas là choses aisées, mais votre tâche est grandement facilitée depuis que vous disposez d'une politique sanitaire internationalement agréée et des lignes directrices nécessaires pour l'appliquer au niveau national. Vous disposez aussi, pour vous aider dans l'élaboration et l'application de vos stratégies, d'une méthodologie gestionnaire jouissant d'un consensus international.

14. Si vous persistez à penser que je vous accable de responsabilités excessives, je vous suggérerais que nous nous partagions le soin de décider de la meilleure manière d'utiliser les ressources de l'OMS dans votre pays et qu'à cet effet nous procédions à des exercices conjoints d'analyse de politique. Autrement dit, ceux d'entre vous qui ne l'ont pas encore fait pourraient créer dans vos pays des mécanismes conjoints permanents gouvernement/OMS avec mission de s'assurer que vous obteniez le meilleur et que l'OMS vous donne le meilleur de ce qu'elle est en mesure de vous fournir.

15. Il se peut que, ce faisant, vous vous heurtiez encore à des obstacles bureaucratiques. Je suis parfaitement conscient de leur existence; Ils sont la plaie de toutes les organisations de quelque importance. Sachez toutefois que je viens d'aboutir avec les Directeurs régionaux à certaines conclusions sur la meilleure façon de veiller à ce que les gouvernements assument la responsabilité des activités conjointes avec l'OMS sur le territoire et qu'ils reçoivent à cette fin un appui étroit de la part des personnels supérieurs de l'OMS. Nous étudions actuellement les conséquences gestionnaires de ces initiatives tant à l'intérieur des pays qu'au niveau des Bureaux régionaux. Notre intention est de mettre en place ces mécanismes le plus tôt possible dans le courant de 1983 et, pour ma part, je m'emploierai de mon mieux à éliminer de nos entreprises communes tout ce qui pourrait subsister de lenteurs administratives et de pesanteurs bureaucratiques.

16. Je dois loyalement vous faire observer qu'avec l'accroissement de votre part de responsabilité s'accroîtra aussi la mesure dans laquelle vous serez comptables devant votre Organisation de la façon dont vous utiliserez dans votre pays ce qui après tout, comme je viens de l'expliquer constitue les ressources collectives de l'Organisation. C'est vous qui déciderez en dernière instance, mais en même temps vous serez directement comptables les uns envers les autres au sein de ce Comité dans l'évaluation de la situation selon le critère cardinal qui peut s'exprimer sous la forme de la question suivante : fait-on un bon usage de l'OMS dans les activités menées tant dans les pays qu'au niveau interpays pour propulser les stratégies de la santé pour tous dans la bonne direction et à la bonne cadence ? Que ce soit moi-même

Annexe 4

ou un autre qui s'adressera à vous l'an prochain en qualité de Directeur général de l'OMS, la personne en question entendra certainement vous rendre compte de la manière dont s'est matérialisée cette phase finale de l'étude des structures de l'OMS à la lumière de ses fonctions. Mais j'espère sincèrement qu'avant cela déjà vous sentirez que quelque chose a changé dans vos rapports quotidiens avec votre Organisation.

17. Si je me suis étendu sur la question de l'utilisation des ressources, c'est parce que j'ai la conviction qu'il nous faut maintenant faire le meilleur usage possible de toutes les ressources dont nous disposons - ressources nationales, ressources propres de l'OMS et ressources en provenance de partenaires extérieurs - dans la mise en oeuvre de nos stratégies. Rien ne nous garantit en effet que des surcroûts massifs de ressources nous seront octroyés dans un proche avenir en faveur de ces stratégies. Nous avons essayé de tirer le maximum de ce qui était humainement accessible, et nous avons ainsi eu la preuve une fois de plus que l'action doit être menée à l'intérieur et autour des pays eux-mêmes. Un certain nombre de pays ont maintenant engagé une coopération intensive avec des partenaires extérieurs afin d'accroître leurs moyens de réalisation de leurs stratégies. Parallèlement, les partenaires extérieurs ont commencé à saisir l'utilité qu'il y a à renforcer mutuellement leurs efforts respectifs en suivant les voies clairement définies des stratégies nationales. L'Afrique est profondément impliquée et s'est fait solidement représenter dans ces efforts polymorphes de coopération technique dont j'attends les fruits avec autant d'impatience que vous-mêmes.

18. Quel est l'ordre de grandeur de l'écart entre les disponibilités et les besoins monétaires pour l'instauration de la santé pour tous en Afrique ? Dans beaucoup de pays d'Afrique, le secteur public ne consacre chaque année à la santé que deux à trois dollars par habitant. En conséquence, le secteur public des pays en question n'alloue annuellement à la santé qu'environ 1,5 milliard de dollars. Des études ont montré qu'il suffirait d'augmenter de douze à treize dollars par tête et par an les sommes consacrées à la santé pour réaliser dans les pays en cause des améliorations considérables de la santé de leurs habitants. Cela fait un total d'environ 15 dollars par tête et par an, soit un montant annuel d'environ six milliard de dollars pour la totalité des pays de la Région. L'écart entre 1,5 milliard et 6 milliards de dollars peut sembler important, mais il n'est pas infranchissable, surtout si on le compare aux sommes consacrées à des activités qui sont moins essentielles pour le bien-être de populations.

19. Ce qu'il en coûterait de réaliser un niveau acceptable de santé pour tous demande à être apprécié en regard des avantages qui en résulteraient pour la population africaine en particulier et pour l'humanité en général. A mesure que croîtra en Afrique le nombre de personnes accédant à un niveau productive, le continent tout entier connaîtra un développement

Annexe 4

toujours meilleur en termes d'énergie physique, intellectuelle et spirituelle, de potentiel économique, de capacité de vente et de pouvoir d'achat individuels et collectifs.

L'Afrique n'en sera que mieux en mesure d'accroître sa contribution au développement politique, social et économique mondial et de donner un si nécessaire élan à l'établissement et au maintien du Nouvel Ordre économique international.

20. Oui, Honorables représentants, les avantages potentiels sont certainement très attrayants, mais ils ne se concrétiseront qu'au prix d'un rude effort. Il ne suffit pas de compter les années; il nous faut aussi compter les actes. Et, pour pouvoir les compter, il faut d'abord les énoncer. Il n'y a plus de mystère à leur sujet. Le corps de connaissances nécessaires à l'atteinte de notre but existe, encore faut-il que nous sachions l'exploiter intelligemment. C'est sur les savoir-faire nécessaires pour l'appliquer et sur la puissance de volonté requise pour en tirer parti qu'il nous faut maintenant mettre l'accent. Et, pour acquérir ces savoir-faire et augmenter cette puissance de volonté, il n'y a qu'un moyen : procéder par tâtonnements, tirer des leçons de nos échecs comme de nos réussites, procéder à de nouveaux essais et partager avec les autres ce que notre expérience nous a appris.

21. Mais où faire tout cela, sinon dans les pays eux-mêmes. Ce n'est pas une augmentation de la dose de discours ou d'actes internationaux qui pourrait suppléer aux efforts menés au niveau des pays; elle pourrait au mieux aider, ou pire semer la confusion. L'OMS est votre intime partenaire international dans votre action pour la santé pour tous. Votre Directeur régional et moi-même ferons de notre mieux pour vous aider et nous espérons ne jamais semer la confusion parmi vous. Je compte sur vous, je compte sur vous tous pour concourir de votre mieux à l'intensification des actions déployées dans vos pays. Et, je vous en conjure, faites tout pour préserver l'étroitesse de la coopération entre les pays et l'OMS. Elle est le meilleur garant du succès de nos efforts communs. Quand les choses vont bien, réjouissons-nous en ensemble quand elles vont mal, abstenons-nous de nous lancer dans un échange de griefs mais engageons plutôt une discussion franche et amicale pour explorer solidairement les meilleurs façons de redresser la situation.

22. Monsieur le Président, Excellences, Honorables représentants, je vais être très franc et j'espère que vous ne le prendrez pas à mal. Je vous ai souvent suppliés de me dire franchement où vous estimez que le concours de l'OMS vous est pleinement bénéfique et où vous le trouvez inadapté. Or je suis toujours resté sur l'impression que vous hésitez à me dévoiler le fond de votre pensée. Mais nous avons besoin, le Dr Quenum et moi-même, de savoir ce que vous pensez réellement car c'est à cette condition que nous pourrions vous apporter le concours que vous attendez à juste titre de nous. Et nous avons besoin de le savoir maintenant. Si le compte à rebours vers la santé pour tous a commencé, l'heure de vérité, elle, a déjà sonné. Et, je le répète, il nous reste moins de dix-huit années jusqu'en l'an 2000.

23. Merci.

ANNEXE 5

ORDRE DU JOUR

1. Ouverture de la trente-deuxième session (document AFR/RC32/1)
2. Adoption de l'ordre du jour provisoire (document AFR/RC32/11)
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 succinct du Directeur régional (document AFR/RC32/3)
 - 6.2 Rapport de la mission spéciale du Comité régional en République populaire d'Angola (document AFR/RC32/4)
 - 6.3 Surveillance de l'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (document AFR/RC32/5)
7. Bourse d'études de la Fondation Jacques Parisot (document AFR/RC32/6)
8. Corrélations entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé
 - 8.1 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/RC32/7)
 - 8.2 Incidences régionales des ordres du jour de la soixante-onzième session du Conseil exécutif et la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC32/8)
 - 8.3 Discussions techniques à la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé : "Les politiques nouvelles d'éducation pour la santé dans les soins de santé primaires" (document AFR/RC32/9)
9. Examen du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC32/10)
 - 9.1 Projet de Budget Programme 1984-1985 (document AFR/RC32/2)
 - 9.2 Rapport de situation sur la mise en oeuvre du programme d'action sur les médicaments essentiels (document AFR/RC32/12)
 - 9.3 Rapport sur la participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique (document AFR/RC32/13)

- 9.4 Rapport sur les visites des responsables des Etats Membres dans d'autres pays de la Région (document AFR/RC32/14)
- 9.5 Rapport du Comité permanent sur la Coopération technique entre Pays en développement (document AFR/RC32/15)
- 9.6 Examen du flux international de ressources pour la stratégie régionale de la santé pour tous en l'an 2000 (document AFR/RC32/16)
10. Discussions techniques
 - 10.1 Présentation du rapport des discussions techniques : "Mobilisation des collectivités en vue du développement sanitaire : approches et contraintes" (document AFR/RC32/17)
 - 10.2 Désignation du Président des discussions techniques pour 1983 (document AFR/RC32/18)
 - 10.3 Choix du sujet des discussions techniques pour 1984 (document AFR/RC32/19)
11. Dates et lieux des trente-troisième et trente-quatrième sessions du Comité régional pour 1983 et 1984 (document AFR/RC32/20)
12. Adoption du rapport du Comité régional (document AFR/RC32/21)
13. Clôture de la trente-deuxième 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

ANGOLA

Mr A. A. Mendes de Carvalho
Ministre de la Santé

Dr Raul Jorge Feio
Directeur national de la Santé publique

Dr Luis Gomes Sambo
Directeur national pour la formation des cadres

Dr (Mrs) Christina de Sa
Directrice à la Maternité Luanda-golf

Mme Maria Dora Patricio Da Costa
Secrétaire

Dr Silvio de Almeida
Coordonnateur national des Programmes OMS

BENIN

M. Philippe Akpo
Ministre de la Santé publique
Chef de la délégation

Dr Lucien Sogansa
Directeur des Etudes et de la planification

Dr Joseph Codja
Coordonnateur national des Programmes OMS

BOTSWANA
BOTSOUANA

Hon. L. Makgekgenene
Minister of Health

Dr J. S. Moeti
Chief Medical Officer

Annex/Annexe/Anexo 6

BURUNDI

Dr Paul Mpitabakana
Directeur général de la Santé publique

Dr Venant Ndayisala
Directeur de l'épidémiologie et Laboratoires

CAPE VERDE
CAPE-VERT
CABO VERDE

Dr Lisboa Ramos
Secrétaire général
Ministère de la Santé et des Affaires sociales

CENTRAL AFRICAN REPUBLIC
REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
REPUBLICA CENTRAFICANA

M. G. Ngaindiro
Ministre de la Santé publique
Chef de la délégation

Dr Kpoussa Mamadou
Directeur général de la Santé publique

Professeur G. Pinerd
Coordonnateur national des Programmes OMS

CHAD
TCHAD
CHADE

Dr Y. P. Matchock Mahouri
Vice-Commissaire à la Santé publique et aux Affaires sociales

Mme Gossingar Achta
Directrice des Affaires sociales

COMOROS
COMORES

Dr M'Dahoma S. Youssouf
Directeur général de la Santé
Ministère de la Santé publique, de la Population et des Affaires musulmanes
B.P. 42
Moroni

Dr Ahmed Charif Mouhtare
Coordonnateur national des Programmes OMS
B.P. 435
Moroni

Annex/Annexe/Anexo 6

CONGO

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

Dr Gérard Ondaye
Coordonnateur national des Programmes OMS

M. Edouard Mbaloula
Directeur des Etudes et de la Planification

Dr Sylvestre Cardorelle
Directeur régional de la Santé au Kouilou

M. Brice Koumba
Attaché de Cabinet du Ministre de la Santé et des Affaires sociales

EQUATORIAL GUINEA
GUINEE EQUATORIALE
GUINE EQUATORIAL

Dr Zacarias N. Mba Obono
Secretario Tecnico Adjunto
Ministerio de Sanidad

Dr Constantino Mengue Ouga
Director, Escuela Nazional de Sanidad
Bata

ETHIOPIA
ETHIOPIE
ETIOPIA

Mr Telahun Abebe
Head, Health Services Department
Ministry of Health
Leader of Delegation

Dr Haile Mariam Kahssay
National WHO Programme Coordinator

Mr Tamiru Dibeya
Chief, Community Health Services Programme

GABON
GABAO

M. Alexandre Sambat
Ministre de la Santé publique et de la population
Chef de la délégation

Dr Norbert Ndong
Secrétaire d'Etat à la Santé publique

Dr Louis Adande Menest
Directeur général de la Santé publique

Dr Joseph Abandja
Directeur général adjoint de la Santé publique

M. Martial Mboumba
Directeur du service national d'assainissement

Mr Firmin M'Bondoukwe
Directeur de la pharmacie d'approvisionnement (PARG)

M. Charles Mefane
Directeur du laboratoire nationale de Santé publique

Dr E. Bevigna Pither
Directeur de l'Ecole nationale de Santé et d'Action sociale

Dr Jean Baptiste Ndong Nguema
Directeur technique
Centre hospitalier de Libreville

Mme Reine Loembe
Infirmière de Santé publique
Direction générale de la Santé publique

Mme Nathalie Oliveira
Infirmière puéricultrice nutritionniste
Direction générale de la Santé publique

M. Léon Beka
Educateur sanitaire
Direction générale de la Santé publique

Dr Joseph Nzoghe Eyegue
Coordonnateur de programme des soins de Santé primaires
Ministère de la Santé publique

Dr Jean Noël Gassita
Inspecteur général de la Santé publique

Annex/Annexe/Anexo 6

Professeur Célestin Ngue Mby Mbina
Doyen de la Faculté de Médecine

Dr Bernard Obiang Ossoubita
Médecin-Inspecteur général
Hygiène et Médecine du Travail

Médecin Lieutenant-Colonel Guy Lasseni-Duboze
Service de Santé militaire

Médecin Capitaine Roger Raoumbe
Service Santé militaire

Dr O. Brahime Reteno
Directeur de la Fondation Jeanne Ebori

Dr G. S. M'Vie-Nguema
Médecin-chef F. J. E.

