

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

Brazzaville
12-19 septembre 1984

RAPPORT DU COMITE REGIONAL

Brazzaville
Octobre 1984

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 | 2 |
| 4. Vérification des Pouvoirs | 2 |
| 5. Incidences régionales des ordres du jour de la soixante- quinzième session du Conseil exécutif et de la Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé | 2 |
| 6. Discussions techniques à la Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé | 3 |
| 7. Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé | 3 |
| 8. Remplacement des membres du Sous-Comité du Programme | 5 |
| 9. Sujets à étudier en 1986-1987 par les Groupes de Travail CTPD .. | 7 |
| 10. Renouvellement du Comité permanent de la Coopération technique entre Pays en Développement | 8 |
| 11. Désignation du Président et du Président suppléant des Discussions techniques pour 1985 | 8 |
| 12. Choix du sujet des Discussions techniques pour 1986 | 8 |
| 13. Dates et lieux des trente-cinquième et trente-sixième sessions du Comité régional | 9 |
| RESOLUTIONS | 10 |
| AFR/RC34/R1 Femmes et développement sanitaire | 10 |
| AFR/RC34/R2 Nomination du Directeur régional pour l'Afrique | 12 |
| AFR/RC34/R3 Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif | 13 |

| | <u>Page</u> |
|-------------|--|
| AFR/RC34/R4 | Evaluation de l'expérience africaine d'utilisation des nationaux comme Coordonnateurs des Programmes de l'OMS 14 |
| AFR/RC34/R5 | Projet de Budget Programme 1986-1987 15 |
| AFR/RC34/R6 | Rapport sur la participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique 15 |
| AFR/RC34/R7 | Visites des responsables des Etats Membres dans d'autres pays de la Région 17 |
| AFR/RC34/R8 | Coopération technique entre pays en développement .. 17 |
| AFR/RC34/R9 | Rapport succinct du Directeur régional 20 |

PARTIE II

| | <u>Paragraphes</u> |
|---|--------------------|
| SEANCE D'OUVERTURE | 1 - 17 |
| CEREMONIE D'HOMMAGE OFFICIEL DE LA TRENTE-QUATRIEME SESSION DU COMITE REGIONAL AU DOCTEUR COMLAN A. A. QUENUM | 18 - 32 |
| ORGANISATION DU TRAVAIL | 33 - 37 |
| ACTIVITES DE L'OMS DANS LA REGION AFRICAINE EN 1983 : RAPPORT SUCCINCT DU DIRECTEUR REGIONAL | 38 - 70 |
| EVALUATION DE L'EXPERIENCE AFRICAINE D'UTILISATION DES NATIONAUX COMME COORDONNATEURS DES PROGRAMMES DE L'OMS | 71 - 91 |
| FEMMES ET DEVELOPPEMENT SANITAIRE | 92 - 103 |
| MODALITES DE MISE EN OEUVRE DES RESOLUTIONS D'INTERET REGIONAL ADOPTES PAR L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE ET LE CONSEIL EXECUTIF | 104 - 151 |
| INCIDENCES REGIONALES DES ORDRES DU JOUR DE LA SOIXANTE-QUINZIEME SESSION DU CONSEIL EXECUTIF ET DE LA TRENTE-HUITIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE | 152 - 154 |
| METHODE DE TRAVAIL ET DUREE DE L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE | 155 - 166 |
| COLLABORATION AVEC LES ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES A LA MISE EN OEUVRE DE LA STRATEGIE MONDIALE DE LA SANTE POUR TOUS | 167 - 183 |
| EXAMEN DU PROJET DE BUDGET PROGRAMME 1986-1987 | 184 - 196 |

| | |
|--|-----------|
| MISE EN OEUVRE DE LA STRATEGIE REGIONALE POUR L'UTILISATION OPTIMALE DES RESSOURCES DE L'OMS POUR FOURNIR UN APPUI DIRECT AUX ETATS MEMBRES | 197 - 215 |
| RAPPORT SUR LA PARTICIPATION DES MEMBRES DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME AUX REUNIONS D'INTERET PROGRAMMATIQUE | 216 - 227 |
| VISITES DES RESPONSABLES DES ETATS MEMBRES DANS D'AUTRES PAYS DE LA REGION | 228 - 231 |
| RAPPORT DU COMITE PERMANENT DE LA COOPERATION TECHNIQUE ENTRE PAYS EN DEVELOPPEMENT | 232 - 254 |
| RAPPORT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES 1984 : PLACE DES FACTEURS CULTURELS ET SOCIO-ECONOMIQUES EN VUE DE LA REORIENTATION DES SYSTEMES DE SANTE POUR ATTEINDRE L'OBJECTIF DE LA SANTE POUR TOUTS EN L'AN 2000 | 255 - 266 |
| DESIGNATION DU PRESIDENT ET DU PRESIDENT SUPPLEANT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES POUR 1985 | 267 - 268 |
| CHOIX DU SUJET DES DISCUSSIONS TECHNIQUES | 269 - 273 |
| RAPPORT DU SOUS-COMITE DE VERIFICATION DES POUVOIRS | 274 - 277 |
| DATES ET LIEUX DES TRENTE-CINQUIEME ET TRENTE-SIXIEME SESSIONS DU COMITE REGIONAL | 278 - 283 |
| CONCLUSIONS | 284 - 303 |
| CLOTURE DE LA SESSION | 304 - 313 |

ANNEXES

| | <u>Page</u> |
|--|-------------|
| 1. Allocution prononcée par le Dr Ebrahim Malick Samba, Représentant personnel du Directeur général de l'OMS à la séance solennelle d'ouverture de la trente-quatrième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique | 99 |
| 2. Allocution prononcée par Son Excellence le Professeur Christophe Bouramoué, Ministre de la Santé et des Affaires sociales de la République populaire du Congo à la séance solennelle d'ouverture de la trente-quatrième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique | 102 |
| 3. Oraison funèbre prononcée par le Professeur Christophe Bouramoué, Ministre de la Santé et des Affaires sociales de la République populaire du Congo à l'occasion de la cérémonie d'hommage officiel et solennel du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique au Dr Comlan Alfred Auguste Quenum, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique | 106 |

| | | |
|-----|--|-----|
| 4. | Oraison funèbre prononcée par le Dr Luis Gomes Sambo, Vice-Ministre de la Santé de la République populaire d'Angola à l'occasion de la cérémonie d'hommage officiel et solennel du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique au Dr Comlan Alfred Auguste Quenum, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique | 107 |
| 5. | Oraison funèbre prononcée par le Dr Ezraha Rushundahaire Nkwasiwe, Ministre de la Santé de l'Ouganda à l'occasion de la cérémonie d'hommage officiel et solennel du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique au Dr Comlan Alfred Auguste Quenum, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique | 111 |
| 6. | Oraison funèbre prononcée par Monsieur Mamadou Diop, Ministre de la Santé publique du Sénégal à l'occasion de la cérémonie d'hommage officiel et solennel du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique au Dr Comlan Alfred Auguste Quenum, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique | 113 |
| 7. | Allocution du Dr Halfdan Mahler, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, lors de la cérémonie à la mémoire du Dr Comlan Alfred Auguste Quenum organisée pendant la trente-quatrième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique | 118 |
| 8. | Allocution du Dr Halfdan Mahler, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé | 121 |
| 9. | Ordre du jour | 132 |
| 10. | Liste des participants | 134 |
| 11. | Liste des documents | 158 |
| 12. | Ordre du jour provisoire de la trente-cinquième session du Comité régional établi le 2 juillet 1984 | 161 |
| 13. | Rapport du Sous-Comité du Programme | 163 |
| 14. | Place des facteurs culturels et socio-économiques en vue de la réorientation des systèmes de santé pour atteindre l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000 - Rapport des discussions techniques | 195 |
| 15. | Sous-Comité du Programme - Rapport de la réunion du 18 septembre 1984 | 212 |
| 16. | Allocution du Dr J. C. Mohith, Médecin-Chef de Maurice, à la séance de clôture | 218 |
| 17. | Allocution de clôture du Dr N'Golo Traoré, Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales du Mali, Président de la trente-quatrième session du Comité régional | 221 |

PARTIE I

DECISIONS DE PROCEDURE

1. Constitution du Sous-Comité des Désignations

Le Sous-Comité des Désignations qui s'est réuni le mercredi 12 septembre 1984 est composé des représentants des pays suivants : Algérie, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Congo, Guinée, Lesotho, Libéria, Sao Tomé et Príncipe, Seychelles, Ouganda, Zaïre.

Deuxième séance, 12 septembre 1984

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

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

Président : Dr N'Golo Traoré
Ministre de la Santé publique (Mali).

Vice-Président : M. V. Guézodjé
Ministre de la Santé publique (Benin).

Honorable D. S. Kotopola
Ministre de la Santé (Malawi).

Rapporteurs : Dr Lisboa Ramos (Cap-Vert)
Dr D. G. Makuto (Zimbabwe)
Dr Kabamba Nkamany (Zaïre).

Rapporteurs pour les discussions techniques :

Dr Benadouda Amar (Algérie)
Dr José Eneme Oyono (Guinée équatoriale)
Mme Patricia Revera (Seychelles).

Deuxième séance, 12 septembre 1984

3. Composition du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs

Le Comité régional désigne un Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs comprenant les représentants des 12 Etats Membres suivants : Bénin, Botswana, République centrafricaine, Guinée équatoriale, Ethiopie, Gabon, Gambie, Malawi, Côte d'Ivoire, Mozambique, Niger et Togo. Le Sous-Comité a élu le Dr L. Adandé Menest (Gabon) comme Président.

Deuxième séance, 12 septembre 1984

4. Vérification des Pouvoirs

Le Comité régional, sur proposition du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs, reconnaît la validité des pouvoirs présentés par les représentants des Etats Membres suivants : Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, 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, Ile Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Souaziland, Togo, Ouganda, République unie de Tanzanie, Zaïre, Zambie et Zimbabwe.

Sixième séance, 17 septembre 1984

5. Incidences régionales des ordres du jour de la soixante-quinzième session du Conseil exécutif et de la Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé

Le Comité régional approuve l'ordre du jour provisoire de la trente-cinquième session du Comité régional proposé par le Directeur régional dans l'Annexe 4 du document AFR/RC34/6.

Il invite le Président de la trente-quatrième session et le Directeur régional à aménager et à modifier l'ordre du jour provisoire susmentionné en fonction de l'évolution du programme régional.

Sixième séance, 17 septembre 1984

6. Discussions techniques à la Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé

Le Comité régional prie le Représentant personnel du Directeur général de transmettre au Directeur général le document AFR/RC34/20 et les chapitres de son rapport final intitulé : "Collaboration avec les Organisations non gouvernementales à la mise en oeuvre de la stratégie mondiale de la santé pour tous". Ceci constituera la contribution régionale aux discussions techniques de la Trente-Huitième 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.

Sixième séance, 17 septembre 1984

7. Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé

Président de l'Assemblée mondiale de la Santé

1) Le candidat éventuel à la Présidence de l'Assemblée mondiale de la Santé sera désigné lors de la trente-septième session en 1987 en fonction de :

- i) la liste des Présidents des précédentes Assemblées mondiales de la Santé;
- ii) l'expérience du candidat;
- iii) critère linguistique, et
- iv) mécanismes sous-régionaux CTPD.

Vice-Président de l'Assemblée mondiale

2) Le Président de la trente-quatrième session du Comité régional sera proposé au poste d'un des cinq Vice-Présidents de la Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé en mai 1985. Si pour une raison quelconque, le Président du Comité régional en exercice n'est pas en mesure de remplir ce mandat, l'un des Vice-Présidents du Comité régional l'exercera à sa place selon l'ordre indiqué par tirage au sort (1er et 2ème Vice-Présidents). Dans le cas où le Président en exercice du Comité et les deux Vice-Présidents se trouveraient dans l'impossibilité de remplir la fonction de Vice-Président de l'Assemblée mondiale de la Santé, les chefs de délégations des pays d'origine du Président en exercice du Comité régional, du 1er Vice-Président et du 2ème Vice-Président assureront par ordre de priorité la fonction de Vice-président.

Commissions principales de l'Assemblée mondiale de la Santé

3) Le Directeur général, en consultation avec le Directeur régional, considèrera, avant chaque Assemblée mondiale de la Santé, si nécessaire, les délégués des Etats Membres de la Région africaine qui pourraient éventuellement servir efficacement comme :

i) Président des Commissions principales A et B (Article 34 du Règlement intérieur de l'Assemblée);

ii) Vice-Président et Rapporteurs des Commissions principales.

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

4) L'Etat Membre de la Région africaine dont le mandat expire à la fin de la Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé est le Zimbabwe.

5) Le nouveau membre du Conseil exécutif sera désigné par le Lesotho.

6) La pratique qui consiste à suivre l'ordre alphabétique anglais sera poursuivie.

7) Les membres habilités à désigner une personne devant siéger au Conseil exécutif devront faire connaître leur disponibilité au plus tard un mois avant l'Assemblée mondiale de la Santé.

Clôture de la Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé

8) Le Représentant de la République Unie de Tanzanie s'exprimera, au nom de la Région, à la clôture de la Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé.

8. Remplacement des membres du Sous-Comité du Programme

A l'expiration de la liste de rotation des Membres du Sous-Comité du Programme qui a été établie par la Décision 5 de la vingt-neuvième session, le Comité régional a décidé d'établir le nouveau tableau ci-après :

Réunion informelle du Comité régional

9) Elle sera convoquée par le Directeur régional pour le lundi 6 mai 1985, à 10 h 00, au Palais des Nations à Genève pour confirmer ou réviser les décisions prises par la trente-quatrième session du Comité régional.

Sixième séance, 17 septembre 1984

REEMPLACEMENT DES MEMBRES DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME

| Année de sélection Pays | 1984 | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 | 1989 |
|----------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | Mandat | | | | | |
| Algérie | | | 1987/88 | | | |
| Angola* | | | | | | |
| Bénin | | | 1987/88 | | | |
| Botswana | | | 1987/88 | | | |
| Burkina Faso | | 1986/87 | | | | |
| Burundi | | 1986/87 | | | | |
| Cameroun | | | | | | 1991/92 |
| Cap-Vert | | | 1987/88 | | | |
| République centrafricaine | 1985/86 | | | | | |
| Tchad | | | 1987/88 | | | |
| Comores | | | 1987/88 | | | |
| Congo | | | | 1988/89 | | |
| Guinée équatoriale | 1985/86 | | | | | |
| Ethiopie | 1985/86 | | | | | |
| Gabon | 1985/86 | | | | | |
| Gambie | 1985/86 | | | | | |
| Ghana | | | | 1988/89 | | |
| Guinée | | | | 1988/89 | | |
| Guinée-Bissau | | | | 1988/89 | | |
| Côte d'Ivoire | | | | 1988/89 | | |
| Kenya | | | | 1988/89 | | |
| Lesotho | | | | | 1989/90 | |
| Liberia | | 1986/87 | | | | |
| Madagascar | | 1986/87 | | | | |
| Malawi | | 1986/87 | | | | |
| Mali | | | | | 1989/90 | |
| Mauritanie | | | | | 1989/90 | |
| Maurice | | | | | 1989/90 | |
| Mozambique | | | | | 1989/90 | |
| Namibie | | | | | 1989/90 | |
| Niger | | | | | | 1990/91 |
| Nigéria | | | | | | 1990/91 |
| Rwanda | | | | | | 1990/91 |
| Sao Tomé et Príncipe | | | | | | 1990/91 |
| Sénégal | | | | | | 1990/91 |
| Seychelles | | | | | | 1990/91 |
| Sierra Leone | | | | | | 1991/92 |
| Souaziland | | | | | | 1991/92 |
| Togo | | | | | | 1991/92 |
| Ouganda | | | | | | 1991/92 |
| Tanzanie | | 1986/87 | | | | |
| Zaire | | | | | | 1991/92 |
| Zambie | | | 1987/88 | | | |
| Zimbabwe | 1985/86 | | | | | |

* L'Angola a participé aux sessions de 1978/1979 et son mandat expire à la session de 1985. Son mandat suivant sera en 1992.