Dr J. M. Ebang-Obame
Mouila

Dr A. Ondo
Pédiatre
Chef du Service de Pédiatrie
Hôpital provincial de l'Estuaire

Dr A. Mbambe-King
Chirurgien
Chef de Service de l'Hôpital pédiatrique d'Owendo

M. Pierre Guerangué
Pharmacien
Chef de Service Fondation Jeanne Ebori

Dr O. Banga Ba Ndaley
Directeur provincial de la Santé publique du Haut-Ogoué

GAMBIA
GAMBIE

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

Mr M. F. Singhateh
Under-Secretary

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

Annex/Annexe/Anexo 6GHANA
GANA

Dr Charles Y. Buadu
Deputy Secretary of Health

Dr K. Ward-Brew
National WHO Programme Coordinator

GUINEA
GUINEE
GUINE

Prof. Mamadou Bah-Kaba
Ministre de la Santé
Chef de la délégation

Dr Oumar Diallo
Directeur national des services de soins

Dr Mohamed Sylla
Médecin-Chef adjoint
CHU Donka

Dr Naby Camara
Médecin-Chef

M. Philemon Bangoma
Premier Secrétaire
Ambassade de Guinée au Gabon

GUINEA-BISSAU
GUINEE-BISSAU
GUINE-BISSAU

Dr Sabino J. Dias
Directeur général de l'assistance hospitalière
Ministère de la Santé

Dr G. Sousa Carvalho
Médecin Directeur
Ministère de la Santé
C.P. 50
Bissau

Annex/Annexe/Anexo 6IVORY COAST
COTE D'IVOIRE
COSTA DO MARFIM

Dr Ibrahim Kone
Directeur des Relations régionales et internationales

Dr Konan N'Da
Directeur de la Santé publique et de la population

Dr Konian Kangha
Médecin-Chef
Secteur de santé rurale de Bouaflé

KENYA
QUENIA

Hon. Dr E. W. Wameyo
Assistant Minister of Health

Dr F. M. Mueke
Deputy Director of Medical Services

Mrs E. W. Onger
Senior Nursing Officer

LESOTHO
LESOTO

Dr (Mrs) A. P. Maruping
Director of Health Services

Mr M. Chabane
Deputy Permanent Secretary

LIBERIA

Mrs M. Belleh
Minister of Health and Social Welfare

Dr Ivan Camanor
Deputy CMO

Dr W. S. Boayue
National WHO Programme Coordinator

MADAGASCAR

Dr Paul Randimbivahiny
Directeur des services sanitaires et médicaux

M. S. Rasoanaivo Andrianasolo
Conseiller technique
Ministère de la Santé

MALAWI

Dr A. C. Mkandawire
Senior Medical Superintendent
Queen Elizabeth Central Hospital

MALI

Dr Ngolo Traoré
Ministre de la Santé publique
et des Affaires sociales

M. Youssof Sangare
Conseiller technique
Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales

Dr Sidi Adama Konare
Médecin-Chef de la Division de l'Epidémiologie et de la Prévention

Professeur A. Ag Rhaly
Directeur général
Institut national de recherche en Santé publique

MAURITANIA
MAURITANIE

Cdt M. Ould Deh
Ministre de la Santé et des Affaires sociales

Dr M. Sidatt
Directeur du centre national d'hygiène

MAURITIUS
MAURICE
ILHA MAURICIA

Dr J. C. Mohith
Principal Medical Officer

MOZAMBIQUE
MOCAMBIQUE

Dr Jose F. Caseiro Rocha
Director nacional de Assistencia médica

Dr Inusse Noormahomed
Directeur
Formation du Personnel

Mr Jorge Tomo
Coordonnateur adjoint du département pour la Coopération internationale
Ministère de la Santé

Annex/Annexe/Anexo 6NAMIBIA
NAMIBIE

Dr Libertina Anathila
Deputy Secretary for Health and social welfare
SWAPO

NIGER

Dr Maïdanda S. Djermakoye
Inspecteur général des pharmacies
Directeur de l'Office national des produits pharmaceutiques et chimiques (ONPPC)
Chef de la délégation

Dr Abdou Moha
Directeur départemental adjoint de la Santé d'Agadez

NIGERIA

Chief C. A. Bamgboye
Minister of state
Leader of the delegation

Prof. U. Shehu
National WHO Programme Coordinator

Dr O. A. Odukunle
Assistant Director
Public Health Services

Mr I. A. Dada
Principal Assistant Secretary
Federal Ministry of Health
Ikoyi - Lagos

Mr M. Ibrahim
First Secretary
Embassy of Nigeria
Libreville

RWANDA
RUANDA

Dr Evariste Hakizimana
Secrétaire général
Ministère de la Santé

Dr François Muganza
Médecin Directeur de la région sanitaire de Gitarama

Dr Antoine Ntezilyimana
Médecin Directeur de la région sanitaire de Butare

Annex/Annexe/Anexo 6SAO TOME AND PRINCIPE
SAO TOME ET PRINCIPE
SAO TOME E PRINCIPE

Dr C. A. P. Tiny
Ministre de la Santé et des Sports

Dr A. Soares Marques de Lima
Directeur des hôpitaux

M. de Fatima Rodrigues do Nascimento Lima
Responsable nationale pour I.E.S.

SENEGAL

M. M. Diop
Ministre de la Santé publique
Chef de la délégation

Dr Madiou Touré
Directeur de l'Hygiène et de la protection sanitaire
Ministère de la Santé publique

Prof. Oumar Sylla
Conseiller technique
Ministère de la Santé publique

M. Mamadou Kikou Ndiaye
Conseiller juridique
Ministère de la Santé publique

Dr Moustapha Touré
Président de la Commission des Affaires sociales à l'Assemblée nationale

SEYCHELLES
ILHAS SEYCHELLES

Mrs Georgette Thomas
Principal Secretary
Ministry of Health

SIERRA LEONE
SERRA LEOA

Hon. Fasuluku Suku-Tamba
Minister of Health
Leader of delegation

Dr Septimus W. George
Acting Deputy Chief Medical Officer

Mrs J. Peters
Acting Deputy Secretary

Dr Marcella Davies
National WHO Programme Coordinator

Annex/Annexe/Anexo 6

SWAZILAND
SOUAZILAND
SUAZILANDIA

Mr S. Magagula
Under Secretary for Health

Dr Z. M. Dlamini
Director of Medical Services

TOGO

M. Hodabalo Bodjona
Ministre de la Santé publique
Chef de la délégation

Dr T. M. Houenassou-Houangbe
Directeur général de la Santé publique

UGANDA
OUGANDA

Dr E. R. Nkwasiwe
Minister of Health

Dr J. T. Kakitahi
Director Nutrition Services
Nwanamugimu Nutrition Unit
Makerere Medical School
P.O. Box 7072
Kampala

Dr J. S. Okware
Assistant Director of Medical Services
Public Health
Ministry of Health

CAMEROON
CAMEROUN
CAMAROES

M. Athanase Eteme Oloa
Ministre de la Santé publique
Chef de la délégation

Prof. J. Zoung-Kanyi
Directeur de la Santé
Ministère de la Santé publique

Dr G. Kesseng Maben
Directeur adjoint de la médecine préventive et de l'hygiène publique
Ministère de la Santé publique

Mr J. Ngo Matip
Pharmacien
B.P. 95
Yaoundé

Annex/Annexe/Anexo 6TANZANIA
TANZANIE

Hon. Ali Mohamed Shoka
Deputy Minister of Health (Zanzibar)

Dr Uledi Mwita Kisumku
Director, Preventive Services (Zanzibar)

Dr A. Y. Mgeni
Director, Preventive and Promotive Health Division (Continent)

Dr Omar Juma Khatib
Director
Malaria Control Programme (Zanzibar)

Dr S. P. Dyauli
Senior Medical Officer (Continent)

UPPER VOLTA
HAUTE-VOLTA
ALTO VOLTA

Dr Maximin Ouoba
Ministre de la Santé publique
Chef de la délégation

Dr Antoine B. Kabore
Directeur de la Santé publique
Ministère de la Santé publique

Dr Etienne Beli Gue
Directeur de l'Education pour la Santé, assainissement et hygiène
Ministère de la Santé publique

Dr Paul André Kambiré
Coordonnateur national des Programmes OMS

Annex/Annexe/Anexo 6

ZAIRE

Citoyen Djate Lokoto Lukaso
Pharmacien
Secrétaire général à la Santé publique
Chef de la délégation

Dr Kabamba Nkamany
Directeur du Centre de Planification et de Nutrition

M. Mbila Wakaha Kapenda
Ambassadeur de la République du Zaïre à Libreville

ZAMBIA
ZAMBIE

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

Dr Lumbwe Chiwele
Acting Director of Medical Services
Ministry of Health

Dr W. C. Mwambasi
National WHO Programme Coordinator

ZIMBABWE
ZIMBABUE

Dr Edward Pswarayi
Deputy Minister of Health

Dr Daniel G. Makuto
Deputy Secretary for Health
Rural Health Services Division

Annex/Annexe/Anexo 6

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

Pan-Africanist Congress of Azania (PAC)
Congrès Panafricain d'Azanie

Mr Theophilus M. Bidi
Chief representative
75 Transit village
Victoria Island
Lagos
Nigeria

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

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

Mr David McAdams
Resident Representative
B.P. 1283
Libreville
Gabon

Miss Eva Van Ditman
Resident Representative a.i.
Immeuble Africa No.1
Libreville
Gabon

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

M. Baboucar N'Jie
Conseiller régional en fournitures et problèmes logistiques
Direction régionale
04 B.P. 443
04 Abidjan
République de Côte d'Ivoire

Annex/Annexe/Anexo 6Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO)
Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture

Dr E. O. Idusogie
Regional Food Policy and Nutrition Officer
FAO Scientific Secretary to the Joint FAO/WHO/OAU
Regional Food and Nutrition Commission for Africa
P.O. Box 1628
Accra
Ghana

United Nations High Commissioner for Refugees
Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés

M. C. Kpenou
Délégué régional pour l'Afrique centrale
B.P. 7248
Kinshasa
Zaire

4. REPRESENTATIVES OF OTHER INTERGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS
REPRESENTANTS D'AUTRES ORGANISATIONS INTERGOUVERNEMENTALES
REPRESENTANTES DE OUTRAS ORGANIZACOES INTERGOVERNAMENTAIS

Prof. A. Olufemi Williams
Executive Secretary
OAU/STRC
4th Floor, NPA Building
26/28 Marina
PMB 2359
Lagos
Nigéria

African and Mauritian Common Organization
Organisation commune africaine et mauricienne (OCAM)

Dr C. P. Ramassawny
Responsable du Département de la Recherche scientifique et technique

Annex/Annexe/Anexo 6

Organization for Coordination in the Control of Endemic Diseases in
Central Africa
Organisation de Coordination pour la lutte contre les Endémies en
Afrique centrale (OCEAC)

Dr Louis Sentilhes
Secrétaire général
B.P. 288
Yaoundé
République unie du Cameroun

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

Economic Community of the Countries of the great Lakes
Communauté économique des Pays des Grands Lacs (CEPGL)

Citoyen Bayo Mtumwa Kachelewa
Chef de la Division sociale
Secrétaire exécutif permanent de la CEPGL
B.P. 58
Gisenyi
République rwandaise

Organization for Coordination and Cooperation in the Control of
Endemic Diseases
Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre
le grandes Endémies

Dr Cheick Sow
Secrétaire général de l'OCCGE
Centre Muraz
B.P. No 153
Bobo-Dioulasso
Haute-Volta

5. REPRESENTATIVES OF NON-GOVERNMENTAL ORGANIZATIONS
REPRESENTANTS DES ORGANISATIONS NON-GOUVERNEMENTALES
REPRESENTANTES DE ORGANIZACOES NAO-GOVERNAMENTAIS

Commonwealth Regional Health Secretariat
Secrétariat sanitaire régional du Commonwealth

Mr A. P. Joseph
Administrative Secretary
P.O. Box 1009
Arusha
United Republic of Tanzania

Annex/Annexe/Anexo 6West African College of Nursing (WACN)
Collège des Soins infirmiers d'Afrique occidentale

Mrs Joana Samarasinghe
Coordinator for Nursing Affairs
West African Health Community
6, Taylor Drive
P.M.B. 2023
Yaba - Lagos
Nigeria

West African Health Community (WAHC)
Communauté sanitaire d'Afrique occidentale

M. P. O. Fasan
Executive Director
6, Taylor Drive
PMB 2023
Yaba-Lagos State
Nigeria

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

Prof. E. K. Nathaniels
Secrétaire général
CAMES
B.P. 134
Ouagadougou
Haute-Volta

International Committee of Military Medicine and Pharmacy
Comité international de médecine et de pharmacie militaires (CIMPM)

Monsieur le Médecin Commandant
Major Ndjave-Ndjoy Albert
Membre du CIMPM
Directeur général du Service de Santé militaire
Ministère de la Défense nationale
Libreville
République du Gabon

Dr F. Edou-Ovono
Directeur général Adjoint
Service Santé militaire
Ministère de la Défense nationale
Libreville
République du Gabon

Annex/Annexe/Anexo 66. OBSERVERS
OBSERVATEURS
OBSERVADORESExecutive Board
Conseil exécutif

Dr (Mrs) Maureen M. Law
Chairman
Room 540
Jeanne Mance Building
Tunney's Pasture
Ottawa, Ontario
Canada

Overseas Office of Scientific and Technical Research
Office de Recherche scientifique et technique d'Outre-Mer (ORSTOM France)

Dr J. L. Frézil
Directeur de l'ORSTOM au Congo
B.P. 181
Brazzaville
République populaire du Congo

International Baby Food Action Network (IBFAN)

Mrs M. Kyenkya-Isabirye
Regional Coordinator for Africa
Breastfeeding Information Group
P.O. Box 59436
Nairobi
Kenya

Mme M. Pavitt
Représentante IBFAN
C/o GIFA
B.P. 157
1211 Genève 19
Suisse

International Union of Architects
Union internationale des Architectes (UIA)

M. P. E. Simon
Architecte
B.P. 15139
Libreville
République du Gabon

Annex/Annexe/Anexo 6International Association of Public Health Schools
Association internationale des Ecoles de Santé publique

Dr S. O. Oduntan
Professor and Head of Department of Preventive and Social Medicine
University of Ibadan
Ibadan
Nigeria

Research Centre for Social Change
Centre d'Etude des Changements sociaux

Dr Jos Orenbuch
Directeur
Institut de Sociologie
Université Libre de Bruxelles
44, Avenue Jeanne
1050 Bruxelles
Belgique

LISTE DES DOCUMENTS

- AFR/RC32/1 - Ouverture de la trente-deuxième session.
- AFR/RC32/2 - Projet de Budget-Programme 1984-1985.
- AFR/RC32/3 - Activités de l'OMS en 1981.
- AFR/RC32/4 - Rapport de la mission spéciale du Comité régional en République populaire d'Angola.
- AFR/RC32/5 - Surveillance de l'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.
- AFR/RC32/6 - Bourses d'études de la Fondation Jacques Parisot.
- AFR/RC32/7 - Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif.
- AFR/RC32/8 - Incidences régionales des ordres du jour de la soixante-onzième session du Conseil exécutif et la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé.
- AFR/RC32/9 - Les politiques nouvelles d'éducation pour la santé dans les soins de santé primaires.
- AFR/RC32/10 - Rapport du Sous-Comité du Programme.
- AFR/RC32/11 - Ordre du jour.
- AFR/RC32/12 - Rapport de la situation sur la mise en oeuvre du programme d'action sur les médicaments essentiels.
- AFR/RC32/13 - Rapport sur la participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique.
- AFR/RC32/14 - Rapport sur les visites des responsables des Etats Membres dans d'autres pays de la Région.
- AFR/RC32/15 - Coopération technique entre pays en développement - Rapport du Comité permanent.
- AFR/RC32/16 - Examen du flux international de ressources pour la stratégie régionale de la santé pour tous en l'an 2000.
- AFR/RC32/17 - Rapport des discussions techniques : "Mobilisation des collectivités en vue du développement sanitaire : approches et contraintes".

Annexe 7

- AFR/RC32/18 - Désignation du Président des discussions techniques pour 1983.
- AFR/RC32/19 - Choix du sujet des discussions techniques pour 1984.
- AFR/RC32/20 - Dates et lieux des trente-troisième et trente-quatrième sessions du Comité régional pour 1983 et 1984.
- AFR/RC32/21 - Rapport du Comité régional.
- AFR/RC32/22 - Programme de Travail du Sous-Comité du Programme.
- AFR/RC32/23 - Liste des participants.
- AFR/RC32/24 - Sous-Comité du Programme : Liste des participants.
- AFR/RC32/25 - Sous-Comité du Programme : Programme de Travail de la Réunion du 23 septembre 1982.
- AFR/RC32/26 - Participation des Membres du Sous-Comité du Programme aux réunions programmatiques 1982-1983.
- AFR/RC32/27 - Répartition par pays des fonctions exercées au cours des Comités régionaux précédents.
- AFR/RC32/TD/1 - Mobilisation des collectivités en vue du développement sanitaire : approches et contraintes.
- AFR/RC32/TD/2 - Guide pour les discussions techniques.
- AFR/RC32/Conf.Doc/1 - Allocution du Dr Comlan A.A. Quenum, Directeur régional.
- AFR/RC32/Conf.Doc/2 - Allocution de M. Telahun Abebe, Vice-Président de la trente-et-unième session.
- AFR/RC32/Conf.Doc/3 - Allocution de son Excellence El Hadj Omar Bongo, Président de la République gabonaise.
- AFR/RC32/Conf.Doc/4 - Allocution du Dr H. Mahler, Directeur général de l'OMS.
- AFR/RC32/WP/1 - Sous-Comité des Désignations.
- AFR/RC32/SCC/1 - Pouvoirs.
- AFR/RC32/SCC/2 - Rapport final du Sous-Comité de vérification des pouvoirs.

ORDRE DU JOUR PROVISOIRE DE LA
TRENTE-TROISIEME SESSION DU COMITE
REGIONAL DE L'AFRIQUE

(établi le 22 juin 1982)

1. Ouverture de la trente-troisième session (document AFR/RC33/1)
2. Adoption de l'ordre du jour provisoire (document AFR/RC33/11)
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 biennal du Directeur régional (document AFR/RC33/3)
 - 6.2 Développement et coordination de la recherche biomédicale et sur les services de santé (document AFR/RC33/4).
7. Corrélation entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé.
 - 7.1 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/RC33/5).
 - 7.2 Incidences régionales des ordres du jour de la soixante-treizième session du Conseil exécutif et de la Trente-Septième Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC33/6).
 - 7.3 Méthode de travail de l'Assemblée mondiale de la Santé (documents AFR/RC33/18)
8. Examen du rapport du Sous-Comité de Programme (document AFR/RC33/7).
 - 8.1 Modifications au budget programme 1984-1985 (document AFR/RC33/2)
 - 8.2 Rapport sur la participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique (document AFR/RC33/8)
 - 8.3 Rapport sur les visites des responsables des Etats Membres dans d'autres pays de la Région (document AFR/RC33/9).
 - 8.4 Rapport du Comité permanent sur la Coopération technique entre Pays en Développement (document AFR/RC33/10).
 - 8.5 Rapport de situation sur la surveillance continue des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies nationales et régionale de la Santé pour tous en l'an 2000 (document AFR/RC33/12).

Annexe 8

9. Discussions techniques :
 - 9.1 Présentation du rapport des discussions techniques :
"Implications gestionnaires de l'approche intersectorielle et multi-disciplinaire dans la mise en oeuvre des soins de santé primaires"
(document AFR/RC33/13).
 - 9.2 Désignation du Président des discussions techniques pour 1984
(document AFR/RC33/14).
 - 9.3 Choix du sujet des discussions techniques pour 1985
(document AFR/RC33/15).
10. Dates et lieux des trente-quatrième et trente-cinquième sessions du Comité régional pour 1984 et 1985 (document AFR/RC33/16).
11. Adoption du rapport du Comité régional (document AFR/RC33/17).
12. Clôture de la trente-troisième session.

SURVEILLANCE DE L'APPLICATION DU CODE INTERNATIONAL DE
COMMERCIALISATION DES SUBSTITUTS DU LAIT MATERNEL

1. INFORMATION SUR LA SITUATION ACTUELLE

1.1 Sur l'allaitement maternel (enquêtes auprès des : SMI - Associations féminines - Collectivité)

i) Allaitement au sein :

- prévalence en ville : %; à la campagne : %;

- considération par les cadres (cochez la case correspondante) :

Bien vu

Mal vu

ii) Conduite et préparation de l'allaitement au niveau familial :

- entretien avec les filles avant le mariage (cochez la case

correspondante) : oui Citez les thèmes :

.....

non

- préparation de la glande mammaire avant le mariage (cochez la case

correspondante) : oui Décrivez :

.....

.....

non

- préparation de la glande mammaire pendant la grossesse (cochez la case

correspondante) : oui Décrivez :

.....

.....

non

Annexe 9

- origine (locale ou importée) :
-
- âge d'introduction :
- préparation :
-

ii) Aliments de sevrage disponibles dans le pays (enquêtes auprès des : SMI - Associations féminines - Collectivité - Industrie - Commerce - Commerçants)

- Enumération des aliments de sevrage locaux :
-
-
-
-
-
- Commercialisation de ces aliments :
-
- Nombre d'aliments de sevrage importés :

iii) Aliments riches en protéine, produits localement, mais tabous pour les enfants (enquêtes auprès des : SMI - Associations féminines - Collectivité - Agriculture) :

.....

.....

.....

1.3 Sur l'éducation, la formation et l'information (enquêtes auprès des : Services responsables de la Santé, de l'Agriculture, de l'Animation rurale, de la Vulgarisation agricole, de l'Education nationale) :

- Existence de thèmes concernant l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (cochez la case correspondante) :

- dans les programmes d'éducation du public : oui non

Annexe 9

- dans les programmes scolaires : oui non

- dans les programmes de l'INSSSA : oui non

- Existence d'aides pédagogiques concernant ce domaine. Les énumérer :

.....
.....
.....

1.4 Sur l'état de santé et le statut social des femmes en ce qui concerne l'allaitement des nourrissons et des jeunes enfants (enquêtes auprès de : 1^{re} Inspection du Travail - SMI - Associations des femmes - Collectivité)

i) Tableau national de l'emploi des femmes :

ii) Etat sanitaire et nutritionnel des femmes enceintes et allaitantes (en %) :

- gain de poids pendant la grossesse :
- oedème pré-tibial :
- anémies :

iii) Tableau de reproduction des femmes :

- nombre moyen de grossesses :
- nombre moyen d'enfants vivants :
- âge moyen du mariage :

iv) Appui donné par les membres de la famille aux femmes allaitantes :

- durée du repos après l'accouchement :
- alimentation spéciale et durée :
-
- séparation du mari et durée :
-

Annexe 9

- Nombre de produits importés :

Citez les plus importants :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Références des lois, textes, règlements, régissant l'importation
alimentaire en général, celle des produits suscités en particulier :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ii) Renseignements relevant des Services de SMI :

- distribution par les systèmes de santé (cochez la case correspondante) :

oui non

- approvisionnement des systèmes de santé par les fabricants ou distributeurs
(cochez la case correspondante) : oui non

Annexe 9

- avantages divers donnés au personnel de la santé par les fabricants ou distributeurs. Enumérez :

.....

- informations et activités d'éducation par les fabricants et les distributeurs (cochez la case correspondante) :

oui non

- autres participations des fabricants et distributeurs.

Enumérez :

.....

iii) Renseignements relevant des laboratoires s'occupant des fraudes alimentaires :

- normes de qualité utilisées. Citez :

.....

iv) Renseignements relevant du Service des Législations du Ministère de la Santé

- Mesures prises dans le domaine du Code. Enumérez :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Incidence du Code dans sa forme actuelle, sur (donnez un ordre de réduction ou d'accroissement) :

- les MPE :
- les diarrhées :
- la mortalité infantile :
- le nombre moyen d'enfants par famille :
- l'espacement des naissances :

Annexe 9

- Propositions de révision :
-
-
-
-
-
-
-

v) Renseignements obtenus par enquêtes directes :

(auprès des : agences, syndicats, associations, commerçants, etc.) :

- publicité auprès du public (cochez la case correspondante) :

courante rare interdite

- distribution au public par les fabricants ou les distributeurs :

courante rare interdite

- Structures de vente. Enumérez :

.....

- Volume de vente (en nombre ou en chiffres d'affaire) :

.....

- disponibilité sur le marché local des substituts du lait maternel
-
- (cochez la case correspondante) :

beaucoup peu inexistants

- mentions sur les étiquettes (cochez la case correspondante) :

- en langues nationales : oui non

- de la supériorité du lait de femme : oui non
- des précautions à prendre : oui non
- d'autres mentions pertinentes. Citez :
-
- Attitude des compagnies vis-à-vis du Code :
 le suivent ne le respectent pas

2. CONNAISSANCES TRANSMISÈS A LA POPULATION ET AUX ELEVES

(enquêtes auprès des : Services d'Education et de Vulgarisation de la Santé, de l'Agriculture, de l'Education nationale, SMI, écoles, etc.).

2.1 Thèmes pour encourager et appuyer l'allaitement maternel (cochez la case correspondante) :

- Valeur du lait maternel : oui non
- Avantages pour la mère d'allaiter : oui non
- Danger du biberon : oui non
- Autres thèmes. Citez :
-

2.2 Thèmes pour promouvoir et appuyer les pratiques appropriées du sevrage (cochez la case correspondante) :

- Importance du sevrage : oui non
- Conduite du sevrage : oui non
- Préparation familiale d'aliments de sevrage : oui non
- Autres thèmes. Citez :
-
-
-

Annexe 9

2.3 Aide pédagogique existante pour renforcer l'éducation, la formation et l'information
(cochez la case correspondante) :

- Manuel réalisé par le pays sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant :

existe n'existe pas

- Matériel audio-visuel réalisé par le pays sur le même thème :

existe n'existe pas

2.4 Thèmes pour appuyer l'amélioration de l'état de santé et du statut social des femmes
en ce qui concerne l'allaitement des nourrissons et des jeunes enfants (cochez la case
correspondante) :

- Besoins des femmes enceintes et allaitantes :

oui non

- Rôle des premiers mois de la vie dans le développement de l'enfant :

oui non

- Formes de soutien possibles. Enumérez :

.....
.....

2.5 Thèmes pour rendre plus appropriées la commercialisation et la distribution des
substituts du lait maternel (cochez la case correspondante) :

- Aucun aliment ne vaut le lait maternel durant la première année de la vie :

oui non

- Inconvénients et dangers des substituts du lait maternel :

oui non

- Ce qu'il faut surveiller : publicité, étiquette : oui non

3. MESURES NATIONALES PRISES AU COURS DES DEUX DERNIERES ANNEES

(enquêtes auprès des : Services des Législations de la Santé, du Travail, des Affaires sociales). Citez les mesures :

3.1 Pour encourager et appuyer l'allaitement maternel

- Mesures pour favoriser le contact mère - enfant :
-
-
-
-
-

3.2 Pour promouvoir et appuyer les pratiques appropriées du sevrage

- Mesures pour la participation des femmes dans le cadre des SSP :
-
-
-
- Mesures pour accroître les disponibilités en aliments riches en protéines :
-
-
-
- Mesures pour contrôler le prix des aliments de sevrage :
-
-
- Mesures pour vulgariser des technologies appropriées à la préparation familiale d'aliments de sevrage :
-
-
-

Annexe 9

3.3 Pour renforcer l'éducation, la formation et l'information

- Mesures pour améliorer les programmes dans les écoles :
-
-
-
- Mesures visant à mieux utiliser les mass média :
-
-
- Octroi de ressources pour l'éducation, la formation et l'information dans le domaine de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant :
-

3.4 Pour appuyer l'amélioration de l'état de santé et du statut social des femmes en ce qui concerne l'allaitement des nourrissons et des jeunes enfants :

- Mesures pour faciliter le gardiennage des enfants :
-
-
- Mesures pour sauvegarder la santé de la mère (précisez les mesures prises dans les domaines suivants) :
-
-
- Consultations prénatales :
-
-
- Consultations post-natales :
-
-

Annexe 9

- Formation des matrones :
-
-
- Programmes d'alimentation spéciale pour les mères :
-
-
- Activités pénibles :
-
-
- Autres mesures :
-
-

3.5 Pour rendre plus appropriées la commercialisation et la distribution des substituts du lait maternel

- Adoption du Code international (cochez la case correspondante) :

oui

non

- Adaptation du Code international (cochez la case correspondante) :

oui

non

- Lois, textes et règlements relatifs aux substituts du lait maternel (commercialisation - distribution - contrôle du code). Citez les références :

.....

.....

.....

.....

.....

Annexe 9

- Lois, textes et règlements relatifs aux aliments pour nourrissons. Citez les références :
-
-
-
-

4. STRUCTURES SOCIALES ET LEGISLATIVES MISES SUR PIEDS AU COURS DES DEUX DERNIERES ANNEES (enquêtes auprès de : Plan - Travail - Santé - Association des femmes - Industrie - Collectivité)

4.1 Pour encourager et appuyer l'allaitement maternel

- Nombre de crèches ouvertes :
- Nombre de garderies d'enfants ouvertes :
- Nombre de banques de lait ouvertes :

4.2 Pour promouvoir et appuyer les pratiques appropriées du sevrage

- Nombre d'unités fabriquant des aliments de sevrage locaux :
- Nombre de structures de production collective d'aliments riches en protéine (Précisez les aliments) :
-

4.3 Pour renforcer l'éducation, la formation et l'information

- Structures administratives responsables de l'introduction de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les programmes d'éducation, de formation et d'information (Enumérez) :
-
-
-
-

4.4 Pour appuyer l'amélioration de l'état de santé et du statut social des femmes en ce qui concerne l'allaitement des nourrissons et des jeunes enfants :

- Nombre de centres de SMI ruraux créés :
- Nombre de maternités rurales créées :
- Nombre de nouveaux villages participant aux soins de santé primaires :
.....

4.5 Pour rendre plus appropriées la commercialisation et la distribution des substituts du lait maternel :

- Création de structure de contrôle de l'application du Code (Décrivez) :
.....
.....
.....
.....
.....
- Création de structures chargées d'assurer la vente et la distribution des substituts du lait maternel (Décrivez) :
.....
.....
.....
.....
.....

RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME

INTRODUCTION

1. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni à Libreville les 13 et 14 septembre 1982 sous la présidence du Dr Jose F. Caseiro Rocha (Mozambique), Président élu lors de la réunion du Sous-Comité du Programme du 23 septembre 1981 à Accra. 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 du Gabon de leur accueil fraternel, invite les membres du Sous-Comité à étudier avec le plus grand soin les documents qui leur sont soumis. Ces documents ont une importance programmatique essentielle pour la mise en oeuvre de la stratégie de la Santé pour tous en l'an 2000. Ainsi, le Budget Programme 1984-1985 est le premier du 7ème Programme général de Travail (PGT.7) pour une durée déterminée : 1984-1989. La participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions régionales pour le programme (RPM) permet aux Etats Membres de contribuer à l'élaboration du Budget Programme biennal de l'OMS. Les visites des responsables des Etats dans d'autres pays de la Région assurent les échanges d'information et d'expérience sur les soins de santé primaires. Enfin, la coopération entre pays en développement est l'un des mécanismes essentiels tant pour la mise en oeuvre de la stratégie régionale que pour la mobilisation du flux international des ressources nécessaires à cette stratégie.
3. Le programme de travail adopté par le Sous-Comité du Programme figure à l'appendice 2.

EXAMEN DETAILLE DU BUDGET PROGRAMME 1984-1985 (document AFR/RC32/2)

4. Le Dr Rocha (Mozambique) présente le document AFR/RC32/2, projet de Budget Programme 1984-1985 au nom du Directeur régional. Ce document, en trois langues, anglais, français et portugais, ne diffère guère de celui du biennium précédent. Le Directeur régional attire particulièrement l'attention sur le calcul des prévisions budgétaires et sur l'augmentation totale "réelle" qui a trait aux activités OMS au niveau des pays et aux dépenses du Comité régional. Le niveau des activités du programme interpays et des activités du Bureau régional, combinées, n'a pas augmenté en termes réels.

Annexe 10

5. L'introduction du Directeur régional expose les orientations du programme, conformément à la stratégie régionale adoptée par les Etats Membres. Le Directeur régional insiste sur les soins de santé primaires, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, la santé et la sécurité des travailleurs, l'approvisionnement en eau et l'assainissement, la politique et la gestion pharmaceutiques, la formation des personnels de santé, etc. Le Directeur régional rappelle que le processus de budgétisation par programme est l'une des étapes du processus gestionnaire; il montre la rationalité de la présentation du Budget Programme conformément à la résolution WHA30.23 ainsi que les exposés des programmes par pays. Après avoir mis l'accent sur les caractéristiques du Budget-Programme 1984-1985, il souligne les efforts conjoints du Secrétariat et des Etats Membres de l'Organisation en matière d'allocation de ressources pour relever le défi de la Santé pour tous en l'an 2000.

6. Les autres sections du document concernent les tableaux résumés de prévisions d'engagement de dépenses par source de fonds et par programme, par niveaux organiques suivis d'exposés et de tableaux budgétaires pour chaque programme pays et programme interpays. Les programmes pays ont été préparés par les pays eux-mêmes, en collaboration étroite avec les Coordonnateurs des Programmes de l'OMS; l'allocation des ressources aux différents programmes a été effectuée par chaque gouvernement intéressé, dans les limites de l'allocation budgétaire. Il est noté que le programme interpays décrit les critères des activités interpays et présente un résumé du contenu de chacun des programmes.

7. A la suite de cette présentation, le Sous-Comité décide d'examiner le document qui lui est soumis.

Caractéristiques du Budget Programme

8. L'introduction du Directeur régional est examinée soigneusement en raison de son importance programmatique. De substantiels efforts ont été déployés ces dernières années par les Etats Membres en collaboration avec l'OMS pour promouvoir les processus gestionnaires de développement sanitaire et rationaliser l'action sanitaire au niveau des pays en l'orientant vers les besoins essentiels et réels des populations.

9. Tous les Etats Membres ont formulé leur stratégie nationale de développement sanitaire; ils poursuivent la mise en place de mécanismes nationaux assurant la participation active des collectivités à la définition de leurs problèmes, à l'élaboration, à la mise en oeuvre et à l'évaluation des actions de développement sanitaire.