9. Sujets à étudier en 1986-1987 par les Groupes de Travail CTPD

Le Comité régional confirme la Décision de procédure 7 de sa trente-troisième session.

Il approuve les quatre sujets suivants pour faire l'objet de discussions pour les groupes de travail sous-régionaux en 1986 :

- i) Participation de tous les secteurs socio-économiques à la lutte contre les maladies transmissibles (République centrafricaine).
- ii) Stratégies nouvelles et complémentarité des pays pour l'approvisionnement et l'utilisation des médicaments essentiels (République centrafricaine, Gabon, Rwanda et Zaïre).
- iii) Coopération technique entre pays en développement et problèmes de la nutrition (Zambie).
- iv) Mécanismes d'échange d'information et de collaboration en matière de recherche entre pays en développement (CCARM).

Il décide de retenir les sujets suivants pour 1987 :

- i) Processus approprié pour l'intégration du programme des soins de santé primaires au système médical classique (Gabon).
- ii) Bilan de l'approche des soins de santé primaires (Ethiopie et Zaïre).
- iii) Préparation et utilisation des plantes médicinales (Madagascar).
- iv) Processus gestionnaire pour le développement sanitaire national (Tchad, Zaïre).

Septième séance, 17 septembre 1984

10. Renouvellement du Comité permanent de la Coopération technique entre Pays en développement

Le Comité régional a pris acte de la fin du mandat du Tchad, de la République populaire d'Angola et de Maurice et remercie ces pays pour leur contribution à la promotion et au développement de la CTPD.¹

Il désigne le Congo, Madagascar et Sao Tomé et Principe pour les remplacer.

Septième séance, 17 septembre 1984

11. Désignation du Président et du Président suppléant des Discussions techniques pour 1985

Le Comité régional désigne les Docteurs Daniel Lantum Noni et Mohamed Kader respectivement comme Président et Président suppléant des Discussions techniques de la trente-cinquième session qui auront pour thème : "Recherche sur les systèmes de santé - Instrument de promotion et de développement des soins de santé primaires".

Huitième séance, 18 septembre 1984

12. Choix du sujet des Discussions techniques pour 1986

Le Comité choisit le sujet des Discussions techniques suivant pour sa trente-sixième session "Approches des soins de santé primaires pour la promotion et la protection de la santé des travailleurs de l'agriculture durant la Décennie du Développement industriel en Afrique".

Huitième séance, 18 septembre 1984

¹ Résolution AFR/RC29/R9.

13. Dates et lieux des trente-cinquième et trente-sixième sessions du Comité régional

Le Comité régional décide de tenir sa trente-cinquième session à Lusaka (Zambie) en septembre 1985 et sa trente-sixième session à Bamako (Mali) en septembre 1986. Il prend note de l'aimable invitation de la République du Burundi pour sa trente-neuvième session ou éventuellement plus tôt en cas de désistement d'un Etat Membre.

Huitième séance, 18 septembre 1984

RESOLUTIONS

AFR/RC34/R1 Femmes et développement sanitaire

Le Comité régional,

Réaffirmant que la stratégie des soins de santé primaires (SSP) est le moyen le plus sûr pour parvenir à l'objectif social de la santé pour tous en l'an 2000;

Convaincu que la pleine participation des groupes communautaires est un élément décisif de la stratégie des SSP;

Considérant la place prépondérante occupée par les femmes dans le système socio-économique traditionnel en Afrique;

Rappelant la résolution A/RES/3342 (XXIX) de la vingt-neuvième session de l'Assemblée Générale des Nations-Unies qui prie les institutions des Nations-Unies d'accroître leur soutien aux programmes, projets et activités qui encouragent et suscitent une plus grande intégration des femmes aux activités de développement économique, national, régional et interrégional;

Rappelant la résolution WHA29.43 de la vingt-neuvième Assemblée Mondiale de la Santé qui prie le Directeur général de coopérer avec les pays, de concert avec les Organisations compétentes du Système des Nations-Unies, à la mise en oeuvre de programmes et activités intersectorielles pour les femmes et les enfants, et de promouvoir la participation active des femmes au processus de planification, de prise de décision et de mise en place de systèmes de services de santé, en particulier des services de soins de santé primaires,

1. INVITE les Etats Membres :

- i) à reconnaître l'importance du programme "Femmes et Développement sanitaire" dans la mise en oeuvre de la Stratégie des SSP;
- ii) à appuyer les efforts déployés par les collectivités rurales :
 - en accordant le soutien politique nécessaire;
 - en favorisant la pratique de l'autoresponsabilité et de la participation communautaire;
 - en renforçant et au besoin en créant les cadres juridiques et institutionnels requis;
 - en prévoyant un budget pour soutenir les projets mis en oeuvre par les collectivités;
- iii) à maintenir l'élan des collectivités, en multipliant les contacts directs avec les villageois;
- iv) à améliorer la participation communautaire par la formation au processus gestionnaire sous tous ses aspects;
- v) à tenir le Directeur régional informé des activités mises en oeuvre dans le cadre du programme "Femmes et Développement sanitaire".

2. PRIE le Directeur régional :

- i) d'accorder une priorité suffisante au programme "Femmes et Développement sanitaire";
- ii) de collaborer avec les Etats Membres pour intégrer dans ce programme toutes les composantes des SSP;

- iii) de développer la recherche opérationnelle au niveau des activités communautaires;
- iv) d'allouer des ressources suffisantes à ce programme;
- v) de convaincre les différents organismes de financement de l'importance des petits projets communautaires.

Troisième séance, 13 septembre 1984

AFR/RC34/R2 Nomination du Directeur régional pour l'Afrique

Le Comité régional de l'Afrique,

Conformément à l'Article 52 de la Constitution et à l'Article 52 de son Règlement intérieur,

1. DESIGNER le Dr Gottlieb Lobe Monekosso en qualité de Directeur régional pour l'Afrique, et
2. PRIER le Directeur général de proposer au Conseil exécutif la nomination du Dr Gottlieb Lobe Monekosso pour une période de cinq ans, à compter du 1er février 1985.

Quatrième séance, 14 septembre 1984

AFR/RC34/R3 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/RC31/R6, AFR/RC32/R7 et AFR/RC33/R2;

Après étude approfondie des propositions du Directeur régional relatives aux modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par la Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

1. ADOPTE les mesures proposées par le Directeur régional;
2. FELICITE le Directeur régional pour les 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, au Directeur régional et à la Communauté internationale de renforcer leur coopération, face à la situation sociale et économique critique en Afrique due à la sécheresse et aux autres calamités.
5. INVITE les Etats Membres, qui ne l'ont pas encore fait, à créer des Comités nationaux d'urgences;
6. PRIE le Directeur régional de continuer à lui faire rapport sur les mesures prises pour l'exécution du plan de travail pour la mise en oeuvre conséquente desdites résolutions d'intérêt régional.

Cinquième séance, 14 septembre 1984

AFR/RC34/R4 Evaluation de l'expérience africaine d'utilisation des nationaux
comme Coordonnateurs des Programmes

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du Directeur régional;

Ayant pris note des recommandations du Comité pour le Programme mondial (CPM);

Considérant les divergences entre les avis de la Septième Réunion régionale pour le programme, du CPM et du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire,

1. PREND ACTE du rapport du Directeur régional;
2. PRIE le Directeur général de continuer l'évaluation de cette expérience;
3. DEMANDE la création d'un groupe de travail du Sous-Comité du Programme chargé de revoir, en consultation avec les Etats Membres, l'accord relatif aux prestations des services spécifiques passé entre l'Organisation et le Coordonnateur national afin de préciser les points suivants :
 - i) le profil du Coordonnateur national;
 - ii) la durée du contrat;
 - iii) la rémunération;
 - iv) le statut;
 - v) la nature de services;
4. PREND ACTE de la volonté unanime des Etats Membres de reporter au prochain Comité régional l'analyse de l'expérience;
5. PRIE le Directeur régional de lui faire rapport lors de sa trente-cinquième session.

AFR/RC34/R5 Projet de Budget Programme 1986-1987

Le Comité régional,

Après discussions approfondies du rapport présenté par le Sous-Comité du Programme chargé d'examiner le projet de Budget Programme 1986-1987,

1. NOTE que ce Budget Programme a été préparé, conformément aux directives de la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé imposant une croissance réelle zéro au Bureau régional et aux activités interpays;
2. CONSTATE que la participation des Membres du Sous-Comité du Programme aux réunions régionales pour le programme en vue d'élaborer ce budget programme facilite les travaux et les décisions du Comité régional;
3. NOTE AVEC SATISFACTION que les énoncés de programme ont été restructurés pour mieux montrer la façon dont les activités projetées pour 1986-1987 s'inscrivent dans le cadre du Septième Programme général de Travail (PGT.7);
4. APPROUVE le rapport du Sous-Comité du Programme;
5. PRIE le Représentant personnel du Directeur général de transmettre le Budget Programme 1986-1987 au Directeur général pour examen et inclusion dans le Projet de Budget Programme de l'Organisation pour 1986-1987.
6. INVITE le Directeur régional à étudier les mesures destinées à réduire les dépenses du Bureau régional et des programmes interpays.

Septième séance, 17 septembre 1984

AFR/RC34/R6 Rapport sur la participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique

Le Comité régional,

Considérant la Décision de procédure 8 de la vingt-septième session du Comité régional relative à la participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique;

Ayant examiné les rapports des membres du Sous-Comité du Programme relatifs à :

- i) la Septième Réunion régionale pour le Programme;
- ii) la Septième Réunion des Doyens et Directeurs des Facultés, Ecoles de Médecine et Centres universitaires des Sciences de la Santé;
- iii) la Huitième Réunion régionale pour le Programme;
- iv) la Quatrième Réunion du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire, et
- v) la Septième Réunion du Comité permanent de la Coopération technique entre Pays en Développement;

Considérant avec satisfaction la participation substantielle des membres du Sous-Comité du Programme aux discussions des réunions d'intérêt programmatique, et particulièrement lors de l'examen des documents relatifs à : i) l'évaluation de la mise en oeuvre du Programme régional pour la période 1982-1983; ii) l'utilisation optimale des ressources de l'OMS pour fournir un appui direct aux Etats Membres - cadre général; iii) la participation de l'université au processus national de développement des personnels enseignants et de gestion dans l'atteinte de l'objectif social de la santé pour tous en l'an 2000; iv) le projet de budget programme 1986-1987; v) l'évaluation de l'expérience africaine d'utilisation des nationaux comme Coordonnateurs des Programmes de l'OMS, et vi) l'évaluation des stratégies de la santé pour tous en l'an 2000 - canevas et format communs (document DGO/84.1),

1. APPROUVE le rapport des membres du Sous-Comité du Programme;
2. ENCOURAGE les membres du Sous-Comité du Programme à poursuivre leur participation effective aux réunions d'intérêt programmatique et à lui faire rapport régulièrement;
3. REMERCIE le Directeur régional des dispositions prises pour faciliter la participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique.

AFR/RC34/R7 Visites des responsables des Etats Membres dans d'autres pays de la Région

Le Comité régional;

Considérant la Décision de procédure 9 de la trentième session du Comité régional relative aux visites des responsables des Etats Membres dans d'autres pays de la Région;

Ayant examiné les rapports des visites des responsables des Etats Membres dans d'autres pays de la Région;

Considérant les efforts du Directeur régional pour faciliter les visites dans les pays de la Région,

1. PREND NOTE des rapports des visites des responsables des Etats Membres;
2. FELICITE le Directeur régional d'avoir exécuté le plan des visites entre pays (1980-1985) avec toute la souplesse requise;
3. INVITE le Directeur régional à lui faire rapport à sa trente-cinquième session sur l'impact réel de ces visites dans le cadre des objectifs de la CTPD.

Septième séance, 17 septembre 1984

AFR/RC34/R8 Coopération technique entre pays en développement

Le Comité régional,

Ayant étudié le document AFR/RC34/10 concernant le rapport du Comité permanent de la Coopération technique entre Pays en Développement (CTPD);

Considérant l'importance des sujets étudiés par le Comité permanent de la CTPD, et en particulier l'évaluation à la mi-décennie de la Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement (DIEPA),

1. APPROUVE le rapport du Comité permanent de la CTPD;
2. INVITE les Etats Membres à :
 - i) appliquer scrupuleusement les décisions collectivement prises dans le cadre de la mise en oeuvre des mécanismes de la CTPD, et traduites concrètement dans un plan d'action élaboré par les Groupes de Travail sous-régionaux de la CTPD;
 - ii) établir, adapter ou réviser des normes de contrôle de la pollution industrielle appuyée par une législation appropriée au niveau de chaque pays;
 - iii) élaborer une législation spécifique à l'exercice de la médecine traditionnelle dans le cadre de la législation sanitaire nationale et ouvrir une ligne budgétaire suffisante permettant le démarrage réel ou le développement du programme de médecine traditionnelle;
 - iv) utiliser d'une manière rationnelle les mécanismes de la CTPD pour exploiter les expériences en matière de coordination intersectorielle et intrasectorielle d'échange de technologies appropriées de soins de sante primaires (matériels d'éducation pour la santé, équipements pour approvisionnement en eau fabriqués avec les moyens locaux, etc.);
 - v) promouvoir une approche intégrée des services de santé maternelle et infantile (SMI) permettant de dispenser aux mères et aux enfants en même temps et dans le même endroit des soins curatifs et préventifs; l'approche intégrée suppose que l'on offre au personnel de santé et notamment au personnel SMI une formation polyvalente;

- vi) renforcer ou créer les comités nationaux d'action pour une meilleure coordination de toutes les activités entreprises dans les domaines de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement;
- vii) renforcer le lien entre le Bureau régional et les pays, et entre les pays eux-mêmes; un tel pont faciliterait l'échange des informations sur les innovations et les technologies appropriées réalisées dans les pays en matière d'eau et assainissement;
- viii) renforcer la coordination d'une part entre les différents organismes internationaux, bailleurs de fonds et d'autre part entre les institutions et les pays; il importe d'amener les bailleurs de fonds à s'intéresser davantage au secteur rural et à financer des projets aussi bien d'approvisionnement en eau potable (AEP) que d'assainissement.

3. SE FELICITE de l'entrée de la République algérienne démocratique et populaire, dans le Groupe de Travail CTPD de la Sous-Région I;

4. PRIE les gouvernements de faire parvenir au Bureau régional avant le 30 octobre 1984, les contributions des Etats Membres désignés pour élaborer les documents de travail des réunions de Groupes de Travail sous-régionaux de la CTPD en mars 1985, conformément à la Décision de procédure 7 de la trente-troisième session du Comité régional;

5. REMERCIE le Directeur régional d'avoir facilité l'organisation des réunions des Groupes de Travail sous-régionaux ainsi que celle du Comité permanent de la CTPD.