Annexe 10

10. Les soins de santé primaires se développent avec : i) la formulation de programmes nationaux traduits en plans; ii) l'affectation régulière de ressources nationales, et iii) la mise en oeuvre par l'OMS de projets interpays et interrégionaux.
11. Les problèmes nutritionnels sont aggravés par l'inflation, la sécheresse et les mouvements migratoires liés aux conflits. Une attention particulière doit être portée à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en application des résolutions WHA33.32 et WHA34.22.
12. L'amélioration des conditions de santé et sécurité des travailleurs implique la formulation d'une politique spécifique intégrée au plan de développement des Etats Membres en collaboration avec les organismes internationaux.
13. Conformément à la résolution WHA34.25, les Etats Membres ont mis en oeuvre des programmes et projets d'approvisionnement en eau potable et assainissement avec le concours de divers organismes bilatéraux et internationaux; l'OMS continue d'orienter l'action future et de coordonner les différentes activités.
14. Les médicaments essentiels continuent de faire l'objet d'une attention soutenue. La liste régionale de médicaments essentiels a été approuvée par les Etats Membres. Cependant, d'énormes problèmes de mobilisation de ressources freinent encore le démarrage des achats groupés.
15. La lutte contre les maladies endémiques ne pourra être efficace que par l'application conséquente de la stratégie des SSP avec la participation active des communautés.
16. La formation intégrée de l'équipe de santé constitue un élément essentiel des stratégies nationales et régionale en vue d'arriver à l'autosuffisance en matière de développement sanitaire.
17. Le Sous-Comité reconnaît que la flexibilité de la programmation/budgétisation de l'OMS facilite les allocations des fonds de l'OMS en fonction des besoins réels du moment dans chaque pays. La budgétisation par programme est l'une des principales étapes du processus gestionnaire.

Annexe 10

18. Conformément aux directives générales pour la programmation à moyen terme du Septième Programme général de Travail pour la période 1984-1989 (PGT.7) et la programmation/budgétisation pour la période 1984-1985, les programmes à moyen terme du PGT.7 et le Budget-Programme 1984-1985, sont pour la première fois dans l'histoire de l'Organisation résumés et publiés dans le projet de Budget-Programme régional.

19. En raison de la nécessité de l'homogénéité dans la présentation du Budget Programme de l'OMS et conformément à la résolution WHA30.23, les exposés de programmes par pays comportent quatre parties :

- i) la stratégie du développement sanitaire national qui résume les grandes lignes de la stratégie nationale à long terme en vue de la SPT/2000;
- ii) les principaux axes de l'appui attendu de l'OMS pour 1984-1989, où sont précisées les grandes orientations pour les six prochaines années, la collaboration de l'OMS devant faciliter et soutenir le développement sanitaire national;
- iii) l'appui de l'OMS pour 1984-1985 où sont brièvement énumérées les principales propositions budgétaires concernant la participation de l'OMS à des programmes et activités durant cette période;
- iv) le tableau où est ventilé le chiffre de planification de pays par programme, conformément à la "liste ordonnée de programmes du PGT.7".

20. Le Sous-Comité note les traits caractéristiques du Budget Programme 1984-1985 par rapport aux deux précédents :

- i) le Septième Programme général de Travail de l'Organisation pour la période 1984-1989 est le premier dont l'élaboration a pu prendre pleinement en compte les concepts de : justice sociale, santé pour tous en l'an 2000, soins de santé primaires, autosuffisance, participation communautaire et coopération technique entre pays en développement. L'une des conséquences de cette réorientation programmatique est la différence de structure du présent Budget Programme en rapport à celle des précédents exercices. Cette structuration regroupe de façon plus rationnelle les principaux axes d'intervention susceptibles de conduire les populations africaines et l'humanité à la SPT en l'an 2000;

Annexe 10

- ii) l'allocation des ressources entre les programmes est faite avec flexibilité, pour permettre un maximum de latitude lors des phases pré-exécutives de planification détaillée, et exécutives de mise en oeuvre des programmes.

21. Le Sous-Comité souligne que les informations relatives aux sources extrabudgétaires de financement des différents programmes sont incomplètes du fait de la non-concordance du cycle budgétaire intéressé. Certaines informations sont récemment parvenues au Bureau régional après l'impression du document; aussi, les fonds volontaires du compte spécial contre les maladies diarrhéiques sont en augmentation sensible alors qu'ils n'apparaissent pas sur le document présent.

Analyse du Programme régional

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

23. Le Sous-Comité constate que les exposés des programmes correspondent aux principes énumérés dans l'introduction du Directeur régional, en particulier :

- i) peu de programmes ont des allocations en baisse par rapport au biennium précédent;
- ii) les allocations pour les activités interpays de SSP sont, du fait de la nécessité de financer certains programmes spéciaux de CTPD, en diminution par rapport au biennium précédent;
- iii) les allocations des budgets pays pour les bourses d'études ont été faites sous chaque programme, ce qui explique une diminution (apparente) des allocations au titre spécifique du programme des personnels de santé.

24. Certains programmes présentent une augmentation importante de leur budget ordinaire en rapport avec les directives des organes délibérants et/ou la prise en charge par les pays des activités financées antérieurement par les fonds extrabudgétaires.

25. Il en est ainsi du processus gestionnaire pour le développement sanitaire national dont l'augmentation importante provient de la nécessité de la mise en oeuvre des stratégies nationales et régionale (résolution AFR/RC30/R9). Il provient aussi de la restructuration du programme interpays d'appui au processus gestionnaire.

Annexe 10

26. L'importance du programme 6 : Information du public et Education pour la santé, pour la santé, pour le succès des SSP a été perçue par les pays de la Région (Résolutions AFR/RC29/R10 et AFR/RC30/R4) et explique le fort accroissement au niveau organique pays.
27. Le Sous-Comité note avec satisfaction la prise en charge des activités de recherche par les pays eux-mêmes, fait significatif qui implique l'augmentation du budget du Programme 7 : Promotion et Développement de la Recherche, pour répondre aux résolutions AFR/RC30/R5 et AFR/RC31/R5.
28. Le Programme 9.1 : Santé maternelle et infantile, y compris la planification familiale, une des composantes essentielles des SSP, est en très forte augmentation, particulièrement au niveau des pays; certains pays ont inscrit ce programme à leur budget ordinaire alors que beaucoup de ces activités étaient initialement menées grâce à des ressources extrabudgétaires du FNUAP.
29. Le Programme 11.1 : Approvisionnement public en eau et assainissement, composante des SSP, programme prioritaire à l'horizon 1990, connaît une augmentation importante, c'est ainsi que de nombreux pays ont inscrit une ligne budgétaire sous ce programme du fait de l'incertitude de financement par d'autres ressources extérieures. Les programmes coopératifs entre l'OMS et le PNUD, le GTZ, le SIDA et la Banque mondiale, se poursuit au niveau interpays.
30. Certains pays ont inscrit le Programme 12.2 : Médicaments essentiels et vaccins au nombre de leurs priorités et lui ont alloué un montant important, conformément à la résolution AFR/RC28/R6. Les budgets des programmes interpays ont presque quadruplé du fait de la mise en place d'un fonds de roulement pour l'achat groupé de médicaments essentiels.
31. Le Programme 13.1 : Vaccination, composante essentielle des SSP et, programme prioritaire à l'horizon 1990, a été inscrit par plus des 3/4 des pays dans leurs tableaux budgétaires, ce qui explique l'augmentation significative du budget de ce programme.
32. Une stratégie de lutte antipaludique a été adoptée par le Comité régional (résolution AFR/RC31/R11) et plus du 1/3 des Etats Membres ont inscrit le Programme 13.3 Paludisme, au nombre de leurs priorités sur le budget ordinaire.

Annexe 10

33. La recrudescence de la trypanosomiase (programme 13.4) dans des foyers qui paraissent éteints préoccupe les responsables de 38 pays de la Région, en raison des difficultés pour maintenir une surveillance médicale régulière de la population à risque. Le Sous-Comité du Programme propose au Comité régional l'adoption de la résolution AFR/RC32/R1.
34. Le Programme 14 : Appui au Plan de l'Information sanitaire, présente une augmentation significative aux niveaux régional et interpays pour répondre à la résolution AFR/RC31/R5 demandant de prendre les mesures appropriées pour la création de l'Index Medicus africain : création d'un poste de bibliothécaire au niveau interpays et renforcement des Services généraux au niveau régional.
35. Les allocations budgétaires par pays sont passées en revue. Les énoncés des programmes pays et la répartition des fonds ont été élaborés par les pays eux-mêmes et n'ont donc pas soulevé de commentaires. Il est rappelé que les Etats Membres auront la possibilité de modifier la répartition des fonds à l'intérieur des crédits qui leur sont alloués lors de la planification détaillée pour le biennium 1984-1985.
36. Le Sous-Comité apprécie la nouvelle présentation des programmes interpays qui permet de connaître les critères retenus pour justifier ces activités et donner un aperçu de leur contenu.

Incidences budgétaires et financières

37. 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. Le tableau de la page xxxiii donne une ventilation des augmentations ou diminutions totales réelles des dépenses par programme. Le Budget Programme pour l'Afrique pour la période 1984-1985 accuse une augmentation réelle de 2 % appliquée exclusivement aux activités menées au niveau des pays, conformément aux directives des organes délibérants.

Conclusion

38. Le Sous-Comité se félicite de la façon dont le projet de Budget Programme 1984-1985 lui est présenté et de la participation des Etats Membres à son élaboration. Le Sous-Comité propose au Comité régional l'adoption de la résolution AFR/RC32/R2.

Annexe 10

RAPPORT DE SITUATION SUR LA MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME D'ACTION SUR LES MEDICAMENTS ESSENTIELS

39. Le document AFR/RC32/12 est présenté par le Dr Djermakoye (Niger). Dans la plupart des pays en développement, les dépenses consacrées aux médicaments représentent une bonne partie du budget santé et dans certains cas, jusqu'à 50 à 60 % de l'ensemble du budget alloué au Ministère de la Santé.
40. Le Directeur régional a désigné en octobre 1978 un Comité d'experts pour donner des avis sur la politique et la gestion pharmaceutiques de ce programme et cette initiative s'est traduite par la publication Série de Rapports techniques AFRO No. 6 intitulée "Politique et gestion pharmaceutiques". Dans ce numéro de Série de Rapports techniques, tous les aspects de ce programme, notamment achat, distribution, production, contrôle de la qualité, formation des personnels, recherche, coopération technique entre les pays et compagnies internationales ont été abordés.
41. En 1979, un consultant a été envoyé en mission dans 11 pays membres. Ces visites ont abouti à l'identification de deux problèmes importants, la pénurie de médicaments et la multiplicité des médicaments utilisés dans les Etats Membres du fait de l'emploi de spécialités pharmaceutiques. Il est donc nécessaire d'acheter les médicaments de façon rationnelle, ce qui exige que l'on diminue le nombre des médicaments utilisés en les sélectionnant convenablement, d'où la nécessité de dresser une liste des médicaments essentiels pour la Région africaine.
42. En coopération avec les Etats Membres, une liste régionale de médicaments essentiels a été élaborée et publiée en 1981.
43. Cette liste a servi de base à la préparation "d'achats groupés", comme demandé par les Etats Membres en 1978. Dix-neuf Etats Membres ont fait connaître leurs estimations pour la période quinquennale 1982-1986. La liste normalisée et commune à la Région a été envoyée à l'UNICEF pour cotations. Les mécanismes de gestion et de financement de ce plan sont actuellement étudiés tant par l'OMS que par l'UNICEF.

Annexe 10

44. Les points les plus importants résident dans la constitution d'un "fonds de roulement" grâce auquel l'UNICEF et l'OMS seront à la disposition des Etats Membres qui ne disposent pas de moyens de trouver les devises étrangères nécessaires. Ces pays paieront leurs médicaments à l'UNICEF en monnaie locale et l'UNICEF remboursera le fonds de roulement en devises étrangères.
45. Les cotations relatives à 60 articles ont été communiquées à l'OMS et les prix cotés sont inférieurs de 5 à 35 % à ceux généralement offerts à l'OMS par l'UNICEF. Aussitôt que les questions juridiques et administratives auront été réglées, les Etats Membres auront la possibilité de comparer les prix et de procéder à une analyse coûts/avantages.
46. La production locale de médicaments essentiels est encouragée. Le financement pourrait être assuré éventuellement par la Banque africaine de Développement (BAD) et/ou d'autres organismes. L'utilisation des mécanismes de la CTPD est vivement recommandée parce que le coût initial d'implantation d'une unité de production pharmaceutique est relativement élevé et la main-d'oeuvre nécessaire rare. Une action pour former des nationaux capables d'assumer des responsabilités dans ce domaine s'impose.
47. Il est indispensable de disposer de centres nationaux et interpays de contrôle de la qualité pour analyser et vérifier la qualité des médicaments importés ou produits localement.
48. L'importance de la distribution des médicaments dans les services de santé et notamment les soins de santé primaires (SSP) y est mise en relief et une approche multidisciplinaire est recommandée. La nécessité de former du personnel est soulignée si l'on veut que le programme soit mis en oeuvre de façon satisfaisante.
49. L'OMS fournit et continuera de fournir des experts dans les secteurs suivants du programme d'action sur les médicaments essentiels :
- formulation des politiques pharmaceutiques nationales;
 - législations;
 - distribution;
 - contrôle de la qualité, et
 - production locale.

Annexe 10

Le recours à la CTPD a été préconisé pour que les Etats partagent entre eux les moyens matériels, ressources et données d'expérience dont ils disposent.

50. La collaboration avec les organisations non-gouvernementales pour assurer la formation des nationaux est importante pour transférer les technologies des pays industrialisés vers les pays en développement. Le personnel pharmaceutique bénéficie d'une formation post-universitaire auprès de la Fédération internationale de l'Industrie du Médicament (FIIM) et de la Fédération mondiale des fabricants de spécialités grand public. La préparation ou la révision des politiques nationales en matière de médicaments revêtent une grande importance. Le Sous-Comité reconnaît la complexité des problèmes soulevés par les achats groupés et invite les Etats Membres à poursuivre leur collaboration avec l'OMS, l'UNICEF et les autres organisations internationales en vue de la mise en oeuvre rapide du plan d'action sur les médicaments essentiels.

RAPPORT SUR LA PARTICIPATION DES MEMBRES DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME AUX REUNIONS D'INTERET PROGRAMMATIQUE

51. Le document AFR/RC32/13 est présenté par le Dr F.M. Mueke (Kenya). Le Comité régional, lors de sa trentième session a, par sa décision No. 8, invité les membres du Sous-Comité du Programme participant à une réunion d'intérêt programmatique à présenter un rapport conjoint.

52. Dans le courant de l'exercice 1981-1982, le bureau du Sous-Comité du Programme a participé aux cinquième et sixième réunions régionales pour le programme (RPM). Les membres du Sous-Comité ont fait des commentaires et recommandations relatifs à :

- i) l'évaluation régionale de la mise en oeuvre du programme régional 1980-1981;
- ii) l'exécution du programme régional pour la période financière 1982-1983;
- iii) la programmation à moyen terme 1984-1989 et la programmation/budgétisation 1984-1985;
- iv) la surveillance continue et le contrôle de la stratégie régionale pour instaurer la santé pour tous d'ici à l'an 2000;
- v) la planification détaillée du Budget Programme pour la période 1984-1985.

Annexe 10Evaluation de la mise en oeuvre du programme régional 1980-1981

53. La difficulté de l'évaluation des programmes sanitaires au niveau des pays pour le biennium 1980-1981 a résidé dans l'hétérogénéité, pour ne pas dire l'absence dans certains cas des informations. Cette hétérogénéité provient de trois causes :

- i) l'absence d'une liste minimale d'indicateurs commune à tous les pays;
- ii) l'absence d'une réponse selon un canevas standard;
- iii) l'oubli de la méthodologie de l'évaluation.

54. Il est possible d'y remédier en :

- i) se conformant à la résolution sur les indicateurs pour la planification, la gestion et l'évaluation des services de santé qui invite les Etats Membres à sélectionner un nombre limité d'indicateurs fiables;
- ii) utilisant le canevas annoté figurant en annexe du rapport biennal du Bureau régional 1979-1980;¹
- iii) se servant des directives de l'OMS pour l'évaluation² restées dans l'oubli.

Directives relatives à l'exécution du programme régional pour la période financière 1982-1983

55. Les principales caractéristiques de la nouvelle philosophie du Budget-Programme esquissé sont les suivantes :

- i) le budget couvre deux (2) années civiles (période financière);
- ii) le budget approuvé est établi par objectifs et allocations des crédits par programmes (programmation par objectifs, budgétisation par programmes);
- iii) la budgétisation détaillée des projets dans les pays se fait à un stade ultérieur pour permettre une meilleure coordination avec les processus nationaux de planification et de budgétisation;

¹ Document AFR/RC31/3 et résolution AFR/RC30/R4.

² Résolution WHA31.11.

Annexe 10

- iv) la reprogrammation des ressources au niveau des pays est souple;
- v) les chiffres de planification par pays sont donnés à titre indicatif, une rééquilibrage est possible;
- vi) les modifications des budgets programmes, les programmes nationaux sont du seul ressort des gouvernements intéressés, mais le Directeur régional a pouvoir de recycler les fonds en cas de nécessité;
- vii) la budgétisation du programme de l'OMS est un processus continu, des rapports de situation sur les programmes par pays seront préparés trois fois l'an et expédiés aux Coordonnateurs des Programmes de l'OMS;
- viii) tout changement dans les besoins budgétaires par section ouvrant ouverture de crédits doit être contrôlé et signalé à l'avance par le Directeur régional au Directeur général.

Directives pour la programmation à moyen terme 1984-1989 et la programmation/budgétisation 1984-1985

56. Ces directives sont l'adaptation à la Région africaine des directives globales pour la programmation à moyen terme du Septième Programme général de Travail (PGT.7).¹ D'après ces directives, les programmes à moyen terme de l'Organisation pour 1984-1989 seront élaborés en même temps, sur la base du PGT.7 qui reflète à son tour les politiques et stratégies pour instaurer "la santé pour tous d'ici à l'an 2000". Ce programme à moyen terme (PMT) sera finalement utilisé comme base du Budget Programme biennal.

57. En juillet 1981, le Directeur général a fourni aux Directeurs régionaux un état provisoire des crédits du budget ordinaire affectés à chaque Région pour 1984-1985. Le Directeur régional a établi pour 1984-1985 des chiffres provisoires de planification par pays en attribuant à chacun d'eux, à titre provisoire, un chiffre indicatif des crédits du budget ordinaire. Ils constituent uniquement un ordre de grandeur servant à guider le processus de programmation/budgétisation. L'OMS se réserve le droit de reprogrammer et de redéployer avec souplesse les ressources prévues.

¹ Documents MTP/PB/81/1 et MTP/PB/81/1 Suppl. 1.

Annexe 10

58. Il est possible qu'une partie du chiffre de planification par pays du budget ordinaire ne fasse pas l'objet d'affectation spécifique dans le programme détaillé mais constitue un volet de réserve jusqu'à la période de mise en oeuvre. On pourra recourir selon les besoins aux services de consultants, de conseillers temporaires, de personnels à court terme et de personnels professionnels nationaux. Il pourrait également se révéler nécessaire de recourir à des subventions ou à des accords de services contractuels pour des travaux bien précis de recherche, de formation ou d'autres activités.

59. Les salaires d'appoint ne doivent pas dépasser 25 % du traitement national net; les subventions pour les coûts des dépenses locales ne doivent dépasser dans aucun pays 10 % du chiffre de planification et ne doivent représenter plus de 6 % de l'allocation régionale prévue au budget ordinaire pour la période financière considérée.

60. Les utilisations prévues des ressources de l'OMS devront être précisées dans un accord par exemple sous la forme d'un plan d'opérations ou d'échange de lettres, avant que ne soient échangés ou débloqués les crédits nécessaires.

61. Tous les pays qui ne l'ont pas encore fait doivent s'efforcer de créer, selon les besoins, des groupes, conseils, comités, etc., pour la planification ou la coordination du développement sanitaire national.

62. La programmation/budgétisation de l'OMS au niveau des pays a deux étapes :

- a) élaborer le Budget-Programme de l'OMS sous la forme de programmes généraux répondant à des besoins de priorité définis à l'échelon national;
- b) reporter la planification détaillée des projets à une date ultérieure.

Surveillance continue et contrôle de la stratégie régionale pour instaurer la santé pour tous d'ici à l'an 2000

63. La stratégie régionale de la santé pour tous commence dans les pays et s'étend à toute la Région où elle bénéficie de l'appui de l'OMS. Bien qu'elle ait été adoptée lors

Annexe 10

de la trentième session du Comité régional¹ à partir d'une synthèse des politiques, stratégies et plans d'action nationaux, elle est placée dans un cadre régional et signale les problèmes prioritaires qui exigent une action au plan international.² Elle vise à donner corps aux politiques sanitaires et socio-économiques nationales et régionales.

64. Le Comité régional, lors de sa trentième session, par la résolution AFR/RC30/R9 a "prié le Directeur régional de 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". A cette fin, il utilisera les indicateurs recommandés par les experts régionaux³, l'accent étant mis sur la liste des douze indicateurs mondiaux adoptée par la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé en 1981.

65. Etant donné la périodicité du PGT du Budget Programme, du rapport du Directeur régional et du plan d'action pour la mise en oeuvre de la stratégie mondiale⁴, un calendrier a été proposé qui décrit les principaux stades de la préparation, de l'exécution et de l'évaluation du programme à moyen terme pour le Septième Programme général de Travail pour 1984-1989 :

- | | |
|--|----------------|
| i) Adoption de la stratégie nationale | Septembre 1981 |
| ii) Adoption des mécanismes d'évaluation
et rapport des experts régionaux sur
les indicateurs | Septembre 1981 |
| iii) Mise en place des mécanismes d'évaluation,
y compris l'appui à l'information | Septembre 1982 |
| iv) Rapport d'activité biennal (adéquation
de la formulation et de l'état d'avan-
cement des programmes) | Septembre 1983 |

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

² Résolution AFR/RC29/R16.

³ AFR/TRS/12 et Annexe 3 des dispositions du document AFR/EXM/6.

⁴ Document EB69/5, page 15.

Annexe 10

- | | | |
|-------|---|---|
| v) | Rapport d'activité biennal (adéquation de la formulation des programmes et indication de leur état d'avancement; première évaluation de l'efficacité) | (fin de la première période biennale du Septième Programme général de Travail) |
| vi) | Evaluation de l'efficacité de la stratégie en liaison avec la préparation du Huitième Programme général de Travail | 1986 ou 1987 suivant l'état d'avancement de la préparation du Huitième Programme général de Travail (PGT.8) |
| vii) | Rapport d'activité biennal (adéquation de la formulation et de l'état d'avancement des programmes) | Septembre 1987 |
| viii) | Rapport biennal du Directeur régional (adéquation de la formulation du programme, état d'avancement, efficacité et impact). | Septembre 1989
(fin du Septième Programme général de Travail) |

66. Il convient de noter que :

- i) le rapport biennal d'activité en 1983, 1985 et 1987 indiquera les progrès réalisés par le programme et l'adéquation de la formulation, ce qui permettra de l'ajuster;
- ii) en 1985 et 1987, l'état d'avancement des activités fera l'objet d'une évaluation que l'on déterminera en même temps que l'efficacité ou le degré de réalisation des objectifs d'ensemble et des objectifs quantifiés du programme;
- iii) en 1989, à la fin du Septième Programme général de Travail, l'adéquation de la formulation du programme, les progrès, l'efficacité et l'impact feront l'objet d'une évaluation.

Annexe 10Projet de Budget-Programme 1984-1985

67. En juillet 1981, le Directeur général a communiqué à tous les Directeurs régionaux les chiffres approximatifs du budget ordinaire pour chaque Région pour la période 1984-1985. Le Directeur régional a fixé un chiffre indicatif pour chaque pays fondé sur le modèle adopté par le Comité régional¹ lors de sa vingt-neuvième session et examiné par la quatrième réunion régionale pour le programme (RPM.4).

Directives relatives à une planification détaillée en 1984-1985

68. Le projet de Budget-Programme pour 1984-1985 est réexaminé par la trente-deuxième session du Comité régional et il devra être soumis par la suite à l'approbation de l'Assemblée mondiale de la Santé. Toutefois, il est peu probable que des changements importants soient apportés aux propositions des pays.

69. Conformément à la nature de la programmation des ressources de l'OMS au niveau des pays, le travail qui consiste à traduire les propositions du Budget-Programme en plans opérationnels pour mener les activités du programme peut par conséquent commencer immédiatement après l'approbation du projet de Budget-Programme 1984-1985.

70. Pour chaque programme pour lequel la collaboration de l'OMS a été prévue en 1984-1985, il sera nécessaire de rédiger des documents de projets opérationnels succincts. Ces documents de projet devront posséder trois éléments qui spécifieront :

- les objectifs
- les activités et leur échelonnement
- les apports budgétaires.

71. Une certaine partie de la collaboration de l'OMS retenue sera probablement la poursuite des activités en cours. D'autres activités pourront être entièrement nouvelles en ce qui concerne la collaboration de l'OMS. Dans l'un ou l'autre cas, il serait utile d'examiner soigneusement et de donner un caractère officiel aux objectifs et approches et ce, de façon uniforme.

¹ AFR/TRS/8

Annexe 10

72. Les activités retenues pour chaque projet et leur échelonnement devront être étayés de façon à faciliter l'exécution et le contrôle du projet.

73. Les bourses d'études devront, chaque fois que possible, être inscrites au budget des différents programmes qu'elles appuient plutôt que d'être reprises globalement au titre du programme de développement des services de santé.

74. Si un projet est financé par plusieurs sources de fonds, il conviendra d'utiliser des feuilles séparées afin de faciliter le processus de gestion des donateurs et de l'OMS.

75. Il existe un calendrier de la planification détaillée pour renforcer la partie opérationnelle et la mise en oeuvre au niveau des pays :

- Août 1982 : Le Bureau régional communiquera aux Coordonnateurs des Programmes OMS les coûts standard retenus pour les apports budgétaires de l'OMS en 1984-1985 estimés sur la base des coûts en vigueur en 1982.
- Août 1982 : Le Bureau régional enverra aux Coordonnateurs des Programmes de l'OMS la liste des nouveaux numéros de référence des projets pour les projets qui continuent; ces numéros devront être utilisés à compter de 1984, conformément au Septième Programme général de Travail.
- Octobre 1982 : Après l'examen du projet de Budget-Programme 1984-1985 par le Comité régional, les Coordonnateurs des Programmes OMS collaborent avec les autorités nationales pour affiner le plan détaillé.
- Décembre 1982 : Réception des plans préliminaires détaillés à AFRO. Examen des aspects techniques et budgétaires des plans détaillés et rétro-information écrite aux Coordonnateurs des Programmes OMS.
- 31 octobre 1983 : Date limite pour la réception des plans détaillés définitifs par AFRO afin de conclure des accords de programme par pays et octroi des crédits alloués avec pouvoir de les dépenser pendant la période biennale 1984-1985. Une partie du chiffre de planification par pays du budget ordinaire pourra être réservée à une utilisation souple au cours de la période financière.

76. Tout changement par rapport aux propositions faites au départ par le pays pour 1984-1985 au titre du budget ordinaire devra être justifié, ce qui permettra au Directeur régional de surveiller l'exécution du Programme régional et d'informer au besoin les organes délibérants de l'OMS. Le Sous-Comité propose au Comité régional l'adoption de la résolution AFR/RC32/R4.

VISITES DES RESPONSABLES DES ETATS MEMBRES DANS D'AUTRES PAYS DE LA REGION

77. Le Dr Sabino Dias présente le document AFR/RC32/14.

78. Au 31 mai 1982, le Directeur régional a reçu les rapports de visite des responsables originaires de 20 pays, qui se sont rendus dans 24 autres pays de la Région.

79. Les 24 visites ont fait l'objet de rapports. La liste de ces rapports de visite se trouve à l'Appendice 3.

80. Chaque rapport fait mention de l'objectif du programme de visites, des activités de SSP et des conclusions et recommandations.

81. Le Comité permanent CTPD a examiné de façon approfondie les visites d'étude entre pays de la Région en tant que mécanisme CTPD, et en a tiré des conclusions importantes.

82. Le Sous-Comité approuve les conclusions du Comité permanent CTPD selon lesquelles les visites d'étude entre les pays de la Région sont utiles dans la mesure où :

- i) elles ont une durée suffisante;
- ii) elles sont organisées en temps opportun pour les pays visités comme pour les pays visiteurs et comportent un programme détaillé;
- iii) elles permettent d'étudier concrètement les expériences proposées pour résoudre des problèmes communs;
- iv) elles laissent le choix aux visiteurs sur les réalisations à visiter, selon une discipline librement consentie;
- v) elles donnent lieu à un rapport conjoint susceptible d'apporter des informations utiles à l'ensemble des pays de la Région.

Annexe 10

83. Le Sous-Comité adopte le canevas de rapport de visite proposé par le Comité permanent CTPD¹ et soumet au Comité régional la décision de procédure 8.

RAPPORT DU COMITE PERMANENT SUR LA COOPERATION TECHNIQUE ENTRE PAYS EN DEVELOPPEMENT

84. Le document AFR/RC32/15 est présenté par le Dr Ibrahim Koné (Côte d'Ivoire).

85. Les trois groupes de travail sous-régionaux CTPD ont examiné cinq thèmes conformément à la Décision 9 de la trente-et-unième session du Comité régional.

Rapport de situation des mécanismes de mise en oeuvre de la CTPD

86. L'attention du Sous-Comité du Programme a été particulièrement retenue par les aspects suivants :

- les activités CTPD au niveau des Etats Membres telles que l'échange d'enseignants et d'étudiants, la formation du personnel et les visites d'études;
- les activités de l'OMS à caractère CTPD, notamment : les projets interpays, les bourses d'études, la création de réseaux régionaux et l'organisation de coopération sous-régionale.

87. Au terme de ses discussions, le Sous-Comité du Programme a mis un accent particulier sur l'échange d'enseignants et d'étudiants ainsi que sur les visites d'études pour lesquelles des critères précis et un canevas de rapport ont été proposés pour les rendre plus utiles.

Choix de mécanismes et techniques appropriés pour la gestion sanitaire dans les pays en développement

88. Le Sous-Comité du Programme a centré ses discussions sur certains aspects, notamment : le système national d'information, le processus d'évaluation, l'adaptation des structures administratives à la formulation des programmes prioritaires, la décentralisation et la déconcentration des services, ainsi que la formation à la gestion.

¹ Document AFR/RC32/15 (Annexe 3).

Annexe 10Centres nationaux de développement sanitaire

89. Le Sous-Comité a convenu que la mise en place de CNDS demande de profonds changements de l'organisation de l'appareil de planification du pays et une reconversion des mentalités face aux problèmes sanitaires des populations. Le Sous-Comité a reconnu qu'il n'existe pas une composition ou une constitution standard du CNDS. Il a insisté sur l'importance de la volonté politique en matière de développement sanitaire pour l'efficacité du CNDS ainsi que sur son rôle de formation. Cette formation s'éloigne du cadre traditionnel de l'enseignement type académique, et sera principalement axé sur le processus gestionnaire pour le développement sanitaire national.

Soins de santé primaires - Législation sanitaire & CTPD

90. Le Sous-Comité a reconnu que l'approche de "la santé pour le peuple et par le peuple" sous-tendue par les soins de santé primaires (SSP) introduit des notions fondamentales que sont l'autogestion et l'autoresponsabilité, ainsi qu'une nouvelle catégorie de travailleurs de la santé, les agents de santé communautaires.

91. La nécessité de réviser les dispositions législatives concernant la santé, afin de définir le statut et les attributions de ces personnels non professionnels, et les protéger dans l'exercice de leurs fonctions a été mise en évidence. La législation sanitaire doit aussi assurer la protection juridique de l'autogestion et de l'autoresponsabilité communautaire.

92. Le Sous-Comité a reconnu la nécessité d'harmoniser les législations sanitaires dans le cadre de la CTPD, d'échanger des expériences et de concevoir des normes adaptées à la situation de pays en développement dans l'exercice de la médecine.

93. La contribution des communautés, en particulier à l'achat des médicaments essentiels, la rétribution des agents de santé communautaires et la médecine traditionnelle ont également retenu l'attention du Sous-Comité.

Annexe 10Approvisionnement en eau et assainissement

94. Le Sous-Comité a mis un accent particulier sur un certain nombre d'aspects dont : le retard du monde rural sur le monde urbain, la coordination entre différents départements, agences et organismes qui interviennent dans le secteur Eau et Assainissement, le développement du personnel du secteur, le recours aux technologies appropriées et la nécessité de mieux préparer et présenter les projets pour mobiliser des fonds extérieurs.

Recommandations

95. Le Sous-Comité du Programme fait siennes les recommandations du Comité permanent CTPD :

95.1 Mise en oeuvre de la CTPD

- i) Les Etats Membres devraient échanger soit directement de gouvernement à gouvernement, soit par l'intermédiaire de l'OMS ou d'autres organisations bilatérales ou internationales les informations pertinentes sur leurs expériences nationales afin de manifester leur volonté politique de coopération.
- ii) Le financement des activités de CTPD ne doit pas être assuré uniquement par des organisations internationales, mais aussi par les gouvernements de la Région, des organisations sous-régionales ou régionales.
- iii) La transmission d'informations concernant la formation du personnel est nécessaire pour permettre aux Etats Membres de connaître les possibilités qu'offre la CTPD dans ce domaine. A cet égard, il a été instamment demandé que les Membres africains de l'OMS apportent leur appui au Centre ALERT¹ (Ethiopie) en qualité de Membres du Conseil d'Administration et participent à ses activités. De même, il importe au plus haut point que le Bureau régional aide les Etats Membres qui le désirent à obtenir des renseignements sur la formation spécialisée d'ingénieurs sanitaires à Ouagadougou, Haute-Volta.