Septième séance, 17 septembre 1984

AFR/RC34/R9 Rapport succinct du Directeur régional

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport succinct du Directeur régional pour l'année 1983,

Notant que sa présentation est conforme aux directives données par le Comité régional lors de sa vingt-cinquième session,¹

Considérant que l'accent a été mis sur les principaux faits intervenus pendant l'année 1983 dans la mise en oeuvre du programme régional :

- i) organisation de systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires;
 - ii) personnels de santé;
 - iii) information du public et éducation pour la santé;
 - iv) nutrition;
 - v) santé maternelle et infantile, planification familiale comprise;
 - vi) médicaments et vaccins essentiels;
 - vii) qualité, sécurité et efficacité des médicaments et des vaccins;
 - viii) lutte contre la maladie,
1. APPROUVE le rapport du Directeur régional;
 2. INVITE les Etats Membres à :
 - i) promouvoir et/ou développer des activités de planification, de mise en oeuvre et de surveillance des SSP;

¹ Résolution AFR/RC25/R2.

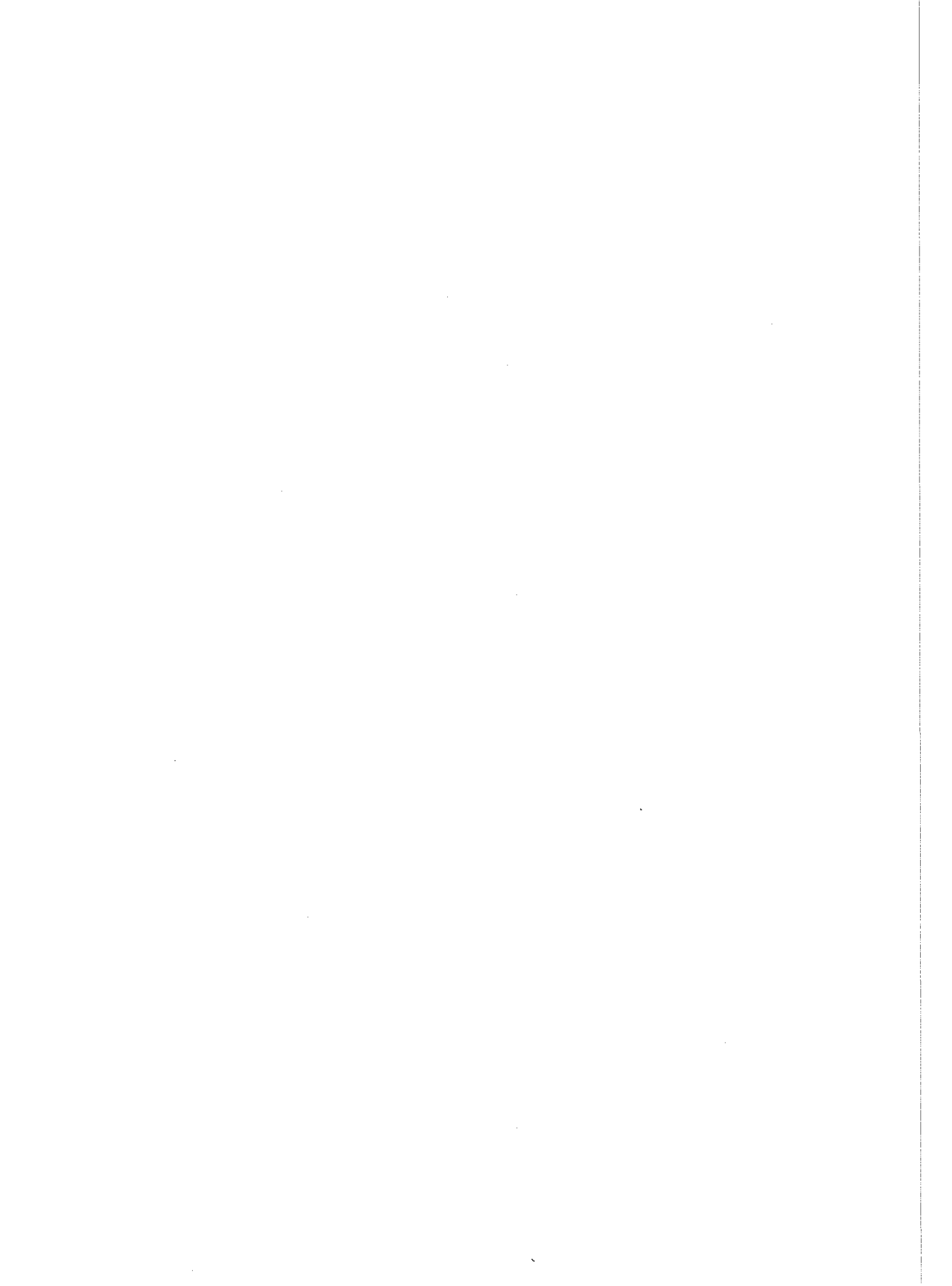
- ii) poursuivre les efforts pour la formation des spécialistes et enseignants des sciences de la santé en utilisant les mécanismes existants;
- iii) réorienter les programmes de formation des personnels de santé et intégrer les SSP dans les cours de formation des différentes institutions;
- iv) poursuivre les efforts en vue de la promotion de journalistes à vocation socio-sanitaire en vue d'une utilisation rationnelle des mass-média au service de la santé;
- v) revoir les méthodes actuelles de surveillance épidémiologique, y compris les échanges d'information en vue de leur réadaptation et de leur réactivation selon les besoins.

3. PRIE le Directeur régional de :

- i) prendre les dispositions appropriées pour répondre le plus rapidement possible aux requêtes des pays en matière de surveillance épidémiologique;
- ii) rappeler aux Etats Membres le degré d'efficacité reconnu à la vaccination anticholérique et la nécessité du respect des décisions collectivement prises concernant l'exigence du certificat de vaccination aux frontières.

Huitième séance, 18 septembre 1984

PARTIE II



SEANCE D'OUVERTURE

1. La trente-quatrième session du Comité régional pour l'Afrique a été ouverte le 12 septembre 1984 au Siège du Bureau régional à Brazzaville par le Professeur Christophe Bouramoué, Ministre de la Santé et des Affaires sociales de la République populaire du Congo. Le Professeur Bouramoué venait d'être élu Vice-Président du Comité régional. Les Membres du Corps diplomatique, les Représentants des 43 Etats Membres, de la Namibie, membre associé, des Mouvements de Libération nationale reconnus par l'OUA et plusieurs organisations internationales, inter-gouvernementales et non-gouvernementales ont participé à la séance d'ouverture.

2. Dans son allocution (Annexe 1), le Dr E. M. Samba, Représentant personnel du Directeur général de l'OMS, a exprimé toute la peine qu'il ressent au moment où il souhaite la bienvenue aux Représentants des Etats Membres et aux Honorables invités dans cette belle cité du Djoué si familière à la plupart d'entre-eux. En effet, depuis dix-neuf ans environ, l'homme infatigable, le combattant résolu pour la santé, le Docteur Comlan A. A. Quenum a eu le privilège et le grand honneur de s'acquitter de ses tâches de Directeur régional. Il exprime ses sentiments d'humilité et de respect en la personne du grand créateur. Le Docteur Samba souhaite que par "notre maturité, notre sens du devoir et la qualité de nos travaux, l'hommage que les Etats Membres veulent et lui ont rendu correspondent à ses aspirations et à celles de sa famille". Il souligne par ailleurs que les thèmes à débattre cette année pendant le trente-quatrième Comité régional sont d'un intérêt programmatique de premier ordre puisque répondant à ce combat politique pour la santé en Afrique que le Docteur Comlan A. A. Quenum a mené pendant vingt ans.

3. Dans son allocution (Annexe 2), le Professeur Christophe Bouramoué, Ministre de la Santé et des Affaires sociales, représentant Son Excellence le Premier Ministre de la République populaire du Congo, a souhaité la bienvenue aux Honorables participants venus des 43 Etats Membres de la Région africaine de l'OMS. Il félicite chaleureusement la République démocratique et populaire d'Algérie d'avoir pris la décision combien sage d'intégrer son cadre naturel africain où s'élaborent les stratégies essentielles adaptées au continent africain en vue d'atteindre l'objectif social de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Et le Professeur Bouramoué de poursuivre :

4. "C'est bien la première fois, depuis près de vingt ans, que le Comité régional tient ses assises sans le Docteur Comlan Alfred Auguste Quenum, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique. Le Docteur Comlan Alfred Auguste Quenum est mort à son poste de combat le mercredi 15 août 1984 à 16 h 00. A sa manière et dans une émotion profonde, la République populaire du Congo a rendu un hommage mérité à l'illustre disparu et l'a accompagné jusqu'à sa dernière demeure à Ouidah, banlieue de Cotonou, en République populaire du Bénin. La République populaire du Congo reste profondément attachée à la mémoire du Docteur Quenum, digne fils de l'Afrique, défenseur infatigable de l'humanité en lutte contre la domination, la maladie et la misère et fervent partisan de la préservation de l'identité culturelle africaine. A travers le Bureau régional, le Docteur Comlan Alfred Auguste Quenum a apporté une contribution inestimable au développement socio-sanitaire de notre Sous-Région en général, du Congo en particulier. Nous restons fidèles à la mémoire du Professeur Comlan Alfred Auguste Quenum."

5. Le Professeur Bouramoué a poursuivi que "la République populaire du Congo apprécie à sa juste valeur les efforts louables déployés par l'Organisation mondiale de la Santé, tant dans l'appui financier et technique aux projets que dans l'élaboration des objectifs de santé, dont le plus engageant pour tous les Etats est celui de la Santé pour tous d'ici l'an 2000. Les stratégies arrêtées ainsi que les moyens d'évaluation des niveaux de santé des populations permettent de suivre activement le compte à rebours qui nous conduit inexorablement au rendez-vous de l'an 2000 dont nous ne sommes plus séparés que de quelque seize années.

6. En dépit de la conjoncture internationale caractérisée par l'insécurité militaire, politique et économique, le Président Denis Sassou N'Guesso, le Parti congolais du Travail (PCT), et le Gouvernement, s'emploient avec acharnement à la réalisation des programmes de son Premier Plan quinquennal 1982-1986. Le tout récent Troisième Congrès ordinaire du P.C.T, en confirmant la stabilité politique et le climat de paix sociale instaurée depuis le Mouvement du 5 février 1979, nous a raffermiss dans l'exécution du programme socio-sanitaire".

7. Il devait ajouter que c'est parce que "conscients de la nécessité de promouvoir une politique sanitaire devant amener un changement radical du comportement social et nutritionnel des populations que la République populaire du Congo poursuit l'exécution du programme de santé maternelle et infantile et l'amorce de celui de l'éducation pour la santé. La restructuration administrative du territoire national par le biais de la décentralisation permettra à la République populaire du Congo une approche globale et intégrée des problèmes de santé, conçue comme l'un des principaux volets du développement socio-économique".

8. Le Docteur H. Mahler, Directeur général de l'OMS, a axé son allocution (Annexe 8) sur "La santé pour tous : des chances nouvelles". Il souligne que "des chances nouvelles s'offrent à l'OMS en 1984".

9. Quatre grands événements marquent cette année à l'Organisation. Ce sont les débuts de l'évaluation des stratégies de la santé pour tous, le Septième Programme général de Travail qui prend un bon départ, les préparatifs pour le Budget Programme de la période biennale 1986-1987, et l'introduction progressive de nouvelles formules de gestion en vue d'une utilisation optimale des ressources de l'OMS par les Etats Membres. Ces quatre événements sont interdépendants mais chacun d'eux possède ses propres caractéristiques".

10. Le Docteur Mahler a, sous la forme interrogatoire, explicité les éléments concrets qui permettent d'évaluer les stratégies de la santé pour tous.

11. "Etes-vous réellement en train d'édifier de nouveaux systèmes de santé ou de modifier les structures existantes dans l'esprit de la stratégie mondiale de la santé pour tous, c'est-à-dire en faisant des soins de santé primaires l'axe principal sur lequel s'articule tout le reste du système de santé ? Etendez-vous la couverture des soins de santé primaires dans votre population et élargissez-vous la gamme des soins ? Vos concitoyens approfondissent-ils leurs connaissances en matière de santé de manière à pouvoir davantage assumer la responsabilité de leur propre santé, celle de leur famille et celle de la collectivité dans laquelle ils vivent ? Tirent-ils parti des mesures prises dans leur intérêt ? Ont-ils de l'eau potable en quantité suffisante et à un prix raisonnable ? Ont-ils et utilisent-ils des installations d'assainissement convenables ? Les femmes peuvent-elles recevoir des soins

avant, pendant et après la grossesse ? Les nourrissons et les jeunes enfants consomment-ils les aliments nutritifs dont ils ont besoin ? Les personnes âgées ont-elles la possibilité de s'occuper correctement d'elles-mêmes, et celles qui ne le peuvent pas sont-elles humainement prises en charge par leur famille et leur collectivité ? Prend-on des mesures appropriées pour lutter contre les maladies évitables et maîtrisables, et des soins cliniques sont-ils offerts à ceux dont la santé est momentanément ou chroniquement défaillante ?"

12. Le Docteur Mahler devait ensuite rappeler les principes qui inspirent le Septième Programme général de Travail. "Ces principes consistent à planifier et à dispenser systématiquement des soins de santé primaires jusqu'à ce que toute la population puisse s'adresser à des personnels de santé motivés et suffisamment bien formés, équipés et outillés pour s'acquitter de leur mission. Ils supposent un soutien des différents niveaux de l'infrastructure sanitaire et, le cas échéant, des autres secteurs économiques et sociaux, ainsi que la mise en oeuvre, dans le cadre de l'infrastructure sanitaire, d'une technologie qui convienne au pays... Le Septième Programme général de Travail offre une occasion rêvée de réaménager les systèmes de santé dans le sens dont les Etats Membres sont convenus collectivement".

13. Le Projet de Budget Programme 1986-1987 que le Comité examine, une fois adopté, sera transmis au Directeur général pour lui permettre d'adresser un projet définitif au Conseil exécutif et à l'Assemblée mondiale de la Santé. Le Directeur général se demande si réellement les Etats Membres exploitent d'une manière rationnelle les ressources de l'OMS pour favoriser l'édification de systèmes de santé ou s'ils se contentent encore de présenter des demandes concernant des projets OMS à exécuter dans les pays et des matériels et fournitures bouche-trous ou des bourses d'études ne correspondant guère aux besoins des populations.

14. "L'une des réalités les plus préoccupantes qui soient apparues récemment au cours d'une première tentative pour surveiller l'application de la stratégie de la santé pour tous a été le fait que la plupart des pays ne savent pas comment leurs ressources sanitaires sont réparties. Ils ne savent pas non plus quelles sont respectivement la part des soins de santé primaires et celle du reste du système de santé et, sans aucun doute, ils ignorent comment les autres secteurs utilisent certaines ressources d'une manière qui a une incidence sur la santé. On ne voit pas toujours non plus clairement

comment sont financés les services de santé ni combien les gens sont capables et désireux de payer pour protéger et restaurer leur santé. Pourtant, faute de telles données, comment pouvons-nous prendre de sages décisions en matière de budget programme ? Voici donc un autre obstacle qui peut se muer en chance nouvelle, en possibilité de sérieux efforts pour déterminer avec exactitude combien, comment, où, quand et pourquoi nous dépensons pour la santé et qui fait ces dépenses - première étape vers un redressement. Nos politiques et stratégies collectives de la santé pour tous nous donnent des indications suffisantes sur ce qu'il convient de faire, de sorte qu'il ne devrait pas être trop difficile de trouver ce qui ne va pas afin de le corriger."