¹All Africa Leprosy and Rehabilitation Training Centre.

95.2 Choix des mécanismes

- i) La mise en place ou l'amélioration d'un système national d'information sanitaire est indispensable à l'établissement des indicateurs pour évaluer les progrès vers la "santé pour tous".
- ii) L'établissement concomitant d'un processus d'évaluation permanent permettant d'étudier la pertinence des programmes, l'adéquation de leur formulation, leur état d'avancement, leur efficacité et leur impact en vue d'une reprogrammation conséquente est indispensable.
- iii) Les structures administratives doivent être adaptées à la formulation des programmes prioritaires; la décentralisation et la déconcentration doivent permettre aux décideurs de se mettre à l'écoute des communautés et de répondre à leurs besoins.
- iv) Tous les personnels de santé, à tous les niveaux, devraient être recyclés ou formés dans le domaine de la gestion.

95.3 Centres nationaux de Développement sanitaire (CNDS)

- i) Les CNDS ont un rôle fondamental dans le domaine de la formation, principalement axée sur les processus gestionnaires. Ils doivent aussi intervenir dans l'information et l'enseignement/apprentissage au sein des collectivités.
- ii) La mise en place des CNDS et leur efficacité dépendent essentiellement de l'application de la détermination politique des Etats Membres.

95.4 Soins de santé primaires - Législation sanitaire et CTPD

- i) L'agent de santé communautaire est un acteur essentiel dans la mise en oeuvre des SSP. Sa responsabilité est indissociable de l'aspect de sa protection juridique. Il est donc nécessaire de réviser la législation sanitaire des pays pour réglementer la politique socio-sanitaire des non-professionnels de la santé, agents de santé communautaire et thérapeutes traditionnels, afin de mieux les intégrer dans les équipes de santé.

Annexe 10

- ii) En matière de législation sanitaire, la CTPD peut intervenir dans les domaines suivants :
- réglementation des pratiques médicales par les non-professionnels de la santé;
 - formation des agents de santé communautaires et standardisation des médicaments essentiels à mettre à leur portée;
 - législation pharmaceutique et contrôle des substances dangereuses ainsi que de leur circulation;
 - réglementation de la médecine traditionnelle afin de pouvoir intégrer ses aspects positifs dans la pratique socio-sanitaire quotidienne en faveur des collectivités.
- iii) L'OMS peut assurer les échanges d'informations concernant la législation sanitaire par l'intermédiaire de la revue trimestrielle "Recueil international de législation sanitaire". Il est du ressort des pays de lui fournir des informations.

95.5 Approvisionnement en eau et assainissement

- i) Les Etats Membres devront redéfinir leurs politiques nationales dans le secteur eau/assainissement en vue de résorber le retard du monde rural sur le monde urbain.
- ii) Le renforcement des comités nationaux d'action est indispensable pour permettre une meilleure coordination et collaboration entre différents départements et/ou agences nationales ou non, intervenant dans le secteur eau/assainissement.
- iii) Le développement rapide des personnels du secteur eau/assainissement à tous les niveaux, ainsi que leur pleine utilisation, constituent un préalable au succès de la DIEPA.

Annexe 10

- iv) Les pays à vastes zones désertiques, semi-désertiques et/ou de savanes, devront établir des bilans des ressources hydrologiques afin de définir des projets ou plans d'action basés sur des données fiables.
- v) A cet effet, il est recommandé d'inclure systématiquement une composante assainissement dans tout projet AEP pour tirer le meilleur bénéfice socio-sanitaire des projets de ce secteur.
- vi) Le recours aux technologies appropriées et la promotion de la production locale de matériels et produits dans ce secteur faciliteront, dans une large mesure, l'atteinte des objectifs de la DIEPA. L'approche CTPD et la participation communautaire sont les moyens les plus appropriés pour y parvenir.
- vii) Pour mobiliser le maximum de fonds extérieurs, il est nécessaire que les projets AEPA soient mieux préparés et mieux présentés que le passé. L'OMS peut et doit aider les Etats Membres à y parvenir.

SUJETS A INSCRIRE AU PROGRAMME DE TRAVAIL DES GROUPES DE TRAVAIL CTPD

96. Le Sous-Comité du Programme rappelle la décision 9 de la trente-et-unième session du Comité régional arrêtant les thèmes pour 1983-1984.

97. Le Sous-Comité propose au Comité régional les thèmes additionnels retenus par le Comité permanent CTPD :

- i) coopération avec l'OUA et la CEA;
- ii) médecine traditionnelle dans le cadre de la CTPD;
- iii) banque de sang;
- iv) surveillance épidémiologique et lutte contre la maladie.

Il a adopté également les thèmes additionnels proposés par le Comité permanent CTPD.

Annexe 10Renouvellement du comité permanent CTPD

98. Conformément à la résolution AFR/RC29/R9, le mandat des pays suivants a pris fin : Botswana, Burundi, Cap-Vert, Zambie, Kenya et Malawi. Ils sont remplacés par les Etats Membres suivants : Angola, République centrafricaine, Comores, Gabon, Mali et Togo.

99. Le Sous-Comité du Programme propose au Comité régional d'autoriser le Directeur régional à désigner un pays de la même Sous-Région parmi les pays qui n'ont jamais siégé au Comité permanent pour remplacer un autre pays en cas d'empêchement. Cette désignation se fera par ordre alphabétique.

100. Le Sous-Comité soumet au Comité régional la résolution AFR/RC32/R5 les décisions de procédure 9 et 10.

EXAMEN DU FLUX INTERNATIONAL DE RESSOURCES POUR LA STRATEGIE REGIONALE DE LA SANTE POUR TOUS EN L'AN 2000

101. Les documents AFR/RC32/16 et COR/HRG/82.2 sont présentés par le Docteur (Mrs) A.P. Maruping (Lesotho).

102. Le Comité régional à sa trente-et-unième session a souhaité examiner à la présente session le flux international de ressources pour la stratégie régionale de la santé pour tous en l'an 2000.

103. Le Directeur régional a soumis à l'examen du Groupe africain de Ressources Santé/2000 (GARS/2000) lors de sa réunion des 10 et 11 juin 1982, les documents présentés au Conseil exécutifs lors de sa soixante-neuvième session en janvier 1982 et la résolution y afférente :

- i) la stratégie de la santé pour tous d'ici à l'an 2000 : examen des dépenses de santé, des besoins financiers et du mouvement international des ressources (document EB69/7);
- ii) Groupe de ressources sanitaires pour les soins de santé primaires (document EB69/7 add.1);
- iii) résolution EB69.R4.

Annexe 10

104. Les meilleures prévisions que l'on puisse faire actuellement sur la base des informations dont on dispose montrent que le coût des SSP dans les pays les moins favorisés pourrait être de l'ordre de US \$ 10 par habitant et par an, pour les dépenses renouvelables. Les ressources pour les SSP doivent constituer un bien permanent de telle sorte que les partenaires extérieurs puissent favoriser la mise en oeuvre de stratégies valides.

105. Le Sous-Comité du Programme fait siennes les recommandations du Groupe africain de Ressources/2000 (GARS/2000) :

- i) la formation de personnel qualifié, capable de présenter les besoins en ressources extrabudgétaires est un préalable indispensable; la formation en gestion permet de rendre compte des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des ressources extrabudgétaires;
- ii) les coûts récurrents doivent nécessairement être pris en considération lors de la préparation des projets à soumettre aux organismes donateurs, les pays devant mentionner en bonne place leurs ressources propres;
- iii) le problème du dialogue avec les donateurs pourrait être résolu au niveau des pays par les groupes nationaux de ressources pour les SSP et au niveau régional ou mondial par la représentation des pays et des donateurs au niveau le plus élevé;
- iv) le respect des engagements pris devra permettre la mise en oeuvre des projets et programmes;
- v) le catalogue des projets que le Bureau établit chaque année en collaboration avec les gouvernements et le Siège devra, à l'avenir, présenter aussi les projets financés grâce aux efforts du GARS/2000 et de l'OMS, ce qui permettra d'évaluer les actions prises dans la mise en oeuvre de la mobilisation du flux de ressources (résolution WHA34.37).

106. Le Sous-Comité du Programme a mis un accent particulier sur l'importance d'une action opérationnelle et une coordination des ressources d'abord au niveau national. Cette action doit ensuite être appuyée par les niveaux régional et mondial.

Annexe 10

107. L'action au niveau national consistera essentiellement en la réaffectation des ressources existantes selon les besoins et en fonction des priorités sanitaires nationales, l'analyse des coûts, des avantages et de l'efficacité de différentes approches, la détermination de l'ordre de grandeur des coûts estimatifs et les ressources dont on peut disposer ainsi que les ressources supplémentaires à obtenir des sources extérieures. Une approche est proposée à cet effet, l'"analyse de l'utilisation des ressources au niveau national". Cette approche a pour but l'examen par un "groupe national de ressources pour les SSP", des besoins totaux, des ressources disponibles, et les possibilités de financement extérieur de la stratégie de la santé pour tous. De tels groupes pourraient être des groupes de travail, des sous-comités ou des commissions du conseil national de la santé ou organismes similaires, ce qui éviterait une multiplication excessive de comités, des commissions ou de groupes de travail oeuvrant pour le développement sanitaire.

108. Les mesures à prendre au niveau régional comprendront notamment : l'échange d'informations sur les différents moyens de financement de systèmes de santé, l'estimation des ressources disponibles et des ressources nécessaires, ainsi que des études coût/avantages portant sur divers aspects de la stratégie. Le Bureau régional apportera également le soutien technique et administratif nécessaire aux pays pour effectuer des "analyses de l'utilisation de leurs ressources".

109. Le Directeur général a décidé, conformément aux directives de l'Assemblée et du Conseil, de réunir le Groupe mondial de Ressources de la Santé pour tous en l'an 2000. Il s'agit d'une instance centrale où les pays en développement, les organismes bilatéraux et multilatéraux et les organisations non-gouvernementales peuvent aborder les problèmes liés à la rationalisation du flux de ressources en faveur des stratégies de la santé pour tous, et dégager les grandes lignes des solutions à y apporter.

110. Le Comité régional est invité à réserver une somme modique de l'ordre de US \$ 50 000, dans le budget régional 1984-1985, de manière à assurer la visibilité et la disponibilité des ressources pour l'action de soutien.

111. Le Sous-Comité propose au Comité régional :

Annexe 10

- i) la création d'un projet interpays pour appuyer l'utilisation rationnelle et la mobilisation des ressources en faveur de la santé au niveau des pays, le Budget-Programme 1984-1985 n'ayant rien prévu à cet effet, les 50 000 dollars pourraient, pour le biennium, provenir du programme du Directeur régional pour le développement;
- ii) le choix des deux représentants de la Région à la prochaine réunion du Groupe mondial de Ressources Santé/2000 parmi les membres du Comité permanent CTPD selon l'ordre alphabétique des pays; ceci a l'avantage de la continuité puisqu'il permet d'avoir les mêmes représentants au Groupe mondial et au Groupe régional de Ressources Santé/2000.

112. Le Sous-Comité du Programme soumet au Comité régional la résolution AFR/RC32/R6 et la décision 11.

CONCLUSIONS

113. Le Sous-Comité, après avoir étudié le projet de Budget-Programme 1984-1985, recommande au Comité l'adoption du document AFR/RC32/2. Ce document répond aux principes directeurs du programme défini par les organes délibérants. Un projet de résolution lui est soumis.

114. La mise en oeuvre du programme d'action sur les médicaments essentiels a permis de dresser la liste officielle des médicaments essentiels de la Région africaine. Cette liste a servi de base à la préparation d'achats groupés comme demandé par les Etats Membres en 1978. Le point le plus important réside dans la constitution d'un fonds de roulement. La production locale, le contrôle de la qualité et de la distribution par le biais des SSP nécessitent outre le rôle joué par l'OMS, le recours à la CTPD pour que les Etat Membres partagent entre eux les moyens matériels ainsi que les ressources et données d'expérience dont ils disposent.

115. Le Sous-Comité fait siennes les recommandations du rapport de ses membres, qui ont participé aux cinquième et sixième réunions régionales pour le programme. Celles-ci ont trait à :

Annexe 10

- i) Evaluation de la mise en oeuvre du Programme régional 1980-1981.
- ii) Exécution du Programme régional pour la période financière 1982-1983.
- iii) Programmation à moyen terme 1984-1989 et programmation/budgétisation 1984-1985.
- iv) Contrôle et évaluation continus de la stratégie régionale pour instaurer la santé pour tous d'ici à l'an 2000.
- v) Planification détaillée du budget programme 1984-1985.

116. Les visites d'études entre les pays de la Région paraissent utiles au Sous-Comité sous certaines conditions : i) disponibilité de données suffisantes; ii) temps opportun et programme détaillé; iii) étude concrète des expériences proposées pour résoudre les problèmes communs; iv) choix par les visiteurs des lieux à visiter; v) rapport conjoint de visite selon un canevas permettant d'apporter des informations utiles à l'ensemble des pays de la Région.

117. Le Sous-Comité fait sienne les recommandations du Comité permanent CTPD concernant i) la mise en oeuvre de la CTPD; ii) le choix des mécanismes de gestion; iii) les centres nationaux de développement sanitaires; iv) les soins de santé primaires dans leurs implications dans le domaine de la législation sanitaire et v) l'approvisionnement en eau et l'assainissement. Il propose des sujets additionnels à inscrire au programme de travail des groupes de travail CTPD.

118. Les recommandations du Groupe africain de Ressources Santé/2000 ont été retenues par le Sous-Comité. Elles concernent : i) la formation du personnel qualifié en gestion; ii) la prise en considération des coûts récurrents des projets lors de leur présentation; iii) l'indication par les pays de leur prise de participation aux projets soumis au financement extérieur; iv) le rôle des groupes nationaux de ressources pour les SSP dans les négociations avec les contributeurs et v) la présentation dans le Catalogue OMS/Gouvernement de la liste des projets financés grâce aux efforts de l'OMS et du Groupe africain de Ressources Santé/2000.

Annexe 10

119. Le Sous-Comité propose également les recommandations relatives à :

- i) la création d'un projet inter-pays pour appuyer l'utilisation rationnelle et la mobilisation des ressources en faveur de la santé au niveau des pays et
- ii) le choix de deux représentants de la Région à la prochaine réunion du Groupe mondial de Ressources Santé/2000 parmi les groupes du Comité permanent CTPD.

Annexe IO

APPENDICE 1

LISTE DES PARTICIPANTS

GHANA

Dr K. Ward Brew
National WHO Programme Coordinator
P.O. Box M.142
Accra

GUINEE

Dr Oumar Diallo
Directeur des Services de soins

GUINEE-BISSAU

Dr Sabino José Dias
Directeur général de l'assistance hospitalière
Ministère de la Santé

COTE D'IVOIRE

Dr Ibrahim Koné
Directeur des Relations régionales et internationales

Dr Konan N'Da
Directeur de la Santé publique et de la Population

Dr Konian Kangha
Médecin-Chef
Secteur de Santé rurale de Bouaflé

KENYA

Hon. Dr E.W. Wameyo
Assistant Minister of Health

Dr F.M. Mueke
Deputy Director of Medical Services

Mrs E.W. Ongeru
Nursing Officer

Appendice 1Annexe 10

LESOTHO

Dr (Mrs) A.P. Maruping
Director of Health Services

Mr M. Chabane
Deputy Permanent Secretary

MALI

Professeur A. Ag Rhaly
Directeur général, Institut national de Recherche en Santé publique

MAURICE

Dr J.C. Mohith
Principal Medical Officer (Curative)

MOZAMBIQUE

Dr Jose F. Caseiro Rocha
National Director
Medical Assistance

Dr Inusse Noormahomed
Director
Training Personnel

Mr Jorge Tomo
Adjunct Coordinator
International Cooperation

NIGER

Dr Maidanda S. Djermakoye
Inspecteur général des Pharmacies
Directeur général de l'Office national
des Produits pharmaceutiques et chimiques (ONPPC)

Dr Moha Abdou
Directeur départemental adjoint de la Santé d'Agades

PROGRAMME DE TRAVAIL

1. Ouverture de la réunion
2. Projet de budget programme 1984-1985 (document AFR/RC32/2)
3. Rapport de situation sur la mise en oeuvre du programme d'action sur les médicaments essentiels (document AFR/RC32/12)
4. Rapport sur la participation des Membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique (document AFR/RC32/13)
5. Rapport sur les visites des responsables des Etats Membres dans d'autres pays de la Région (document AFR/RC32/14)
6. Rapport du Comité permanent sur la Coopération technique entre Pays en Développement (document AFR/RC32/15)
7. Examen du flux international de ressources pour la stratégie régionale de la santé pour tous en l'an 2000 (document AFR/RC32/16)
8. Adoption du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC32/10)
9. Distribution des tâches pour la présentation du rapport du Sous-Comité au Comité régional (document AFR/RC32/10)
10. Clôture de la réunion.