15. "Le nouveau cadre gestionnaire et les nouvelles dispositions doivent permettre d'utiliser au mieux le Septième Programme général de Travail de l'OMS pour appuyer les stratégies nationales de la santé pour tous..."

16. "Si, au cours d'examens collectifs des politiques et des programmes, vous avez défini le soutien technique, administratif et financier que votre pays doit recevoir de l'OMS, ainsi que ce qui est nécessaire pour faciliter la coopération interpays, si vous l'avez bien défini, il faut alors vous demander comment ces besoins seront satisfaits rapidement et efficacement. Or, pour y parvenir au niveau régional, il faut être en mesure d'envisager la coopération de l'OMS avec chacun de vos pays comme un tout, en conservant une vue d'ensemble de la Région et de consacrer à la satisfaction de vos besoins tout l'effort de soutien nécessaire, qu'il soit technique, administratif ou financier. Si l'on veut en outre que cette action soit bien coordonnée, il faut pouvoir faire concourir de multiples disciplines à la solution de vos problèmes. Il faut être assez perspicace pour saisir les possibilités qui s'offrent de faciliter la coopération entre les groupes de pays, que ce soit à l'intérieur de votre Région ou dans des régions voisines, voire lointaines. Il faut être en mesure de mobiliser les compétences techniques les plus appropriées et le soutien d'autres secteurs partout où cette possibilité existe, à l'intérieur et à l'extérieur de la Région. Oui, même au Siège de l'OMS à Genève."

17. Le Docteur Mahler a ensuite insisté sur la nécessité intrinsèque de veiller à ce que les ressources de l'Organisation soient utilisées de façon aussi efficace et efficiente que possible pour aider à atteindre l'objectif de la santé pour tous. "L'OMS n'a pas échappé aux critiques de plus en plus

nombreuses dont fait l'objet le système des Nations Unies auquel on reproche un mauvais choix d'activités, un chevauchement des efforts, une bureaucratie excessive et une gestion maladroite de ses ressources" et le Directeur général de poursuivre : "si nous ne faisons pas le meilleur usage possible de nos moyens, le poste coopération technique de notre budget programme ordinaire risque de ne pas survivre aux critiques qui lui seront adressées. Nous sommes après tout la seule institution spécialisée qui ait inscrit un tel poste à son budget ordinaire. Si nous en étions privés, ce pourrait être la fin de nos structures régionales, car elles sont le support de notre coopération technique avec les Etats Membres. Oui, Mesdames et Messieurs les représentants, ce pourrait être virtuellement la fin de nos Comités et Bureaux régionaux ou, tout au moins, du genre de Comités et de Bureaux régionaux que nous connaissons aujourd'hui. Pour l'éviter, il nous faut veiller à utiliser au mieux nos ressources, c'est-à-dire les utiliser conformément à la politique arrêtée collectivement pour atteindre notre objectif commun".

CEREMONIE D'HOMMAGE OFFICIEL DE LA TRENTE-QUATRIEME SESSION
DU COMITE REGIONAL AU DOCTEUR COMLAN A. A. QUENUM

18. La trente-quatrième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé a rendu un hommage officiel à la mémoire du Docteur Comlan A. A. Quenum qui a été, sans interruption, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique de 1965 à 1984.

19. Un catafalque, recouvert du drapeau de l'OMS et décoré de fleurs multicolores est dressé au Hall de l'entrée principale. Quatre grands portraits du Docteur Quenum, ses décorations et autres distinctions honorifiques y sont exposés. Le catafalque est mis en place le mardi 11 septembre 1984 à 18 heures.

20. Les Délégués au Comité régional s'inclinent devant le catafalque avant d'entrer dans la Salle de Conférence No 1 où se déroule la séance solennelle d'ouverture.

21. Le Professeur Christophe Bouramoué devait, en sa qualité de Vice-Président de la trente-troisième session du Comité régional et Président de la Cérémonie d'Hommage officiel, déclarer : "Le Professeur Comlan Alfred Auguste Quenum est décédé le 15 août 1984, à son poste de travail. L'émotion qui a gagné le monde entier et plus particulièrement l'Afrique, a été à la

dimension de ce personnage hors du commun. A la fois brillant Médecin, Chercheur chevronné et Enseignant émérite, Quenum a marqué sa période de façon positive et durable. Brillant Professeur de Santé publique, éminent humaniste et apôtre de la cause de l'humanité, le Docteur Comlan Alfred Auguste Quenum a mené de main de maître la gestion du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. Sa prodigieuse imagination créatrice et son érudition nous ont valu des oeuvres et écrits divers d'une grande richesse scientifique et culturelle. Son fervent amour de l'Afrique et de l'Africain nous impose beaucoup de respect à sa mémoire. Puisse son exemple nous inspirer dans notre tâche de développement communautaire, pour le bien de l'Afrique et de toute l'humanité".

22. Le Dr Luis Gomes Sambo, Vice-Ministre de la Santé de la République populaire d'Angola, a, dans l'oraison funèbre qu'il a prononcée au nom des pays de la Sous-Région III (Annexe 4), retracé la vie du Docteur Comlan A. A. Quenum et surtout sa carrière académique avant de préciser que les Etats Membres ont été profondément émus le 15 août 1984 à l'annonce de celui qui avait habitué le Comité régional à sa présence sympathique, dynamique et sécurisante. Le Docteur Luis Gomes Sambo devait rappeler au Comité régional les dernières paroles d'encouragement du Docteur Comlan A. A. Quenum invitant les Etats Membres "à travailler ardemment pour traduire en réalités les stratégies nationales de la santé pour tous en l'an 2000 malgré le scepticisme et l'opposition des dogmatiques qui continuent à empêcher de nombreux pays à adopter les alternatives de solutions propres à répondre à leurs besoins fondamentaux".

23. Le Docteur Ezrah Rushundahaire Nkwasiwe, Ministre de la Santé de l'Ouganda, et Représentant des pays de la Sous-Région II a, dans son oraison funèbre (Annexe 5), reflété l'atmosphère de chagrin et de deuil qui enveloppait la trente-quatrième session du Comité régional. Il a rappelé l'énorme contribution que feu le Docteur Comlan A. A. Quenum a apportée au développement sanitaire de cette Région depuis son élection à cette haute fonction il y a près de vingt ans. Tous les Etats Membres ont beaucoup de choses à se remémorer à son sujet et évidemment de bonnes raisons de le regretter parce que la carrière universitaire du Docteur Comlan Quenum est sans égale en Afrique. Ses idées révolutionnaires dans le domaine de la santé ont jeté les bases d'un développement intégré et de la participation communautaire. Le Docteur Comlan A. A. Quenum était totalement acquis à la cause de la justice sociale en faveur des pauvres et des déshérités.

24. Le Ministre de la Santé publique du Sénégal, Monsieur Mamadou Diop, devait rappeler au nom des Représentants des Etats Membres de la Sous-Région I de l'OMS que si "nul n'est immortel, la douleur est d'autant plus grande et cruelle que la mort du Docteur Comlan A. A. Quenum est brutale. A la veille de la trente-quatrième session du Comité régional pour l'Afrique, c'est une catastrophe." Et le Ministre sénégalais de poursuivre : "Cette ouverture dans le monde de la science et des idées influera grandement sur la rigueur de l'analyse et la sensibilité dans la perception et les relations interhumaines du grand humaniste qu'est devenu le Docteur Comlan Alfred Auguste Quenum".

25. "1965 a été un tournant décisif dans sa vie, lorsqu'il entre pour la première fois dans la famille des Nations Unies en qualité de Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique qu'il ne devait quitter que par la volonté d'Allah au bout de dix-neuf ans de service et d'une façon si brutale."

26. "Le fondamentaliste rigoureux a su intégrer le concept moins puriste de la santé défini comme état de complet bien-être physique, mental et social; et durant toute sa vie il saura lutter pour la cause de "la santé pour tous" en l'an 2000 par la stratégie des soins de santé primaires. Pour ce faire, il avait une confiance aux potentialités de la communauté humaine pour établir une autosuffisance et une autoresponsabilité dans le cadre d'une justice sociale, d'une équité et de la paix. C'est pourquoi il accordait une attention particulière aux programmes communautaires et aux Mouvements de Libération nationale."

27. "Mais le Directeur régional était conscient que les obstacles majeurs de la santé étaient liés le plus souvent à l'insuffisance et à l'inefficacité des efforts d'éducation pour la santé, de motivation et d'information sanitaire du public. Aussi, accordait-il à cette composante fondamentale indispensable des soins de santé primaires, comme mentionné dans la Déclaration d'Alma-Ata, une attention toute particulière qui l'a conduit à développer dans des pays de la Région la capacité technique pour planifier des activités d'information et d'éducation pour la santé, prises comme partie intégrante des diverses actions sanitaires, d'information du public et de portée socio-économique; et d'inciter à l'utilisation des moyens de communication sociale et des structures éducatives et politico-administratives."

28. L'hommage du Docteur H. Mahler, Directeur général de l'OMS a été des plus pathétiques. Ecoutons le :

29. "Mon excellent ami et compagnon de lutte dans le combat pour la santé n'est plus de ce monde. Le Dr Comlan Quenum, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique pendant près de vingt ans, nous a quittés. Mais il n'a pas pour autant disparu. Il a marqué d'une empreinte indélébile le développement humain en Afrique. C'était un authentique fils de l'Afrique, un frère des Africains, et en même temps un homme de ce monde dont il cherchait à recueillir la sagesse collective pour le bien de l'Afrique souffrante."

30. "Il est devenu Directeur régional au moment où l'Afrique se libérait du joug étranger. Il n'a jamais oublié les affronts de l'époque coloniale, et pourtant il ne nourrissait aucune haine vis-à-vis de ceux qui les avaient infligés à son peuple et à son continent. Méfiant, il l'était. L'histoire lui avait appris à soupçonner les étrangers de vouloir exploiter les Africains, même lorsqu'ils semblaient leur venir en aide. Mais il ne manifestait aucune inimitié à leur égard. Dès qu'ils avaient fait la preuve de leur sincérité en mettant leurs connaissances et leur expérience au service de l'Afrique, le Dr Quenum réagissait avec une loyauté sans limite. Car il percevait les vastes possibilités que la science et la technique, appliquées grâce à une bonne gestion, avaient à offrir aux peuples qui avaient grandi sans grande possibilité d'y avoir accès. Mais en même temps, il savait qu'il serait désastreux pour l'Afrique de se borner à copier les façons de faire du monde industriel, et que toute la science, toute la technique et toute la gestion doivent être analysées et appliquées dans la perspective de la tradition africaine."

31. Et le Directeur général de conclure en ces termes : "Chers amis, ce que j'ai écrit du Dr Quenum de son vivant, je ne peux le dire mieux aujourd'hui. Je ne peux que souhaiter avec ferveur que vous, peuple d'Afrique, puissiez engendrer beaucoup d'autres dirigeants comme lui. Et je ne peux qu'essayer de consoler son épouse et sa famille en leur rappelant qu'en moins de soixante ans, il a fait beaucoup plus que la plupart des gens pendant les soixante-dix ans traditionnellement alloués à l'homme. Il continuera à vivre dans les coeurs de tous ceux qui lui étaient proches jusqu'à ce qu'ils aillent, eux aussi, là où va toute chose."

32. Il faut signaler que cet hommage solennel a été rendu en présence de Madame Quenum et de sa famille.

ORGANISATION DU TRAVAIL

33. En l'absence des membres du bureau désigné par la trente-troisième session à Brazzaville, le Comité s'est réuni en séance privée avant l'ouverture solennelle. Il a désigné le Professeur Christophe Bouramoué, Ministre de la Santé et des Affaires sociales de la République populaire du Congo, comme Vice-Président de la trente-troisième session pour assurer la présidence, conformément à l'Article 12 du Règlement intérieur du Comité.

34. L'ordre du jour adopté par le Comité figure en Annexe 9. La liste des participants en Annexe 10.

35. Conformément à la résolution AFR/RC23/R1, sur proposition du Vice-Président, le Comité approuve la constitution du Sous-Comité des Désignations (Décision de procédure 1).

36. La Constitution du Bureau de la trente-quatrième session du Comité régional et la désignation des Rapporteurs des Discussions techniques pour 1984 font l'objet de la Décision de procédure 2 adoptée à l'unanimité.

37. La Décision de procédure 3 rend compte de la composition et des travaux du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs.

ACTIVITES DE L'OMS DANS LA REGION AFRICAINE EN 1983 : RAPPORT SUCCINCT DU DIRECTEUR REGIONAL

Présentation

38. Le Dr E. M. Samba, Représentant personnel du Directeur général, présente au Comité le rapport succinct du Directeur régional sur les activités de l'OMS dans la Région africaine en 1983.

39. Malgré une conjoncture internationale difficile caractérisée par la détérioration des termes de l'échange, les guerres fratricides fomentées de l'extérieur et soutenues à l'intérieur, la sécheresse dont le visage humain s'appelle faim et soif, les Etats africains poursuivent leurs efforts vers la santé pour tous d'ici l'an 2000.

40. Ce rapport est délibérément axé sur quelques programmes parmi les plus importants, à savoir : Organisation de systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires; Personnels de santé; Information du public et Education pour la santé; Nutrition; Santé maternelle et infantile, Planification familiale comprise; Médicaments et vaccins essentiels; Qualité, sécurité et efficacité des médicaments et des vaccins; enfin la Lutte contre la maladie.

41. L'organisation de systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires est sans aucun doute la voie de sagesse qui pourra conduire l'humanité vers la santé pour tous.

42. Les activités interpays de l'Organisation dans le cadre de ce programme au niveau de la Région visent essentiellement à promouvoir des échanges d'expériences entre les Etats Membres, en mettant un accent particulier sur la coordination intersectorielle pour la mobilisation et une distribution rationnelle des ressources, ainsi que la participation communautaire. Ces activités qui se déroulent conjointement avec l'UNICEF sont soutenues par neuf projets interpays à vocation multiple.

43. Au niveau des pays, le changement de comportement des décideurs politiques, des personnels de santé et des collectivités en faveur de la santé pour tous d'ici l'an 2000 et des soins de santé primaires est de plus en plus perceptible et se traduit par des réunions éducatives, des mises en place de nouvelles procédures de planification et de gestion, des formulations de projets et de plan d'action. Mais il reste encore beaucoup à faire pour passer à des actions concrètes de nature à produire des effets sanitaires tangibles.

44. Les activités de l'OMS dans le domaine du développement des personnels de santé ont essentiellement consisté à l'introduction de modules "Soins de Santé primaires" dans les programmes de formation de plusieurs institutions de la Région; la promotion de centres de développement sanitaire; la formation et la promotion de spécialistes et enseignants des sciences de la santé; la conception, la production et la distribution de matériels didactiques adaptés aux politiques et programmes de formation; la formation de toutes les catégories de personnel de santé en gestion sanitaire; et le renforcement des activités OMS de formation.

45. Si les changements de comportement en faveur de la SPT/2000 et des soins de santé primaires sont de plus en plus perceptibles au niveau des décideurs politiques, des personnels de santé et des collectivités, il y a encore beaucoup d'efforts à faire pour arriver à une adhésion complète des professionnels de l'enseignement, en l'occurrence les universités.

46. L'importance du rôle de l'information du public et l'éducation pour la santé dans la mise en oeuvre des stratégies nationales et régionale de la SPT/2000 n'est plus à démontrer. Les activités dans le cadre de ce programme ont eu pour champ d'application les programmes sanitaires prioritaires, notamment la nutrition, le programme élargi de vaccination (PEV), la lutte contre les maladies diarrhéiques, la santé maternelle et infantile, planification familiale comprise, la lutte contre les endémies locales, en particulier le paludisme, enfin l'hygiène du milieu.

47. Compte tenu du caractère essentiellement promotionnel de ce programme, de nombreuses activités sont orientées en toute priorité vers les milieux scolaires en vue de promouvoir l'engagement des jeunes dans les soins de santé primaires et le développement sanitaire.

48. Un type nouveau d'activités est en voie de développement; c'est la promotion du journalisme sanitaire au niveau professionnel en vue d'une utilisation rationnelle des mass-média dans la mise en oeuvre des stratégies SPT/2000. Ces activités se déroulent actuellement en collaboration avec le Centre d'Enseignement des Sciences et Techniques de l'Information (CESTI) de l'Université de Dakar, l'Union des Radiodiffusion et Télévision nationales (URTNA) et la Ligue internationale des Sociétés de la Croix-Rouge.

49. La situation alimentaire et nutritionnelle reste préoccupante et s'aggrave de jour en jour avec l'extension des zones touchées par la sécheresse dans la Région.

50. Les efforts des Etats Membres soutenus par l'OMS et la communauté internationale s'orientent essentiellement vers l'élaboration de politiques et programmes alimentaires et nutritionnels; la surveillance nutritionnelle; l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant; la commercialisation et la distribution des substituts du lait maternel.

51. Malgré la multiplicité des activités, la situation alimentaire et nutritionnelle demeure très préoccupante et il est impératif que par une approche multisectorielle, le programme visant à son amélioration soit incorporé dans les programmes de développement socio-économique.

52. Les activités du programme de santé maternelle et infantile, planification familiale comprise ont suivi trois axes principaux, à savoir : développement et renforcement des services, formation du personnel et recherche.

53. Le développement et le renforcement des services se font avec la collaboration du Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Population (FNUAP) qui fournit un support financier à la réalisation des projets nationaux et interpays. Les activités de ce volet du programme au niveau régional sont soutenues par un projet interpays dont l'antenne opérationnelle met un accent particulier sur "les services consultatifs d'appui aux projets nationaux" par des missions de formulation, évaluation et reformulation de projet.

54. La formation du personnel de santé maternelle et infantile, planification familiale comprise se poursuit au niveau national, mais aussi régional et international grâce au centre régional de formation basé à Maurice. Depuis sa création en 1982, ce centre a dispensé des cours à quatre-vingt et un responsables nationaux de vingt-neuf pays de la Région. Par ailleurs, la formation du personnel des projets a été organisée et complétée grâce à des séminaires et ateliers conjoints Gouvernement/OMS/FNUAP.

55. Les activités de recherche en santé maternelle et infantile, planification familiale comprise (SMI/PF) ont trait à la création ou au financement d'institutions de recherche et à la réalisation de projets, avec l'appui de trois centres collaborateurs : Addis-Abéba (Ethiopie), Franceville (Gabon) et Dakar (Sénégal).

56. Le programme d'action sur les médicaments essentiels est mis en oeuvre sur la base des recommandations de la réunion mondiale sur les médicaments essentiels de New-Dehli en décembre 1980. Les activités sont axées sur l'élaboration de politiques pharmaceutiques nationales, les mécanismes d'achat de médicaments, la production locale et la distribution des médicaments. Des mécanismes appropriés pour effectuer les achats groupés ont été étudiés et le rapport soumis aux Etats Membres.

57. La nécessité du contrôle de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des médicaments et vaccins n'est plus à démontrer. Toutefois, le stade de développement en cette matière est lent et très variable d'un Etat à l'autre aussi bien en matière d'infrastructure que du personnel. Ce développement au ralenti provient essentiellement du fait que les dépenses initiales pour la mise en place d'un laboratoire sont considérables.

58. Il est à déplorer qu'en dehors de quelques ateliers d'échanges d'expériences sur le contrôle de la qualité des médicaments et des vaccins, les mécanismes de la CTPD ne sont utilisés ici que très timidement.

59. Les activités du programme élargi de vaccination (PEV) couvre actuellement la totalité des pays de la Région. Au 31 décembre 1983, l'objectif régional d'assurer une couverture vaccinale de 60 % pour au moins deux antigènes dans les zones couvertes par le PEV a été atteint dans un tiers des pays, et une évaluation complète du programme a été réalisée dans un tiers de pays.

60. Alors que des progrès substantiels sont obtenus dans la lutte contre l'onchocercose, d'autres maladies à transmission vectorielle, telles que la fièvre jaune, la trypanosomiase, la schistosomiase et le paludisme, continuent d'être préoccupantes.

61. Les études consécutives à la flambée épidémique de fièvre jaune d'octobre 1983 ont permis de constater que les mécanismes de surveillance épidémiologique mis en place depuis 1965 doivent être réadaptés et réactivés.

62. Le problème le plus préoccupant de ces maladies est la résistance de plus en plus généralisée aussi bien chez les vecteurs que chez les agents pathogènes aux insecticides et à certaine prophylaxie. Aussi, la recherche en matière de lutte antivectorielle se poursuit-elle de manière axée sur l'étude de la sensibilité des vecteurs aux insecticides, ou "criblage de nouveaux insecticides et à la recherche sur la bio-écologie" des vecteurs d'arbovirose.

Discussions

63. Les Représentants ont noté avec inquiétude que tant au niveau des Etats Membres qu'à l'OMS, la surveillance épidémiologique et plus particulièrement le contrôle de la fièvre jaune soit réduite à la routine lorsqu'elle n'est pas totalement négligée.

64. Les mesures prises par le Directeur régional à la suite de cette flambée épidémique de la fièvre jaune ont permis aux pays concernés de réactiver les mécanismes existants et de mettre sur pied une stratégie à court, à moyen et à long termes.

65. La septième épidémie de choléra qui frappe durement la Région africaine de l'OMS ne permet pas aux pays voisins de prendre les mesures préventives dans les délais appropriés. Le Comité invite les Etats Membres à se souvenir du degré d'efficacité du vaccin anticholérique et à respecter les décisions collectivement prises quant aux certificats de vaccinations exigés aux frontières. Les mesures de lutte contre les maladies diarrhéiques et principalement le choléra doivent être renforcées.

66. Le Comité s'est montré préoccupé de l'avenir des programmes nationaux de SMI/PF dont l'efficacité dépend essentiellement des utilisateurs, lesquels ne sont pas toujours informés des services mis à leur disposition par le gouvernement.

67. Il a été observé qu'avec la conjoncture économique internationale difficile aux lendemains imprévisibles, les Etats Membres et l'OMS doivent être conscients de la menace de voir se réduire certaines activités par manque de ressources avec tout le risque de détérioration sanitaire que cela comporte, en l'occurrence de nouvelles flambées épidémiques.

68. Plusieurs Représentants des Etats Membres se sont inquiétés de la lenteur du Bureau régional à répondre à leurs requêtes et souhaitent que les mesures appropriées soient prises pour des réponses plus rapides et plus adéquates.

69. Tout en se félicitant de la clarté du rapport du Directeur régional, le Comité estime qu'il lui aurait été plus facile d'évaluer le suivi de ses directives lors des sessions précédentes si les références nécessaires, le cas échéant, étaient faites à ces directives.

Directives

70. Le Comité régional, à la suite de l'examen du rapport succinct du Directeur régional, rappelle que ces directives, lors de la trente-troisième session, demeurent valables. Des éléments pertinents du rapport succinct et des discussions, il ressort les directives suivantes :

Organes directeurs

- i) Présenter les rapports d'activités de l'OMS sous une forme qui, tout en respectant la structure du programme de l'OMS, permette au Comité d'évaluer le suivi de ses directives.

Personnels de santé

- ii) Poursuivre les efforts pour la formation des spécialistes et enseignants des sciences de la santé en utilisant les mécanismes existants.
- iii) Réorienter les programmes de formation des personnels de santé et intégrer les SSP dans les cours de formation des différentes institutions.

Information du public et éducation pour la santé

- iv) Poursuivre les efforts en vue de la promotion de journalistes à vocation socio-sanitaire en vue d'une utilisation rationnelle des mass-média au service de la santé.

Lutte contre la maladie

- v) Revoir les méthodes actuelles de surveillance épidémiologiques, y compris les échanges d'information en vue de leur réadaptation et de leur réactivation selon les besoins.
- vi) Prendre les dispositions appropriées pour répondre le plus rapidement possible aux requêtes des pays en matière de surveillance épidémiologique.
- vii) Rappeler aux Etats Membres le degré d'efficacité reconnu à la vaccination anticholérique et la nécessité du respect des décisions collectivement prises concernant l'exigence de certificat de vaccination aux frontières.

EVALUATION DE L'EXPERIENCE AFRICAINE D'UTILISATION DES NATIONAUX COMME COORDONNATEURS DES PROGRAMMES DE L'OMS

Présentation

71. Tenant compte de leur contexte historique et de l'évolution du concept d'assistance technique vers celui de la coopération, la plupart des Etats Membres de la Région africaine ont eu recours à l'utilisation de Coordonnateurs nationaux et de directeurs nationaux de projets.

72. La Trente et Unième Assemblée mondiale de la Santé a eu à examiner, en mai 1978, l'étude organique du Conseil exécutif sur le "Rôle de l'OMS au niveau des pays et, en particulier, le rôle des Représentants de l'OMS". Par la résolution WHA31.27, l'Assemblée mondiale de la Santé a pris note avec satisfaction des constatations, conclusions et recommandations de cette étude. Elle a, par ailleurs, confirmé qu'il est nécessaire de mieux utiliser toutes les ressources que l'OMS peut mobiliser et, dans cette perspective, de continuer à expérimenter l'emploi de nationaux comme Coordonnateurs des Programmes de l'OMS et directeurs de projets ainsi que le recours à des comités nationaux de coordination.

73. Huit ans environ après les premières expériences africaines d'utilisation des nationaux comme Coordonnateurs des Programmes de l'OMS, le Comité pour le Programme mondial (CPM/GPC) a demandé, à sa treizième session, au Directeur régional pour l'Afrique de lui soumettre, à sa quatorzième session, un rapport d'évaluation sur l'expérience africaine d'utilisation des nationaux comme Coordonnateurs des Programmes de l'OMS.

74. Cette évaluation a été étudiée par : i) la Septième Réunion régionale pour le Programme (RPM.7); ii) la quatorzième session du Comité pour le Programme mondial (GPC14); iii) le Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS).

75. Le rapport d'évaluation examiné par la Septième Réunion régionale pour le Programme a été élaboré grâce à deux approches principales : i) enquête d'opinion par questionnaire menée tant auprès des Coordonnateurs internationaux (WPC) que nationaux (NWC) des Programmes de l'OMS; ii) entretiens individuels et informels conduits par un consultant avec les Coordonnateurs de 10 pays.

76. Les résultats de l'étude ont porté sur trois domaines :

- i) orientation : il a été constaté que, dans l'ensemble, les opinions concernant l'orientation reçue sont identiques chez les NWC et les WPC, sauf en ce qui concerne l'orientation permanente;
- ii) fonctions et activités : que les opinions des NWC et WPC sont identiques dans l'ensemble;
- iii) statut : la quasi-totalité des NWC sont satisfaits de l'accord pour la prestation de services spécifiques qu'ils ont signé avec l'OMS en ce qui concerne : i) la nature des services; ii) la durée de l'accord, et iii) les droits et obligations du signataire; pour ce qui est du chapitre "Rémunération et prestations", l'expérience étant liée à l'autoresponsabilité en matière de santé, l'accord a été établi avec le consensus du NWC sur la base de son statut dans la Fonction publique nationale.

77. Les constatations qui ressortent des entretiens individuels avec les NWC et autres organismes de coordination/coopération ont montré : i) la pertinence du mécanisme "Coordonnateur national"; ii) les difficultés et contraintes rencontrées par les NWC en relation avec les méthodes de travail du pays de leur bureau, du Bureau régional, du Siège de l'Organisation et d'autres agences, problèmes de communication et d'information réciproque; iii) la nécessité d'établir un profil de poste.

78. Les difficultés de mise en oeuvre de l'expérience relèvent en fait des comportements humains face à l'innovation. Il a fallu faire preuve de courage et de tenacité pour surmonter de multiples obstacles.

79. La Septième Réunion pour le Programme a, en novembre 1983, formulé des observations et recommandé la poursuite de l'expérience avec des aménagements concernant : i) la sélection des Coordonnateurs nationaux ; ii) l'orientation avant leur prise de fonctions; iii) leur formation programmatique; iv) leur contrat et rémunération; v) le site du bureau de coordination, et vi) leur rôle d'assistants aux réunions des Organes directeurs.

80. Le Comité pour le Programme mondial a examiné le rapport de la Septième Réunion régionale pour le Programme et a fait les recommandations suivantes :

- i) seuls les fonctionnaires employés par leur gouvernement pourraient être nommés Coordonnateurs nationaux;
- ii) la durée de l'accord pour services spéciaux ne devrait pas dépasser 12 mois;
- iii) les NWC ne devraient jamais être rémunérés uniquement par l'OMS;
- iv) les NWC devraient être rémunérés en monnaies locales;
- v) le complément de salaire - honoraires - ne devrait pas dépasser celui du Directeur général de la Santé du pays;
- vi) la supervision devrait être effectuée conjointement par le Directeur régional et le Ministre de la Santé, et le renouvellement du contrat dépendra de cette évaluation.

81. L'accord-type pour la prestation de services spécifiques a été révisé en tenant compte de ces points de vue.

82. Le Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS), a lors de sa réunion du 28 mai au 1er juin 1983, examiné d'une manière très attentive le document. Il a suggéré de retenir la proposition du Comité du Programme mondial de poursuivre l'expérience et ses recommandations concernant l'accord sur la prestation de services spécifiques pour la rendre conforme aux normes administratives de l'OMS et à ses politiques et procédures en matière de personnel et de finances. Il a cependant proposé que : i) la durée de l'accord ou la prestation de services spécifiques pourrait être de deux ans; ii) la rémunération totale - salaire national plus complément (honoraires) - devrait être limitée, dans le cadre du Ministère de la Santé, afin de ne pas dépasser celle d'une personnalité officielle de niveau équivalent au Directeur général de la Santé.

Discussions

83. Le Comité note avec satisfaction que cette expérience est une réussite et mérite d'être poursuivie, assortie de mesures appropriées pour rendre le mécanisme plus rationnel et plus efficace.

84. Cette expérience a permis aux pays de mieux connaître les mécanismes et fonctionnement de l'OMS. Sa poursuite s'inscrit dans l'optique d'une meilleure utilisation des ressources de l'OMS en vue de la santé pour tous en l'an 2000.

85. Le Comité constate que le document qui lui est soumis n'aborde pas tous les aspects de la question de l'utilisation des nationaux comme Coordonnateurs des Programmes de l'OMS. Ceci explique l'incohérence constatée dans les propositions qui lui sont faites; la plupart des difficultés rencontrées sont imputables à l'ambivalence du Coordonnateur qui dépend à la fois du Ministère de la Santé et de l'OMS.