LISTE DES RAPPORTS DE VISITE
DES RESPONSABLES DES ETATS MEMBRES
DANS D'AUTRES PAYS DE LA REGION

ANGOLA (DELEGATION DU BENIN)
BOTSWANA (DELEGATION DE LIBERIA)
BOTSWANA (DELEGATION CAMEROUNAISE)
BURUNDI (DELEGATION VOLTAIQUE)
CAP-VERT (DELEGATION DE LA GUINEE EQUATORIALE)
CAP-VERT (DELEGATION DE SAO TOME ET PRINCIPE)
COMORES (DELEGATION DU CAP-VERT)
COMORES (DELEGATION VOLTAIQUE)
CONGO (DELEGATION DU CAP-VERT)
GUINEE EQUATORIALE (DELEGATION DE GUINEE-BISSAU)
GABON (DELEGATION DU BENIN)
GUINEE (DELEGATION CAMEROUNAISE)
COTE D'IVOIRE (DELEGATION GABONAISE)
MADAGASCAR (DELEGATION DU NIGER)
MALAWI (DELEGATION DE LIBERIA)
MALI (DELEGATION CENTRAFRICAINE)
MOZAMBIQUE (DELEGATION DE GUINEE BISSAU)
MOZAMBIQUE (DELEGATION MALIENNE)
RWANDA (DELEGATION CENTRAFRICAINE)
SEYCHELLES (DELEGATION GABONAISE)
TOGO (DELEGATION DE SAO TOME ET PRINCIPE)
REPUBLIQUE UNIE DU CAMEROUN (DELEGATION GHANEENNE)
REPUBLIQUE UNIE DE TANZANIE (DELEGATION GHANEENNE)
REPUBLIQUE UNIE DE TANZANIE (DELEGATION MALIENNE)

(AFR/RC32/28)

ANNEXE 11

SOUS-COMITE DU PROGRAMME

Rapport de la réunion du 22 septembre 1982

INTRODUCTION

1. Le Sous-Comite du Programme s'est réuni le 22 septembre 1982 à Libreville, Gabon, à la fin des travaux de la trente-deuxième session du Comité régional. On trouvera en Appendice 1 la liste des participants.
2. Ont été élus : comme Président, le Prof. O. Sylla (Sénégal); comme Vice-Président, le Dr A. Soares de Lima (Sao Tomé et Príncipe) et comme Rapporteur, le Dr J. C. Mohith (Maurice).
3. Le programme de travail a été adopté (Appendice 2)

PARTICIPATION DES MEMBRES DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME AUX REUNIONS DE PROGRAMMATION

4. Le Directeur du Programme de Soutien a présenté le document AFR/RC32/26 qui contenait deux annexes. La première indiquait la participation des membres du Sous-Comité aux réunions de programmation qui se sont tenues depuis 1977. La deuxième annexe fournissait des informations sur les réunions prévues en 1982-1983 et auxquelles la participation des membres du Sous-Comité est considérée comme souhaitable ainsi que des suggestions concernant les membres qui devraient participer aux réunions indiquées.
5. Après discussion sur la liste des réunions et des participants suggérés, le Sous-Comité a décidé de ce qui suit :

Annexe 11

REUNIONS D'INTERET PROGRAMMATIQUES AUXQUELLES
DES MEMBRES DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME
DEVRONT ASSISTER - 1982/1983

Nom, lieu et date de la réunion	Objectif	Langue	Membres dont la participation est proposée
1. Sixième Comité consultatif africain de la Recherche médicale (CCARM) avril 1983	Evaluer des programmes de recherche en termes d'objectifs établis au préalable; examiner les travaux de recherche ou problèmes concernant le développement que le RD peut soumettre au sujet de Santé/2000	A/F	Nigéria, Sao Tomé et Príncipe
2. Comité consultatif africain pour le développement sanitaire (CCADS) Brazzaville, mai 1983	Examiner les stratégies de développement et suggérer les moyens de traduire les politiques de santé en plans d'action concrets	A/F	Rwanda Sierra Leone Sénégal
3. Comité permanent de la CTPD Santé en Afrique - Groupe de ressources/2000 Brazzaville, juin 1983	Donner des avis sur les meilleurs moyens d'obtenir des crédits extra-budgétaires pour Santé/2000; promouvoir les échanges d'information sur les besoins sanitaires, les ressources existantes et leur utilisation	A/F	Mauritanie, Niger
4. Réunion régionale du programme (RPM/7) Brazzaville, novembre 1983	Evaluer l'exécution du programme régional pendant la période 1982-1983; faire le point sur le projet du budget programme 1984-1985	A/F	Sénégal Sao Tomé et Príncipe Maurice, Mali

LISTE DES PARTICIPANTS

MALI

Professeur A. Ag Rhaly
Directeur général
Institut national de recherche en Santé publique

MAURITANIE

Cdt M. Ould Deh
Ministre de la Santé et des Affaires sociales

Dr M. Sidatt
Directeur du Centre national d'hygiène

MAURICE

Dr J. C. Mohith
Principal Medical Officer

MOZAMBIQUE

Dr Jose F. Caseiro Rocha
Director national de Assistencia médica

NIGER

Dr Maïdanda S. Djermakoye
Inspecteur général des pharmacies
Directeur de l'Office national des produits pharmaceutiques et chimiques (ONPPC)
Chef de la délégation

Dr Abdou Moha
Directeur départemental adjoint de la Santé d'Agadez

Appendice 1Annexe 11

NIGERIA

Chief C. A. Bamgboye
Minister of State
Leader of the delegation

Prof. U. Shehu
National WHO Programme Coordinator

Mr I. A. Dada
Principal Assistant Secretary
Federal Ministry of Health
Ikoyi, Lagos

SAO TOME ET PRINCIPE

Dr A. Soares Marques de Lima
Directeur des Hôpitaux

SENEGAL

M. M. Diop
Ministre de la Santé publique
Chef de la délégation

Dr Madiou Touré
Directeur de l'Hygiène et de la protection sanitaire
Ministère de la Santé publique

Prof. Oumar Sylla
Conseiller technique
Ministère de la Santé publique

M. Mamadou Kikou Ndiaye
Conseiller juridique
Ministère de la Santé publique

PROGRAMME DE TRAVAIL

1. Ouverture de la réunion
2. Election du Président, du Vice-Président et du Rapporteur
3. Participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique 1982/1983 (document AFR/RC32/26)
4. Date et lieu de la prochaine réunion
5. Clôture de la réunion.

(AFR/RC32/17)

ANNEXE 12

MOBILISATION DES COLLECTIVITES EN VUE
DU DEVELOPPEMENT SANITAIRE : APPROCHES ET CONTRAINTES

Rapport des discussions techniques

INTRODUCTION

1. Les discussions techniques de la trente-deuxième session du Comité régional ont eu lieu à Libreville le 18 septembre 1982. Le thème était "Mobilisation des collectivités en vue du développement sanitaire : Approches et contraintes". Le Comité des Désignations de la trente-deuxième session du Comité régional a désigné le Prof. Kabah Bah (Guinée) pour présider les discussions techniques en remplacement du Dr Y. Diagana (Mauritanie), empêché. Il a nommé comme Rapporteurs :

- Dr (Mme) A. P. Maruping (Lesotho)
- Prof. Ag Rhaly (Mali)
- Dr Inusse Noormahomed (Mozambique).

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 :

- Dr Fasuluku Suku-Tamba (Sierra Leone)
- Dr Kabamba Nkamany (Zaire)
- Dr Luis Gomes Sambo (Angola).

2. Dr E. N. Mensah (Ghana), Conseiller temporaire, a préparé un document de travail pour faciliter le déroulement des discussions. Le Président a présenté ce document en séance plénière avant le début des travaux de groupes. Il a rappelé la distinction entre l'approche de services de base et celle des soins de santé primaires (SSP) ainsi que la définition, les caractéristiques essentielles des concepts de santé, SSP, développement sanitaire et mobilisation des collectivités. L'importance de la participation des collectivités pour le succès des SSP est soulignée en même temps que le rôle capital de l'information et de l'éducation des collectivités pour promouvoir leur engagement et les mobiliser autour d'activités de développement sanitaire qu'elles jugent prioritaires.

Annexe 12

3. Certaines conditions indispensables pour mobiliser les collectivités sont citées, en particulier : l'adhésion de la population au processus de planification, la confiance réciproque entre les techniciens, les autorités locales et la population bénéficiaire, l'existence de traditions locales de participation, une perception claire du rôle de la collectivité et du succès des actions entreprises.
4. Le Président précise qu'il n'existe pas une stratégie universelle pour mobiliser les collectivités. L'analyse des caractéristiques socio-culturelles, économiques, politiques et sanitaires de la collectivité concernée facilitera l'élaboration de stratégies appropriées. Les méthodes de mobilisation préconisées sont puisées dans les systèmes d'éducation conventionnelle (système scolaire) et non-conventionnelle (campagnes de mobilisation, séminaires, etc.). De même, les méthodes courantes d'organisation et de développement communautaire sont souvent utilisées pour promouvoir la mobilisation des collectivités.
5. Il est également indiqué que certaines mesures et certaines adaptations organisationnelles sont indispensables pour appuyer l'initiative locale et garantir la continuité de la mobilisation des collectivités. Citons par exemple, la décentralisation administrative, la création ou/et le renforcement de comités locaux de développement, la coordination intra et intersectorielle aux niveaux national, provincial et local. Les contributions possibles des principaux secteurs de développement sont aussi mentionnées.
6. Le Président énumère ensuite de multiples contraintes qui freinent la mobilisation des collectivités. Ces contraintes ont plusieurs sources : les conditions politico-administratives et socio-économiques, la qualité et le degré de coordination intersectorielle, la qualité des relations entre techniciens et population, l'apport des collectivités. Davantage de connaissances, grâce aux recherches appliquées, sont nécessaires tant pour identifier les approches et méthodes appropriées de mobilisation des collectivités que pour éliminer les contraintes éventuelles.

QUELQUES CONSIDERATIONS PRELIMINAIRESDéveloppement sanitaire

7. La communauté internationale a exprimé sa volonté politique d'atteindre l'objectif social de la santé pour tous en l'an 2000 grâce à des plans nationaux de développement sanitaire axés sur la stratégie des soins de santé primaires.
8. Le développement sanitaire peut être considéré comme le processus qui permet d'améliorer l'état de complet bien-être physique, mental et social de l'individu, de la famille et de la communauté dans le contexte d'un développement socio-économique intégré.

Annexe 12

9. La caractéristique fondamentale du développement sanitaire est qu'il s'appuie sur une approche politique, multisectorielle et pluridisciplinaire, l'accent étant mis sur les actions promotionnelles, préventives, curatives et réadaptatives dans le cadre du développement global de l'individu et de la collectivité.

Soins de santé primaires (SSP)

10. Les SSP constituent des prestations de services essentiels répondant aux besoins fondamentaux des individus, des familles et des communautés, basées sur des méthodes et techniques scientifiquement valables, socialement acceptables, rendues universellement accessibles à tous et avec leur pleine participation. Les SSP sont le premier niveau de contact de la population avec le système national de santé dont ils sont partie intégrante. Ils s'intègrent dans les différents secteurs de développement socio-économique, impliquent l'utilisation des ressources locales, l'application d'une technologie appropriée et l'utilisation des éléments positifs du système traditionnel de santé.

11. La promotion de l'auto-détermination et de l'auto-responsabilité individuelles et collectives est l'un des objectifs du développement sanitaire et des SSP, dont la réalisation exige un engagement des individus et des collectivités concernés. Les populations ont le droit et le devoir de participer à l'action visant à améliorer et à préserver leur santé.¹ A cette fin, la Conférence d'Alma-Ata "recommande aux gouvernements de favoriser et d'assurer une pleine participation des communautés à cette action moyennant la diffusion efficace d'informations pertinentes, l'alphabétisation et la mise en place des structures institutionnelles nécessaires pour que les individus, les familles et les collectivités² puissent assumer la responsabilité de leur santé et de leur bien-être".

Mobilisation des collectivités

12. La mobilisation est un processus continu et global, visant à susciter des actions de la part d'une collectivité. Elle dépend d'une motivation adéquate des intéressés grâce à des efforts d'information et d'éducation. Les travailleurs de la santé et les autres agents de développement doivent être capables de maintenir la mobilisation car souvent l'enthousiasme est passager.

¹ Les soins de santé primaires, série santé pour tous No 1, p. 25.

² Les soins de santé primaires, série santé pour tous No 1, p. 25.

Annexe 12

13. La mobilisation des collectivités est la formation, le recyclage et la réorientation psychologique, socio-culturelle, politique et économique des collectivités faisant appel à des processus visant à susciter une prise de conscience, une bonne compréhension et la motivation des collectivités pour qu'elles acceptent et utilisent toutes les ressources de la collectivité pour prendre des mesures ou effectuer des changements collectifs planifiés. Dans l'optique de ces discussions, la mobilisation des collectivités signifie l'adhésion des collectivités et leur participation.

ROLE DE L'INFORMATION ET L'EDUCATION POUR LA SANTE

Nécessité d'un service d'information et d'éducation pour la santé (IES)

14. La motivation et la mobilisation des collectivités en vue d'obtenir une participation populaire efficace au développement sanitaire devront être conçues de façon à amener les collectivités, en passant par les divers processus, jusqu'au niveau où la population est déterminée à assurer son développement par ses propres initiatives, efforts et ressources. Cette action est une contribution essentielle de l'IES pour la promotion de la mobilisation des collectivités.

15. Les participants ont reconnu la nécessité de disposer d'un service d'information et d'éducation pour la santé rationnel, indispensable pour obtenir la mobilisation des collectivités. Car c'est grâce à l'IES que nous pouvons identifier aussi bien des approches et méthodes appropriées que les contraintes à la mobilisation des collectivités. L'IES permet aussi d'instaurer des conditions favorables à une telle mobilisation.

16. L'éducation pour la santé, dans son nouveau¹ concept, englobe l'information sanitaire et la pratique sanitaire, ce qui par conséquent implique la mobilisation des collectivités. Cependant, il importe de remarquer que dans le domaine de la promotion de la santé, l'application du nouveau concept de l'éducation pour la santé à la mobilisation des collectivités se heurte quelquefois à la publicité commerciale qui va à l'encontre du but recherché.

1

L'éducation pour la santé a toujours englobé la pratique sanitaire; cependant cette signification apparaît nouvelle parce que l'accent a été souvent mis sur la transmission de l'information sanitaire au détriment des processus éducatifs destinés à promouvoir le comportement sanitaire.

Annexe 12

17. Afin de motiver les individus, les familles et les collectivités, il est nécessaire de provoquer une prise de conscience des besoins. L'information sanitaire devrait en tenir compte et surtout, elle devrait être diffusée sous une forme qui lui permette d'avoir un impact sur les collectivités-cibles.

18. Les méthodes employées par les politiciens pour mobiliser les collectivités devraient faire l'objet d'étude pour les adapter à l'éducation pour la santé.

19. Des exemples ont été fournis en ce qui concerne les personnes que l'IES devrait viser si l'on veut obtenir l'impact souhaité. Parmi celles-ci, citons les planificateurs du développement, les décideurs politiques qui ont un rôle à jouer dans l'orientation voulue du développement national dont la santé est une composante.

20. Un autre groupe-cible essentiel de l'éducation pour la santé est celui des enfants, non seulement pour leur propre profit mais aussi pour l'influence qu'ils peuvent avoir sur leurs familles.

Coopération et coordination à différents niveaux opérationnels

21. Au niveau des collectivités, la coopération et la coordination sont mieux pratiquées; elles les aident à comprendre et à faire face aux implications du développement communautaire.

22. Aux niveaux intermédiaires, l'IES peut aider les techniciens, les administrateurs et les gestionnaires à traduire la politique en activités pratiques.

23. Les personnes en contact direct avec les collectivités (vulgarisateurs des différents ministères, agents du gouvernement, agents de santé communautaire, accoucheuses traditionnelles, guérisseurs traditionnels, responsables des collectivités, religieux, enseignants) doivent être bien informés grâce à des messages rationnels, concis et fondamentaux.

24. Par l'intermédiaire de ces personnes, les familles et les individus pourront mieux connaître et mieux prendre conscience des faits de la santé, leur permettant ainsi de mieux apprécier les services dont ils disposent. Grâce à ces systèmes de soutien et à une meilleure prise de conscience de leurs besoins, les collectivités seront mieux motivées pour y participer.

Annexe 12

25. Plusieurs autres approches peuvent être utilisées pour promouvoir la coopération aux niveaux intermédiaire et périphérique, facilitant la mobilisation des collectivités. Ces approches seront adaptées aux cadres socio-culturel, politique et économique spécifiques à chaque collectivité.