86. Le Comité estime que les propositions qui lui sont faites doivent être réexaminées par un comité spécial désigné par le Comité régional et dont le rapport sera étudié en 1985.

87. Les préoccupations du Comité pour l'amélioration de cette expérience concernent essentiellement :

- i) le statut du Coordonnateur national qui, en aucun cas, ne peut être considéré comme un fonctionnaire international au terme du statut de l'Organisation mondiale de la Santé;
- ii) le salaire du Coordonnateur qui doit tenir compte de la hiérarchie des grades et échelons de la Fonction publique nationale ainsi que de la nature des prestations de service;
- iii) le profil du Coordonnateur;
- iv) la durée du contrat qui ne peut être inférieure à deux ans.

88. Le Comité est d'avis que l'évaluation doit se poursuivre pour mieux objectiver les contraintes et déterminer les voies et moyens pour améliorer l'impact de l'utilisation des nationaux comme Coordonnateurs des Programmes de l'OMS.

89. Le Directeur général rappelle au Comité régional que l'idée maîtresse de cette entreprise était et demeure la promotion de l'autosuffisance par la mobilisation des ressources humaines nationales. Lorsqu'il a demandé et obtenu du Conseil exécutif l'autorisation de mettre en oeuvre cette expérience, la Région africaine a osé la tenter et il serait déplorable que cela engendre une catégorie de personnel susceptible de remettre en cause cette vocation. L'interprétation du concept de souveraineté internationale conduit inévitablement à des attitudes contradictoires lorsqu'il s'agit d'assumer sa responsabilité et de mettre en oeuvre des décisions prises collectivement.

Conclusion

90. Le Comité régional estime que :

- i) l'expérience d'utilisation des nationaux comme Coordonnateurs des Programmes de l'OMS dans la perspective d'une promotion de l'autoresponsabilité nationale en matière de santé doit être poursuivie;
- ii) la nouvelle version de l'accord de prestation de services spécifiques contient encore des ambiguïtés quant aux status du Coordonnateur et ne lui offre pas suffisamment de garantie d'emploi;
- iii) la poursuite de cette évaluation est nécessaire mais en élargissant plus explicitement le recueil des informations tant au niveau des Coordonnateurs que des Ministres de la Santé.

91. Le Comité régional adopte la résolution AFR/RC34/R4.

FEMMES ET DEVELOPPEMENT SANITAIRE

Présentation

92. Le Docteur Victoria Mojekwu présente le document AFR/RC34/18 qui contient une évaluation du programme "Femmes et Développement sanitaire". Le principal objectif de ce programme est de "promouvoir la pleine collaboration des

villageoises aux soins médico-sanitaires, en les faisant participer à la prise de décision et au développement socio-économique, le recours aux soins de santé primaires étant l'approche fondamentale".

93. Comme la Conférence mondiale des Nations Unies qui va passer en revue et évaluer les réalisations de la Décennie de la Femme se tiendra en 1985 à Nairobi, il est estimé que cette réunion offrait une occasion idéale pour évaluer le programme et associer les Etats Membres aussi étroitement que possible à la préparation de cette conférence.

94. La méthodologie retenue pour procéder à cette évaluation est fondée sur les principes énoncés dans la brochure intitulée : "Evaluation des programmes de santé - principes directeurs" de l'OMS.

95. Le sujet de l'évaluation consiste à étudier les activités menées couramment dans les villages ainsi que les apports extérieurs nécessaires pour appuyer ces activités. Les huit activités les plus courantes des différents villages sont les suivantes :

- a) fourniture des compétences nécessaires pour assurer une participation efficace des collectivités afin de préparer le terrain à l'automotivation, l'autosuffisance et l'auto-responsabilité;
- b) approvisionnement en eau potable;
- c) vaccination des enfants et des femmes enceintes;
- d) prévention des problèmes de santé les plus courants localement grâce à la formation des mères;
- e) mise en place et gestion de crèches pour les enfants d'âge préscolaire de façon à améliorer leur état nutritionnel;
- f) organisation de cours d'alphabétisation fonctionnelle;

- g) amélioration du niveau de vie des membres de la communauté par la création d'industries artisanales et l'amélioration des pratiques agricoles;
- h) création et gestion d'un fonds de roulement pour assurer l'année durant l'approvisionnement en médicaments essentiels.

Cette évaluation a révélé que ces activités étaient pertinentes sur le plan social et justifiées parce qu'elles répondent aux besoins essentiels des êtres humains et aux priorités des villageois en matière de santé.

96. Du point de vue des villageois, la définition des problèmes et la formulation des projets sont adéquates. Toutefois, il n'en est pas de même aux niveaux local, national et international car les priorités des villageois ne correspondent pas toujours aux priorités établies par ces autres niveaux.

97. Etant donné l'absence de données fondamentales quantifiables, les progrès ont été davantage évalués sur la base d'une "analyse des efforts déployés et des ressources utilisées" que sur "la mesure dans laquelle la mise en oeuvre effective a été conforme à la mise en oeuvre prévue".

98. L'efficience a été évaluée sur la base des méthodes, des personnels, du financement, de la collaboration, du contrôle gestionnaire, du rapport-coût/efficacité, et elle a été illustrée par des exemples pratiques. Dans les villages qui ont compris la nécessité de compter essentiellement sur leurs propres forces, les dispositions financières se sont révélées plus efficaces que dans les villages qui ont insisté sur la formule habituelle aide étrangère/bénéficiaire.

99. Lors de l'évaluation de l'impact, il est apparu que comme les activités des projets "Femmes et développement sanitaire" ne constituaient qu'un des points d'entrée des soins de santé primaires, leur incidence sur la santé ne pouvait être évaluée que dans le cadre de ce programme. En évaluant l'impact de ce programme, l'accent a par conséquent été mis sur sa contribution au développement socio-économique d'ensemble. Les Africains tiennent généralement pour acquis que les gouvernements doivent tout faire pour les populations; que le gouvernement dispose en permanence des crédits nécessaires pour leur fournir des services; que le gouvernement ne connaît

pas de situations conflictuelles, et qu'il n'a pas de problèmes de gestion, etc. Ce programme a révélé que les villageois offrent un milieu beaucoup plus réaliste pour entamer un dialogue avec les gouvernements. Ceci est le fruit de l'expérience qu'ils ont acquise dans la planification, le financement et la gestion des activités de leur projet. L'OMS observe une automotivation, une autosuffisance et une autoresponsabilité croissantes dans les activités socio-économiques menées au niveau des villages. L'attitude de certains gouvernements à l'égard de l'autosuffisance affecte déjà leur politique concernant les types d'activités susceptibles d'être financées par les autorités nationales et celles susceptibles d'être financées par une aide extérieure. Au début de la collaboration entre le Bureau régional (AFRO) et le gouvernement, toutes les requêtes émanant des différents villages étaient envoyées à AFRO. Ce n'est plus tout à fait le cas maintenant.

100. Les conclusions de l'évaluation ont révélé que :

- a) le projet "Femmes et Développement sanitaire" constitue un processus d'apprentissage pour les villageois; on a observé que chaque fois que le groupe a assimilé le concept de motivation, d'autosuffisance et d'autoresponsabilité, ses membres entreprennent eux-mêmes les activités en faisant appel à leurs propres ressources (main-d'oeuvre, matériel et argent); l'étendue des progrès dépend, par conséquent, de la façon dont les activités ont commencé;
- b) comme il s'agit d'un projet mené au niveau des collectivités, où les villageois sont les gestionnaires de projet, on a observé que les progrès étaient plus spectaculaires dans les pays qui autorisaient des échanges de correspondance entre ces gestionnaires et l'OMS;
- c) au niveau des villages, l'efficacité du projet "Femmes et Développement sanitaire" est considérée comme satisfaisante en ce qui concerne les méthodes de financement, le personnel, le contrôle gestionnaire, et l'analyse coût/efficacité; elle n'est pas considérée comme satisfaisante en ce qui concerne l'appui et la collaboration des autres niveaux;

- d) les données disponibles ne suffisent pas pour permettre une évaluation objective de l'efficacité du projet; toutefois, les points de vue subjectifs des membres de la collectivité et des agents de santé des divers villages semblent indiquer une diminution de l'incidence de la diarrhée, de la fièvre, de la rougeole, du tétanos néonatal, de la coqueluche, depuis la mise en oeuvre du projet.

101. Propositions en vue d'une action future

- a) Afin de susciter davantage d'intérêt chez les responsables et d'obtenir de leur part une adhésion politique, il convient de saisir toutes les occasions qui se présenteront pour mieux faire connaître aux décideurs politiques les objectifs et le potentiel du projet "Femmes et Développement sanitaire" comme point d'entrée des soins de santé primaires. Pour ce faire, les visites du Directeur régional dans les pays sont particulièrement propices.
- b) On encouragera l'organisation de séminaires nationaux en langue locale dans les villages pour informer les agents de santé afin d'obtenir leur adhésion totale aux activités du projet "Femmes et Développement sanitaire" et leur appui.
- c) Le Bureau régional devra continuer de rechercher des indicateurs appropriés qui seront utilisés par les communautés villageoises pour surveiller de façon continue leurs projets et les évaluer.
- d) Afin d'augmenter la participation des collectivités et les initier à l'approche intersectorielle, il conviendra d'organiser des ateliers pour former des animateurs et mieux faire connaître aux coordonnatrices nationales et aux coordonnatrices de village les niveaux d'orientation et de recours ainsi que le meilleur moyen d'y accéder.

- e) Pour améliorer les contacts et établir un climat de confiance entre l'OMS et les promoteurs nationaux des projets "Femmes et Développement sanitaire", les personnels des projets inter pays, des soins de santé primaires, des projets nutrition et santé de la famille, devront être davantage sensibilisés aux responsabilités qui leur incombent au niveau de la communauté.
- f) Comme les gestionnaires de ces projets sont des gens du cru qui généralement ne savent ni lire ni écrire, le Bureau régional et les autorités nationales doivent communiquer avec eux en ayant des contacts directs.
- g) Comme les contacts directs supposent des déplacements du personnel et des membres de la collectivité, il conviendra de prévoir des crédits qui seront mis à la disposition des gestionnaires de ces projets et des coordonnatrices nationales et de village dans le budget programme du pays.
- h) Afin de diminuer les coûts et d'augmenter les capacités nationales, il conviendra d'avoir recours à des nationaux qui parlent les langues vernaculaires, lorsqu'on peut en trouver, pour mener les activités du projet "Femmes et Développement sanitaire" après mise au courant au Bureau régional.
- i) Comme certains responsables nationaux ne semblent pas croire que l'on puisse obtenir motivation et autoresponsabilité sans avoir recours à des donateurs extérieurs, il conviendra d'encourager les déplacements et les séances de travail au niveau des villages afin que les coordonnatrices puissent partager leurs expériences.
- j) Les réalités de la situation africaine exigent que nous utilisions les moyens dont nous disposons. Comme la plupart des gouvernements ont déjà des vulgarisateurs dans le domaine de l'agriculture, de la santé, de l'éducation et de l'industrie, etc., au niveau du district, nous suggérons que les gouvernements appuient les efforts déployés par les collectivités rurales :

- en prêchant la pratique de l'autoresponsabilité et de la participation communautaire;
- en accordant des budgets relativement modestes pour appuyer les projets mis en oeuvre par les collectivités rurales;
- en faisant officiellement participer les vulgarisateurs à des projets exécutés par les membres des collectivités rurales.

Discussion

102. Les discussions animées qui ont suivi cette présentation ont montré que les Etats Membres étaient unanimes pour appuyer la participation des villageois à la planification, à la mise en oeuvre et à l'évaluation des activités de soins de santé primaires (SSP) dans la Région africaine. Si certains délégués ont fourni des exemples de participation des femmes aux activités nationales de développement liées à la santé (programme élargi de vaccination, nutrition, santé maternelle et infantile, planification familiale, agriculture, salubrité de l'environnement approvisionnement en eau, construction, etc.), ils ont insisté pour que ces activités ne soient pas confiées uniquement aux organisations féminines. Il convient que les projets de village viables bénéficient de l'appui des gouvernements et des sources de financement extérieures. Les Etats Membres ont en particulier proposé que l'on dispose dans le budget programme d'une ligne budgétaire, tant dans les allocations pour pays que dans les allocations pour projets interpays. Plusieurs délégués ont recommandé que l'on prenne bien soin d'assurer une intégration complète des activités "Femmes et Développement sanitaire" dans le système de santé et de développement de chaque pays pour éviter les chevauchements inutiles et le gaspillage de ressources peu abondantes. Cette intégration pourrait commencer par un dialogue entre le gouvernement et les communautés au niveau des villages et la création d'un comité interinstitutions au niveau national. Les délégués ont estimé qu'il était nécessaire de disposer de données et ont recommandé que le programme recueille et diffuse des informations au niveau national et international de façon à contribuer à la surveillance de l'objectif "Santé/2000". A cette fin, les délégués ont sollicité un appui pour que l'on mette en place un mécanisme de

surveillance continue qui pourra être mis à la disposition des membres des collectivités villageoises. Ils ont également prié les Etats Membres de veiller à ce que les femmes participent au processus de développement dans son ensemble et particulièrement au processus de planification et de prise de décision. Le Comité a demandé que le programme "Femmes et Développement sanitaire " soit étendu à d'autres secteurs dans tous les pays participants.

103. Le Comité a adopté la résolution AFR/RC34/R1.

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

104. Le Dr I. Koné présente au Comité le document AFR/RC34/5 qui expose les actions prises, en cours et les perspectives pour la mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par la Trente-Septième Assemblée mondiale de la Santé.

105. Ce rapport est présenté, comme les années précédentes, sous une forme qui facilite au Comité les discussions et la détermination des directives nécessaires au développement du programme régional conformément au paragraphe 1 du dispositif de la résolution AFR/RC30/R12.

106. Les propositions pour la mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par la soixante-treizième session du Conseil exécutif et la Trente-Septième Assemblée mondiale de la Santé sont présentées par grands programmes conformément à la liste ordonnée des programmes pour la période d'exécution du Septième Programme général de Travail (PGT.7).

Résolution WHA37.12 : Rattachement de l'Algérie à la Région africaine

107. Le haut fonctionnaire du Ministère de la Santé de l'Algérie a visité le Bureau régional pour une mise au courant complète sur les mécanismes de fonctionnement du Bureau et sur l'organisation de la coopération de l'OMS avec l'Algérie. L'Algérie est incluse dans le projet de budget programme 1986-1987 et le Directeur régional l'a invitée à participer à la trente-quatrième session du Comité régional comme quarante-quatrième membre. Le transfert à AFRO des dossiers relatifs aux programmes de coopération OMS/Algérie est effectué. Un fonctionnaire régional responsable de l'Algérie a été désigné.

108. Le Comité note avec satisfaction les actions déjà prises par le Directeur régional depuis l'adoption de cette résolution. Il se félicite de cette décision d'une haute portée politique. Cet acte héroïque de l'Algérie, qui suit celui de l'Ethiopie il y a quelques années, montre que la Région africaine de l'OMS peut effectivement couvrir tout le continent.

Résolution WHA37.13 : Dimension spirituelle de la stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000

109. Les populations africaines sont essentiellement de croyance religieuse et il est important que l'aspect spirituel soit pris en compte dans les stratégies nationales de la SPT/2000. Le Comité prend note avec satisfaction de l'initiative du Gabon qui a créé un Centre international des Civilisations Bantous (CICIBA).

Résolution WHA37.15 : Santé pour tous d'ici l'an 2000 et résolution WHA37.17 : Surveillance des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies de la Santé pour tous d'ici l'an 2000

110. En janvier 1984, le Comité pour le Programme mondial (CPM) a approuvé le canevas et format communs d'évaluation (document DGO/84.1) et a décidé de l'utiliser dans un certain nombre de pays choisis afin que les premières expériences soient rapportées au Comité régional. Ce canevas et format communs pour l'évaluation de la stratégie a été distribué aux pays en mars 1984 et trois ateliers ont été organisés pour la formation conjointe des nationaux et du personnel OMS dans l'évaluation des stratégies. Le document a été expérimenté par huit pays de la Région, avec la collaboration du Bureau régional, afin d'amorcer le processus de surveillance continue et d'évaluation.

111. Les représentants des pays sélectionnés (Angola, Botswana, Kenya, Mozambique, Niger, Rwanda, Sénégal et Zambie) ont fait part au Comité régional de leurs premières expériences sur l'utilisation du canevas et format communs pour évaluer leurs stratégies nationales.

112. Il ressort de ces expériences que :

- Le canevas et format communs est un document utile;
- la mise en place d'un mécanisme permanent d'évaluation est difficile pour diverses raisons : manque de motivation, manque de personnel qualifié, insuffisance de moyens logistiques;

- les données disponibles n'ont pas toujours permis d'avoir des valeurs actuelles et fiables pour certains indicateurs;
- nulle part le système national d'information sanitaire existant n'a permis de répondre à toutes les questions;
- certains indicateurs ne sont pas adaptés.

113. Le Comité invite en conséquence les Etats Membres à renforcer leurs systèmes nationaux d'information sanitaire et à mettre en place un mécanisme intersectoriel permanent de surveillance de la mise en oeuvre de leur stratégie nationale de la SPT/2000.

114. L'OMS devra poursuivre l'étude sur les indicateurs en vue d'avoir des indicateurs plus adaptés.

115. Le Comité note avec satisfaction que le Bureau régional a apporté tout l'appui requis aux pays qui en font la demande pour le développement de leur processus gestionnaire.

116. Un Centre collaborateur du Ministère de la Santé de Maurice, créé en 1984, est chargé de mettre au point : i) la méthodologie et la procédure de choix d'indicateurs appropriés; ii) l'identification des données appropriées; iii) la collecte et le traitement de l'information par le personnel à tous les niveaux du système de santé. Ce centre collaborera au développement d'un support informationnel uniforme dans les îles de l'Océan indien.

Résolution WHA37.16 : La Coopération technique entre pays en développement à l'appui de l'objectif de la Santé pour tous

117. La coopération technique entre pays en développement est de mieux en mieux perçue comme une des approches du développement endogène et autocentré. Elle constitue un élément essentiel des stratégies nationales et régionale pour atteindre l'objectif social de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

118. Le Comité invite tous les Etats Membres à prendre les mesures appropriées pour une utilisation effective des mécanismes de la CTPD.

Résolution WHA37.22 : Collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies - Questions générales : activités opérationnelles pour le développement

119. Conformément aux directives des Organes directeurs, le Directeur général et le Directeur régional invitent les gouvernements à prendre la responsabilité des travaux de l'OMS et de l'utilisation des ressources de l'OMS dans les pays, notamment des ressources fournies au titre du budget ordinaire (document DGO/83.1). Cette responsabilité gouvernementale implique cependant que les ressources de l'OMS soient "réservées aux activités qui correspondent à la fois aux politiques définies au niveau national et aux politiques de santé internationales décidées collectivement par les Etats Membres au sein de l'OMS".

120. Pour ce qui est des ressources extrabudgétaires provenant des autres organisations du système des Nations Unies (PNUD,¹ FNUAP,² PNUE,³ FAO,⁴ UNICEF,⁵ etc.) et qui doivent financer des projets dont l'OMS accepte le rôle d'institution chargée de l'exécution, le Directeur général et le Directeur régional feront comprendre aux différentes agences "qu'elle intervient dans le cadre de programmes gouvernementaux, dont les pouvoirs publics sont responsables".

Résolution WHA37.28 : Collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies - Lutte de libération en Afrique australe : Assistance aux Etats de la ligne de front, au Lesotho et au Souaziland

121. En application des résolutions AFR/RC31/R9 et AFR/RC31/R12 du Comité régional de l'Afrique, l'Algérie, le Congo, le Gabon et Sao Tomé et Príncipe ont fourni une aide en médicaments, en personnel et contributions financières à l'Angola pour faire face aux agressions de l'Afrique du Sud. Dans le cadre de la CTPD, la Zambie appuyée par l'OMS, a apporté une aide appréciable au Mozambique dans le développement des systèmes de santé fondés sur les SSP.

¹ Programme des Nations Unies pour le Développement.

² Fonds des Nations pour les Activités en matière de Population.

³ Programme des Nations Unies pour l'Environnement.

⁴ Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture.

⁵ Fonds des Nations Unies pour l'Enfance.

122. Le Directeur régional, en collaboration avec le Directeur général, a mobilisé d'importantes ressources et accordé de nombreuses bourses à l'ANC,¹ au PAC² et à la SWAPO³ (Namibie) pour faire face aux problèmes de santé que connaissent les réfugiés sud-africains et namibiens.

123. En collaboration avec les Etats de la ligne de front, l'OUA,⁴ le PNUD et le HCR,⁵ l'OMS a contribué à l'élaboration de 12 projets "santé et eau" qui ont été soumis à la seconde Conférence internationale sur l'Assistance aux Réfugiés en Afrique (ICARA II).

124. Le Comité prend note des efforts que déploie l'OMS mais s'inquiète de la lenteur dans la mise en oeuvre des décisions concernant ces pays.

125. Le Comité a été informé de la situation sanitaire déplorable en Namibie et du déséquilibre flagrant dans la distribution des ressources. Le Comité estime que cette situation est un défi à l'Afrique et à la communauté internationale tout entière.

Résolution WHA37.29 : Assistance sanitaire et médicale d'urgence aux pays touchés par la sécheresse et la famine en Afrique

126. Le Bureau régional a contribué à l'élaboration du rapport du Secrétaire général des Nations Unies sur la crise économique et sociale en Afrique, document qui a été soumis à la seconde session ordinaire de l'ECOSOC¹ tenue à Genève en juillet 1984. Ce document comporte une annexe sur les besoins urgents de chacun des 24 pays sérieusement touchés par la crise actuelle et tributaires d'une aide alimentaire.

¹ Congrès national africain.

² Congrès panafricain d'Azanie.

³ Mouvement populaire du Sus-Ouest africain.

⁴ Organisation de l'Unité africaine.

⁵ Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés.

127. Ces pays, dont la liste officielle est publiée par la CEA² dans un document du Conseil des Ministres africains du plan intitulé "Mémoire spécial sur la crise économique et sociale en Afrique", sont les suivants : Angola, Bénin, Botswana, Burkina-Faso, Cap-Vert, Tchad, République centrafricaine, Ethiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Lesotho, Mali, Mauritanie, Mozambique, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Somalie, Souaziland, Togo, République unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

128. Le Comité se félicite de la promptitude avec laquelle l'OMS et la communauté internationale ont apporté les premiers secours. Il note avec inquiétude qu'aucune amélioration à cette situation n'est encore prévisible.

Résolution WHA37.31 : Le rôle des universités dans la stratégie de la santé pour tous

129. Le Directeur régional encourage les Etats Membres à intégrer les soins de santé primaires dans le cursus des institutions de formation en général et des universités en particulier. A cet effet, plusieurs activités ont été menées :

- i) organisation d'ateliers au Mali, l'un destiné aux responsables des écoles de formation des personnels de santé et l'autre à l'intention des enseignants des mêmes écoles; 28 nationaux ont participé à ces ateliers; l'Ecole nationale de Médecine et de Pharmacie, en collaboration avec l'Institut national de Recherche en Santé publique, a intégré les notions de SSP dans le cursus de formation et poursuit des enquêtes relatives à la santé des populations riveraines du barrage de Selingue avant sa mise en fonctionnement;
- ii) organisation d'un atelier sur les SSP au Botswana en direction de 28 nationaux, enseignants du personnel infirmier, techniciens sanitaires, personnel de laboratoire et de pharmacie;
- iii) organisation d'un atelier en faveur de 14 enseignants des Centres d'Enseignement supérieur en Soins infirmiers (CESSI de Dakar et de Yaoundé) pour l'intégration des SSP dans leurs programmes d'enseignement.

¹ Conseil économique et social.

² Commission économique pour l'Afrique.

130. La Septième Réunion des Doyens, Directeurs des Facultés, Ecoles de Médecine et Centres universitaires des Sciences de la Santé qui s'est tenue à Brazzaville du 5 au 9 décembre 1983 a principalement axé ses discussions sur la promotion des soins de santé primaires (SSP) et leur introduction dans les programmes d'enseignement des facultés, écoles de médecine et centres universitaires des sciences de la santé. Après un large débat sur les expériences des participants, il est apparu que la plupart des facultés, écoles de médecine et centres universitaires des sciences de la santé introduisent les SSP ou réorientent leurs programmes en fonction des exigences de la stratégie de la SPT/2000. Ils accordent une place de plus en plus importante à la participation effective des étudiants aux prestations des soins au sein de la communauté.

131. Le Comité régional, lors de sa trente-troisième session en septembre 1983 à Brazzaville, par la résolution AFR/RC33/R1 prie le Directeur régional de "prendre les mesures appropriées pour aider les Etats Membres à réorganiser les programmes d'enseignement en tenant compte de l'apport de la recherche dans les sciences de la santé". Le Directeur régional a adressé en janvier 1984 une lettre aux Etats Membres attirant leur attention sur cette résolution et les informant de sa disponibilité à collaborer étroitement en vue de sa mise en oeuvre conséquente.

132. Dans le cadre du développement et de la promotion de la recherche, neuf Directeurs d'institutions de recherches ont été identifiés. Ils participeront à la réunion des Groupes de Travail sous-régionaux de la CTPD dont un des thèmes des discussions porte sur : "Mécanismes d'échange d'information et de collaboration en matière de recherche entre pays en développement".

133. Le Directeur régional constituera un groupe d'experts pour étudier le contenu approprié de l'enseignement de la méthodologie de la recherche et surtout la période opportune pour l'insérer dans le programme de formation de base en sciences de la santé. Il organisera, en collaboration avec les Etats Membres, des conférences-ateliers nationales et sous-régionales afin de permettre : i) à de jeunes chercheurs de devenir compétents dans le domaine de la méthodologie, de la recherche et dans l'élaboration des protocoles de recherche, et ii) aux directeurs des établissements de recherche de discuter et de partager leurs expériences dans le domaine du processus gestionnaire avec accent sur l'appui du système d'information indispensable au développement sanitaire national.

134. Le Directeur régional a transmis cette résolution et le rapport du Directeur général sur les discussions techniques de la Trente-Septième Assemblée mondiale de la Santé dont le thème est : "Rôle des Universités dans les stratégies de la santé pour tous", aux Etats Membres et particulièrement aux départements de la santé, de l'éducation nationale et aux institutions de formation.

135. Le Comité note avec satisfaction que ces discussions techniques ont déjà des effets. Dans plusieurs pays de la Région, l'Université, en l'occurrence la Faculté de Médecine, participe déjà au processus de planification sanitaire nationale. Il se félicite du soutien de l'OMS mais déplore qu'aucun mécanisme ne soit utilisé pour les échanges d'expérience dans ce domaine.

136. Le Directeur régional transmettra, par le biais des Coordonnateurs des Programmes de l'OMS, aux Etats Membres et particulièrement aux départements de la santé, de l'éducation nationale et aux institutions de formation, toute la documentation OMS susceptible de les aider à jouer leur rôle dans les stratégies de la santé pour tous.

137. Le Comité estime qu'il faut mettre en place un mécanisme pour évaluer le rôle des universités dans la stratégie régionale de la SPT en vue de réorienter correctement les programmes de ces universités.

Résolution WHA37.18 : Prévention et réduction de l'avitaminose A et de la xérophtalmie

138. Un programme spécial de lutte contre l'hypovitaminose A se développe dans la Région. Ce problème touche surtout les pays de la zone sahélienne et ceux ayant une grande superficie semi-désertique et soumise à la sécheresse.

139. Le Directeur régional continuera d'accorder son soutien aux Etats Membres qui en feront la demande pour l'identification et la mise en oeuvre de moyens appropriés de prévention et de réduction de l'avitaminose A et de la xérophtalmie.

Résolution WHA37.30 : La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant

140. L'alimentation du nourrisson et du jeune enfant demeure une préoccupation importante des Etats Membres dont 23 ont pris des engagements fermes dans ce domaine. La coopération de l'OMS avec plusieurs organisations du système des Nations Unies et des organisations non-gouvernementales ne cesse de se renforcer. Cette coopération est particulièrement importante devant la crise économique et sociale que connaît l'Afrique.

141. Le Comité estime que le problème de nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant doit être abordé dans le cadre de la santé maternelle et infantile et traité par une approche intersectorielle.

Résolution WHA37.23 : Collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies - Questions générales : Abus des stupéfiants et des substances psychotropes

142. Le Directeur régional a collaboré avec plusieurs pays pour étudier l'utilisation des médicaments psychotropes et certains stupéfiants. Les résultats de ces études devront être amplement diffusés.

143. Le Directeur régional favorisera la diffusion aux Etats Membres des documents et des éléments nouveaux qui concernent ce problème. Il encouragera les Etats Membres pour la création des différents groupes de coordination nationale, de composition multisectorielle et multidisciplinaire, pour la formulation des programmes dirigés contre la prévention et le contrôle de l'abus des drogues. Ces programmes seront intégrés dans le programme national de santé. Il favorisera, à la demande des pays, les ateliers nationaux pour la prévention, le traitement et le contrôle de la dépendance des drogues. Il invitera les Etats Membres à intensifier l'échange d'information, les visites et la coopération entre les pays dans le cadre de la CTPD pour l'exploitation des expériences nationales nouvelles dans la prévention et le traitement de la pharmacodépendance.

144. Le Directeur régional apportera son concours à la collecte des données épidémiologiques axées sur l'identification de la nature et la dimension du problème de l'abus des drogues nécessitant d'être considérés pour renforcer les systèmes de surveillance épidémiologique dans ce domaine.

Résolution WHA37.27 : Etalons internationaux et unités internationales pour les substances biologiques

145. Le Directeur régional transmettra la résolution WHA37.27 et l'annexe relative aux étalons biologiques et aux préparations biologiques de référence.

Résolution WHA37.32 : Programme d'action pour les médicaments et vaccins essentiels

146. Le Directeur régional a coopéré avec les Etats Membres à l'élaboration de leurs politiques pharmaceutiques nationales. Certains ont adopté une politique nationale sur les médicaments essentiels. L'OMS prépare actuellement des manuels de formation dans ce domaine. Le Directeur régional encouragera l'utilisation des mécanismes de la CTPD pour promouvoir et développer ce programme d'action.