26. Il convient de remarquer que, durant des générations, des collectivités ont survécu en recourant aux moyens dont elles disposaient. C'est pourquoi, il faudra maintenir une communication fructueuse entre "éducateurs pour la santé" et "éduqués", afin d'aider les collectivités à utiliser judicieusement aussi bien les éléments positifs de leurs systèmes traditionnels de subsistance que les services socio-sanitaires modernes.

APPROCHES A LA MOBILISATION DES COLLECTIVITES

Conditions essentielles de la mobilisation

27. La mobilisation est la clé de la mobilisation. La motivation de la collectivité sera facilitée dans la mesure où celui qui est chargé de l'informer et de l'éduquer réussit à :

- i) utiliser un langage clair, simple, accessible et instaurant le dialogue;
- ii) identifier les composantes réelles de la collectivité : structure de la population - ressources économiques - caractéristiques socio-culturelles et psycho-sociales - place et rôle des femmes, des jeunes - influence du système politique;
- iii) amener la collectivité à identifier ses problèmes, à réfléchir sur les solutions possibles et à déterminer les activités qui seront à mettre en oeuvre;
- iv) convaincre la collectivité qu'elle est la première responsable et comme telle, elle a un rôle à jouer dans les différentes étapes du programme sanitaire devant s'insérer dans le plan global de développement;
- v) réaliser des activités pratiques dont l'utilité et l'efficacité sont évidentes pour résoudre un problème donné.

28. La nature du système politique local joue un rôle important pour induire la mobilisation des collectivités. Les politiciens sont bien placés pour diffuser les messages sanitaires une fois qu'ils en comprennent le contenu et l'utilité. Le niveau le plus élevé de la structure politique peut faciliter énormément la mobilisation.

29. Parmi les conditions socio-culturelles, il importe d'invoquer les conditions suivantes :

Annexe 12

- i) la mobilisation qui doit être spontanée, volontaire et posséder un caractère participatoire permettant à la collectivité de prendre une part active dans les différentes étapes du processus de mobilisation et d'action effective;
- ii) une communication efficace avec la collectivité et implique que le communicateur se mette au niveau socio-culturel des bénéficiaires;
- iii) les pratiques de santé traditionnelles qui méritent d'être mieux étudiées et encouragées parce qu'elles contribuent à la mobilisation du fait qu'elles demeurent encore la source appréciée de soins de santé;
- iv) l'adoption d'un rythme du développement judicieux et équilibré qui soit en harmonie avec les capacités d'intervention des populations est nécessaire;
- v) l'établissement de relations de confiance entre la collectivité et les agents de développement est indispensable.

30. On peut aussi amener les collectivités à agir en harmonisant les discours politiques avec les actions de développement prévues et en leur assurant l'appui approprié.

31. L'attitude qui consiste à dire "demandez et vous aurez" est considérée peu réaliste et entrave l'autoresponsabilité et l'autosuffisance. Les populations sont généralement fières de contribuer, même modestement, aux activités communautaires.

32. Parmi d'autres conditions fondamentales de mobilisation des collectivités citons : l'aptitude à communiquer clairement avec elles, l'identification avec elles, le respect mutuel et la confiance en leur capacité d'action.

Méthodes et techniques de mobilisation

33. La diversité des sociétés africaines se fait sentir même au niveau des pays et cela pose un problème lorsque l'on veut adopter une approche uniforme. Chaque collectivité doit donc être étudiée individuellement en fonction de ses caractéristiques propres (politique, religieuse, culturelle, sociale, économique, etc).

34. Les participants ont estimé que cette approche ne bouleverserait pas le système existant mais aiderait à mieux établir le dialogue.

Annexe 12

35. Les moyens de communication de masse quoique considérés comme un instrument valable ont des effets limités à une petite fraction de la population. De même, ils ne permettent pas de dialoguer avec elle.
36. L'exemple de bons résultats obtenus grâce à la participation de la collectivité devra être utilisé pour motiver d'autres collectivités.
37. Les programmes scolaires d'éducation pour la santé notamment au niveau primaire sont essentiels pour promouvoir une mobilisation par le biais des enfants.
38. Il en est aussi des campagnes d'alphabétisation et de la participation des jeunes au développement sanitaire.
39. La formation de tous les agents de développement en matière de communication et d'organisation communautaire les préparera à mieux coopérer avec les populations.
40. L'organisation de séminaires périodiques d'une journée à l'intention des chefs des collectivités, des chefs traditionnels, constitue une autre méthode de mobilisation.
41. L'organisation de séminaires multidisciplinaires de communication et d'activités de développement intégré fondés sur les besoins essentiels ressentis par les collectivités peut faciliter la mobilisation.

Rôles de la collectivité

42. Pour obtenir une participation notable des collectivités, il convient de définir clairement les rôles que l'on attend que la collectivité joue en tant que partenaire dans l'action de développement. Ces rôles devront être discutés à fond avec la population. Il faut s'assurer que : i) la population comprend parfaitement le rôle qu'elle doit jouer; ii) qu'elle comprend bien toutes les implications de son action et iii) que la population accepte d'assumer ses responsabilités. Il a été démontré qu'avec une orientation et un soutien judicieux, les collectivités locales répondent bien aux espoirs placés en eux dans le cadre des SSP. La communauté doit comprendre les nouveaux concepts qu'on lui propose.
43. Les participants estiment que la collectivité a le devoir et aussi le droit d'assumer les responsabilités essentielles suivantes qui faciliteront beaucoup le processus de mobilisation:

Annexe 12

- i) participation à l'identification des besoins du développement sanitaire lors de l'établissement des priorités et des objectifs du programme;
- ii) participation à la planification, la mise en oeuvre, la surveillance, l'évaluation et la réorientation des activités de santé dans le cadre du plan global de développement;
- iii) choix de l'agent de santé communautaire et des matrones;
- iv) utilisation des fonds mis à sa disposition;
- v) identification des ressources à mettre en oeuvre;
- vi) participation aux charges selon des conditions déterminées par elle-même (contribution sous forme de financement de personnels, de fournitures et des locaux nécessaires);
- vii) articulation des mesures sanitaires avec les buts socio-économiques plus vastes visant au développement intégré de la collectivité et de la nation.

Coordination intersectorielle

44. Il n'existe pas de modèle de coordination intersectorielle et intrasectorielle. Chaque mécanisme dépendra des caractéristiques du cadre politico-administratif de chaque pays. Une étude rationnelle des conditions socio-culturelles et économiques d'un pays ou d'une collectivité donnée fournira les bases pour élaborer des plans de développement et mettre en place des mécanismes de coordination intersectorielle appropriés.

45. Les participants ont généralement estimé que le mécanisme de mise en oeuvre de la coordination intersectorielle et intrasectorielle n'est pas satisfaisant. Les participants ont estimé en conséquence que les progrès des soins de santé primaires pourraient en être retardés. Il a donc été suggéré que la constitution d'un comité de développement, y compris de la santé pourrait améliorer la situation.

46. La coordination, au niveau national est un facteur capital car les membres des mécanismes de coordination sont généralement des décideurs bien informés qui sont capables d'exercer une influence sur le processus de coordination tout entier et à tous les niveaux. Le niveau périphérique pourra donc intégrer les activités.

Annexe 12

47. On enregistre parfois une bonne coordination mais certains secteurs d'activité, pris isolément, ne parviennent pas à accomplir leurs tâches à différents niveaux. Il ne faudrait pas mettre l'accent sur la coordination au détriment des actions requises. Il arrive par exemple que, malgré une bonne coordination, certains secteurs envoient leurs personnels incompétents pour travailler en première ligne. Cette règle s'applique également aux travaux des comités au niveau local. Ces derniers devraient consacrer leurs réunions à prendre des mesures efficaces plutôt qu'à organiser des manifestations à caractère social.
48. Les agents du développement désignés pour travailler aux niveaux provincial et péri-phérique doivent être mis au courant bien à l'avance afin d'améliorer la coopération intersectorielle et intrasectorielle.
49. Les mécanismes de coordination peuvent être mis en place de deux manières, soit de haut en bas, soit de la base vers le haut avec l'accord de l'échelon supérieur. Ces mécanismes doivent être renforcés par des mesures législatives appropriées.
50. A l'échelon communautaire, les secteurs socio-économiques doivent présenter aux collectivités des plans de développement intégrés plutôt que de se considérer comme des services techniques individuels. A cet effet, il faudrait répartir les rôles et décrire clairement les tâches de tous les secteurs participants ainsi que celles de la collectivité. Il serait bon que tous les secteurs intéressés harmonisent leurs méthodes et leurs techniques d'intervention, en particulier dans le domaine de l'éducation.
51. La mise en commun des ressources aux niveaux principal et local revêt une importance capitale. Les décisions budgétaires de chaque service doivent être explicitées pour éviter toute manipulation éventuelle, en particulier au niveau de la collectivité.
52. D'une manière générale, les apports extérieurs donnent aux individus et aux collectivités bénéficiaires une mentalité d'assistés; ces ressources donnent de fausses impressions et sont en règle générale épuisées avant la réalisation des objectifs escomptés par les collectivités. Pour mieux utiliser ces apports extérieurs, il serait utile qu'une seule institution en assure la coordination.

CONTRAINTES A LA MOBILISATION DES COLLECTIVITES

53. Des discussions, il est apparu qu'il existe des contraintes de diverses natures. Les unes sont d'ordre politique, administratif, social et économique tandis que les autres relèvent des interactions humaines au sein des équipes de développement sanitaire et des collectivités elles-mêmes.

Annexe 12Contraintes politiques et administratives

54. Les participants ont retenu, en premier lieu, les contraintes d'ordre politique et administratif. Ils ont insisté sur :

- l'insuffisance de l'engagement politique des pays;
- l'absence de politique sanitaire nationale qui mette l'accent sur le principe d'engagement démocratique de la population tout en instaurant un mécanisme de rationalisation des efforts;
- l'inadéquation de l'organisation politique des pays et l'inadaptation des structures administratives aux priorités définies par la politique sanitaire nationale; il faudrait procéder à la décentralisation;
- l'intervention inconsidérée de certains responsables politiques; l'adhésion libre de la collectivité est jugée essentielle;
- Les promesses politiques non-réalistes que les autorités ne peuvent tenir ainsi que des changements politiques très fréquents freinent la continuité des actions et découragent la population;
- les collectivités se sentent délaissées si on leur demande de prendre en charge les services socio-sanitaires souhaités alors qu'ils savent qu'en ville la population bénéficie de ces services qui ont été payés par le gouvernement;
- les programmes sont souvent imposés aux collectivités;
- les transferts assez fréquents des agents assignés aux collectivités nuisent à la continuité des activités.

Contraintes au niveau des équipes de santé et de développement

55. En second lieu, plusieurs contraintes provenant de l'équipe de santé et celles des autres secteurs de développement ont été mises en relief. On note en particulier que ces équipes :

- ont une perception erronée (ou préconçue) aussi bien des capacités que des caractéristiques de la collectivité;
- n'ont pas toujours la compétence requise en matière de sciences des communications; certains membres se comportent même en "dictateurs";
- négligent l'ordre de priorité des besoins ressentis par la collectivité;

Annexe 12

- sont souvent peu motivés et n'assurent pas la supervision ou le contact requis avec les collectivités; les agents visitent la collectivité ou exercent leurs activités plus par obligation que par vraie motivation;
- n'ont pas confiance en la capacité des collectivités;
- font peu de cas de la culture locale et souvent la sous-estiment.

56. Les participants estiment, en plus, que les fonctionnaires n'appartenant pas au même groupe social sont acceptés avec méfiance; ils jugent que l'organisation de l'équipe et la gestion des ressources ne sont pas satisfaisantes.

57. Concernant les agents de santé communautaires, les critères suivants ne sont pas toujours respectés : maturité, degré d'enracinement au village, courtoisie, honnêteté. D'autre part, le statut et le mandat de ces agents ne sont pas toujours clairement définis.

Contraintes socio-économiques

58. Dans le domaine socio-économique, les participants ont retenu comme principales contraintes la mauvaise acceptabilité des infrastructures par la population, l'insuffisance des ressources, leur mauvaise gestion et l'inégalité de leur répartition. On déplore le fait que l'on fait payer le milieu rural alors que l'essentiel des actions va au bénéfice des zones urbaines. De même, la participation demandée aux collectivités ne tient pas toujours compte des ressources réelles de la population.

59. Les contraintes liées aux secteurs de développement autres que la santé ont été aussi évoquées. Les participants ont particulièrement relevé : l'absence d'un véritable programme de développement intégré, de structure de coordination opérationnelle et d'une description des tâches adéquates; l'absence de projets ou activités permettant à la collectivité d'acquiescer des fonds; la faiblesse des ressources tant locales qu'extérieures.

60. La difficulté d'acquisition de terrains de culture dans une société essentiellement agraire constitue un obstacle économique majeur à toute mobilisation.

Contraintes au niveau des collectivités

61. Les participants ont fait remarquer d'abord que les approches ne sont pas les mêmes suivant qu'on s'occupe de collectivités urbaines, rurales ou en zones de développement agro-industriel. Ils ont dégagé ensuite les contraintes suivantes :

- absence de cohésion au niveau des villages, du fait de l'existence de plusieurs groupes : ethniques, politiques, religieux; cette situation crée un climat de méfiance et même d'hostilité;

Annexe 12

- existence des attitudes négatives qu'il faut corriger par l'éducation;
- insuffisance de motivation due à certains facteurs comme le manque de cohésion au niveau des programmes, le manque d'animateurs valables au sein même de la collectivité, la persistance de la "mentalité d'assistés", etc.;
- insuffisance de compétence technique et gestionnaire;
- difficultés de trouver les ressources (terrains, locaux, argents);
- manque de confiance au personnel de santé, pour plusieurs raisons;
- barrières ethniques sources de difficultés diverses.

IMPORTANCE DE LA RECHERCHE - DEVELOPPEMENT POUR PROMOUVOIR LA MOBILISATION DES COLLECTIVITES

62. Les participants estiment nécessaire d'organiser des recherches sociales et psychosociales orientées vers l'action en vue d'identifier des méthodes de communication et d'éducation permettant d'améliorer la motivation des collectivités à participer et obtenir des changements positifs des comportements sanitaires. Les domaines possibles de recherche pourraient être les suivants, à titre d'exemple :

- i) analyse des systèmes de communication incluant l'étude des voies et moyens traditionnels de communication sociale au sein des collectivités et des familles;
- ii) facteurs sociaux, culturels et psychologiques qui déterminent les attitudes des populations à l'égard du personnel de santé et des services de santé;
- iii) besoins des collectivités, leur dynamique et leurs implications pour obtenir la participation de ces dernières à la planification et à la mise en oeuvre des programmes de santé prioritaires;
- iv) processus de diffusion des nouvelles connaissances en matière de santé au sein des collectivités, analyse des divers secteurs sociaux, culturels et psychologiques qui influencent l'adoption de nouvelles pratiques sanitaires au sein des collectivités;
- v) pratiques médicales traditionnelles et efficacité des plantes médicinales locales;
- vi) identification de critères appropriés pour évaluer les diverses activités d'éducation pour la santé et des services de prestations de soins.

Annexe 12

CONCLUSION

63. Les discussions ont une fois de plus mis en relief le rôle capital de la mobilisation et de la participation des collectivités pour promouvoir leur bien-être dans le cadre d'un plan global de développement incluant la santé.
64. Une telle mobilisation résulte souvent d'actions appropriées de sensibilisation, de motivation et d'éducation des collectivités. Ces actions seront d'autant plus efficaces qu'elles tiennent compte de leurs spécificités sociales, culturelles, psychologiques et économiques et si elles les aident à identifier leurs besoins prioritaires et à prendre conscience des potentialités de leurs capacités créatrices.
65. Une volonté politique qui favorise la mise en place d'une structure administrative décentralisée dans un contexte démocratique est un facteur favorable à la mobilisation des collectivités. Cette mobilisation est également tributaire d'une coordination intersectorielle effective aux différents niveaux du système politico-administratif des pays; cette coordination qui devra clarifier les rôles de la collectivité et des différents partenaires socio-économiques.
66. Les méthodes éducatives susceptibles de promouvoir la mobilisation s'appuient généralement sur l'utilisation des systèmes socio-éducatifs et culturels locaux; la compétence des communicateurs et éducateurs est primordiale.
67. De multiples contraintes d'ordre social, culturel, économique, politique ou autres peuvent freiner les efforts de mobilisation et de participation communautaire. C'est grâce à une analyse rationnelle du milieu concerné et à la formulation d'un "diagnostic communautaire" précis qu'on peut contourner les obstacles à la mobilisation et élaborer des stratégies d'intervention efficaces et des méthodes éducatives appropriées pour promouvoir l'adhésion des collectivités et leur participation continue aux activités de soins de santé primaires.