147. L'étude sur les achats groupés dure depuis plusieurs années. La dernière étape a été la synthèse faite par une firme (AFRICARE), à la demande du Directeur régional. Le résultat de cette synthèse est envoyé aux Etats Membres et il leur appartient d'y réagir.

148. Le Comité estime que ce problème est assez important et souhaite l'inscrire à l'ordre du jour de sa trente-cinquième session.

Résolution WHA37.33 : Usage rationnel des médicaments

149. Le Directeur régional poursuivra sa coopération avec le Siège de l'OMS à Genève et les Etats Membres pour que des informations impartiales et complètes sur les médicaments soient mises à la disposition du public. Il favorisera l'utilisation rationnelle des médicaments et des méthodes de prescriptions adéquates par les professionnels de la santé.

150. Le Bureau régional coopérera étroitement avec le Siège à la préparation et à l'organisation, en 1985, d'une réunion d'experts.

151. Le Comité adopte la résolution AFR/RC34/R3.

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

152. Le rapport du Directeur est présenté par le Dr D. G. Makuto (Zimbabwe), membre du Conseil exécutif. Ces ordres du jour comportent des questions d'intérêt régional :

- i) Projet de Budget Programme pour l'exercice 1986-1987 (articles 18 f) et 55 de la Constitution;
- ii) Rapports des Directeurs régionaux sur tous faits notables sur le plan régional, y compris des questions intéressant les Comités régionaux. Le Conseil exécutif doit, conformément aux paragraphes 4 (3) et 4 (4) du dispositif de la résolution WHA33.17, examiner la façon dont les Comités régionaux reflètent, dans leurs travaux, les politiques définies par l'Assemblée mondiale, et la manière dont le Secrétariat fournit son soutien aux Etats Membres tant à titre individuel que collectif;
- iii) Désignation du Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique (résolution EB65.R1);
- iv) Collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies : les femmes, la santé et le développement;
- v) Collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies : Lutte de libération en Afrique australe - Assistance aux Etats de la Ligne de Front, au Lesotho et au Souaziland (résolution WHA37.28);
- vi) Assistance sociale et médicale d'urgence aux pays touchés par la sécheresse et la famine en Afrique (résolution WHA37.29).

153. Le Comité note avec satisfaction que les ordres du jour des Organes directeurs sont réflétés dans l'ordre du jour provisoire de la trente-cinquième session du Comité régional pour l'Afrique (Annexe 12).

154. Le Comité adopte l'ordre du jour provisoire de la trente-cinquième session du Comité régional. La Décision de procédure 5 est prise à cet effet.

METHODE DE TRAVAIL ET DUREE DE L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE

Présentation

155. Le Docteur S. Diop présente au Comité le rapport du Directeur régional sur la "Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé" (document AFR/RC34/19). Ce document vise essentiellement à faciliter la tâche de la Trente-Huitième Assemblée mondiale de la santé, conformément à la résolution WHA36.16 qui concerne la méthode de travail et la durée de l'Assemblée.

156. Il traite :

- i) de la nomination du Président de l'Assemblée mondiale dans ses paragraphes 4 et 5;
- ii) de la nomination au poste de Vice-Président de la Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé dans les paragraphes 6 à 9;
- iii) des Commissions principales de l'Assemblée dans les paragraphes 10 à 15 et ce conformément à la résolution WHA31.1.

Discussion

Président de l'Assemblée mondiale de la Santé

157. Le Comité montre les critères qu'il avait retenus à ce sujet lors de sa trente-deuxième session, à savoir que le poste de Président de l'Assemblée revient désormais par rotation tous les six ans à un représentant de la Région.

158. C'est seulement en 1988 que la Région africaine aura à assurer à nouveau la présidence de la Quarante et Unième Assemblée mondiale de la Santé.

159. Comme c'est la trente-septième session du Comité qui aura à désigner en 1987 l'éventuel candidat à la présidence de l'Assemblée, le Comité a décidé de ne pas discuter de ce point à la présente session.

Nomination au poste de Vice-Président de la Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé

160. Conformément à la décision de la trente-deuxième session du Comité régional,¹ le Président de la trente-quatrième session du Comité régional sera proposé au poste d'un des cinq Vice-Présidents de la Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé en mai 1985. Les dispositions du paragraphe 3 de la Décision de procédure 6 de la trente-troisième session du Comité régional seront appliquées en cas d'indisponibilité du Président en exercice du Comité régional.

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

161. Le Comité prend note de ce que le mandat du Zimbabwe comme Membre du Conseil exécutif expire à la fin de la Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé.

162. Le Comité félicite le Zimbabwe pour sa contribution aux travaux du Conseil exécutif et désigne le Lesotho comme nouveau membre du Conseil exécutif.

163. Le comité invite les membres habilités à désigner une personne devant siéger au Conseil exécutif à faire connaître leur disponibilité au plus tard un mois avant l'Assemblée mondiale de la Santé.

Clôture de la Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé

164. Le Comité décide que le Représentant de la République Unie de Tanzanie s'exprimera au nom de la Région à la clôture de la Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé et ce conformément à la Décision de procédure 6 de la trente-troisième session du Comité régional.

¹ Rapport final, trente-deuxième session du Comité régional, page 30, paragraphe 78.

Réunion informelle du Comité régional

165. Le Comité est d'avis que ces réunions informelles sont importantes et tous les membres devront y assister. Cependant, les décisions prises au cours d'un Comité régional doivent être appliquées, la réunion informelle devant simplement permettre aux Représentants des Etats Membres de procéder aux ajustements nécessaires.

166. Le Comité adopte la Décision de procédure 7.

COLLABORATION AVEC LES ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES A LA MISE EN OEUVRE DE LA STRATEGIE MONDIALE DE LA SANTE POUR TOUS

167. Les discussions techniques qui se dérouleront à l'occasion de la Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé auront pour thème : "La collaboration avec les organisations non gouvernementales (ONG) à la mise en oeuvre de la stratégie mondiale de la santé pour tous".

168. Le Dr S. Diop présente le document AFR/RC34/20 préparé par le Siège. Il fait ressortir l'extrême diversité des structures, rôles, ressources et champs d'action des organisations non gouvernementales sur le plan national.

169. Il met aussi en exergue le rôle de l'OMS et l'appui qu'apportent les ONG internationales à la mise en oeuvre des stratégies nationales de la santé pour tous.

170. Les discussions techniques devraient déboucher sur des recommandations concernant les mesures à prendre et permettre de:

- i) définir clairement les responsabilités des secteurs public et privé dans la réalisation des objectifs de la santé pour tous grâce à une association efficace, aux niveaux national et international, qui se situera dans le cadre de la stratégie mondiale;
- ii) déterminer les objectifs prioritaires des ONG par rapport aux programmes et stratégies sanitaires nationaux, et le soutien international nécessaire à cet effet;

iii) formuler les mécanismes et modes d'action afin de promouvoir, soutenir et intensifier cette collaboration, y compris la mobilisation des ressources.

171. Le Comité régional a marqué son accord sur les principaux points du document élaboré par le Siège et en particulier : i) le profil des organisations non gouvernementales; ii) la place des ONG dans la mise en oeuvre de la stratégie de la santé pour tous, et iii) les questions à évoquer sur la collaboration entre les ONG et les pouvoirs publics.

172. L'expression "organisations non gouvernementales" a parfois été critiquée parce qu'elle définit cet important groupe d'organisations uniquement en fonction de ce qu'elles ne sont pas. C'est la plus communément utilisée au sein du système des Nations Unies mais elle est connue ailleurs. Parmi les autres appellations, sans doute plus en usage parmi les ONG elle-mêmes, figurent "organisations bénévoles privées", "oeuvres de bienfaisance", "organismes bénévoles", etc. En fait, aucune expression n'est pleinement satisfaisante ni universellement reconnue comme désignant un certain groupe d'organisations, et l'on a jugé que l'utilisation de l'expression ONG dans l'ensemble de ce document faciliterait sa compréhension.

173. Tous les participants sont conscients des efforts fournis par les ONG au niveau des pays et mettent l'accent sur les ressources humaines que peuvent procurer ces ONG pour le développement de leurs systèmes de santé. Dans la plupart des pays, les ONG font partie des instances supérieures de développement sanitaire.

174. Aux fins de ces discussions, il importe de bien comprendre les divers niveaux auxquels opèrent le ONG. Il y a tout d'abord les petits groupes locaux qui font du bénévolat au niveau communautaire. Puis viennent les organismes nationaux. Parmi ces derniers, on distingue généralement deux types : les sociétés professionnelles et les organismes sociaux ou orientés vers le développement. Enfin, on trouve les ONG internationales dont les membres sont généralement des organismes nationaux.

175. A l'origine, le mouvement bénévole était essentiellement le fait d'oeuvres de bienfaisance. La notion d'aide demeure vivante aujourd'hui mais l'accent est maintenant mis sur un soutien à l'auto-assistance et aux efforts déployés par les individus et les communautés pour devenir autoresponsables et accéder ainsi à une meilleure qualité de vie.

176. La grande variété et le large champ d'activité des ONG nationales font qu'il est difficile de généraliser. Toutefois, on peut mentionner certains traits communs : les ONG présentent, dans l'ensemble, des qualités de dynamisme et de souplesse; elles sont capables d'agir vite, grâce à une très faible bureaucratisation, ainsi que de tenter des expériences et d'ouvrir de nouvelles voies.

177. Dans l'ensemble, les ONG internationales sont des groupements d'organisations très utiles pour recueillir et diffuser de précieuses connaissances et expériences et pour mettre en place d'importants réseaux qui organisent l'action dans le cadre d'une coopération. L'Organisation mondiale de la Santé a toujours attaché une grande importance à sa collaboration avec les organisations non gouvernementales internationales dans divers domaines de la santé, et elle entretient facilement à cet effet des "relations officielles" avec certaines d'entre elles.

178. Des ONG internationales telles le Centre international de Gérontologie locale (ICSG) et la Commission médicale chrétienne (CMC) ont rappelé leurs objectifs et activités. Leurs interventions ainsi que celles des représentants des Etats Membres ont montré la nécessité impérieuse de la coordination. Cette coordination est indispensable autant pour les Etats Membres que pour les ONG. Il est impératif en effet que les ONG interviennent dans le cadre de la stratégie de la santé pour tous, que leurs activités soient incluses dans le plan d'action sanitaire national pour autant que des domaines non prioritaires ne soient privilégiés. Le Comité est d'avis que des mécanismes de concertation doivent être renforcés ou établis entre les ONG et les gouvernements.

179. Il est de plus en plus fréquent que des groupes d'ONG s'associent à l'OMS pour collaborer dans des domaines précis (soins de santé primaires, alimentation du nourrisson et du jeune enfant, santé maternelle et infantile et planification familiale, prévention de la cécité, vieillissement, abus de l'alcool et des drogues, réadaptation et prévention des incapacités) ainsi que pour entreprendre des initiatives de groupe qui vont au-delà des activités particulières exercées par chaque ONG en collaboration avec l'OMS.

180. Un rapport de situation récemment élaboré par le groupe des ONG sur les SSP précise les quatre domaines particuliers dans lesquels elles pourraient intervenir : promouvoir la participation de la population; renforcer les moyens de communications à tous les niveaux; encourager une planification concertée entre les ONG dans les pays, et travailler à l'adoption d'un style nouveau de coordination aux niveaux local, régional et international. Ce rapport est à la disposition des Etats Membres. Tous ces faits sont encourageants. Toutefois, pour que l'énorme potentiel offert par la coopération avec les ONG soit pleinement mis à profit en vue de l'instauration de la santé pour tous, il faudrait que la communauté des ONG et les gouvernements prennent bien d'autres mesures systématiques et volontaires dans ce sens.

181. Le Comité pense que les principaux problèmes qui se posent ont été résumés sous forme d'une série de questions destinées à susciter des réponses en terme d'action à prendre. Ces questions contenues dans le document du Siège lui paraissent pertinentes et clairement libellées.

182. Les Etats Membres sont invités à faire parvenir au Siège leurs réponses aux questions avant le 31 octobre 1984.

183. Le Comité prend la décision de procédure 6.

EXAMEN DU PROJET DE BUDGET PROGRAMME 1986-1987

184. Le Dr T. R. Tshabalala (Souaziland), Président du Sous-Comité du Programme, présente au Comité le Projet de Budget Programme 1986-1987. Le Sous-Comité note qu'il s'insère dans le prolongement de celui de 1984-1985, et que les énoncés des programmes ont été restructurés pour mieux montrer la

façon dont les activités projetées pour 1986-1987 s'inscrivent dans le cadre du Septième Programme général de Travail. En outre, tous les énoncés se réfèrent clairement aux incidences budgétaires du programme projeté. Ce budget programme est conforme aux directives des Organes directeurs. En effet, à la lumière des discussions de la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, une croissance réelle zéro a été imposée au niveau régional et aux activités interpays. Cependant, une augmentation réelle de 4 % par rapport à 1984-1985 a été proposée pour les seules activités au niveau des pays.

185. Le Sous-Comité a analysé le programme régional et en a dégagé les principaux programmes retenus par plus du 1/3 des pays :

- i) Processus gestionnaire pour le développement sanitaire national;
- ii) Personnels de santé;
- iii) Organisation des systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires;
- iv) Information du public et Education pour la santé;
- v) Approvisionnement public en eau et Assainissement;
- vi) Vaccination;
- vii) Santé maternelle et infantile;
- viii) Nutrition;
- ix) Paludisme;
- x) Promotion et développement de la recherche.

186. Par contre, quatre programmes n'ont été retenus que par un seul pays :

- i) Législation sanitaire (programme 3.4);
- ii) Recherche en reproduction humaine (programme 9.2);
- iii) Maladies cardio-vasculaires (programme 13.16);
- iv) Autres maladies non-transmissibles (programme 13.17).

187. Trois autres programmes n'ont retenu l'attention d'aucun pays :
i) Prévention des accidents (programme 8.3); ii) Santé des personnes âgées (programme 9.4); iii) Infections aiguës des voies respiratoires (programme 13.7).

188. Le Comité a souligné que des mesures d'économie rigoureuses ont été introduites dans les programmes interpays (ICP). Les critères relatifs à ces activités seront strictement appliqués afin que le contenu de ces programmes y réponde. L'analyse du budget de ces programmes montre que sur 38 programmes interpays (ICP), trois seulement sont en augmentation : deux concernent le programme 13 lutte contre la maladie (13.3 "Paludisme" et 13.13 "Autres maladies transmissibles"). Les 9/10 des programmes ont des crédits en diminution, variant de 2,3 à plus de 75 %.

189. Le Comité rappelle que le chiffre indicatif de planification par pays a été établi uniquement dans le but d'élaborer les propositions préliminaires au budget, et ne représente en aucun cas les fonds appartenant aux gouvernements. Le Directeur régional a, pour le Directeur général, la responsabilité du programme et du budget devant les Organes directeurs. Les pays doivent utiliser les ressources de l'OMS effectivement pour développer leur système de santé, conformément aux politiques et stratégies décidées collectivement.

190. Le Comité note que le Sous-Comité s'est préoccupé des critères d'utilisation du Programme du Directeur régional pour le Développement et particulièrement les buts de ce programme et des activités proposées pour 1986-1987 tels qu'ils figurent dans le document AFR/RC34/2. Le Directeur régional devra prendre les mesures appropriées pour préciser davantage les critères de l'utilisation de ces fonds.

191. Le Comité se félicite de l'augmentation de la part du budget réservée au pays par rapport au Bureau régional et aux activités interpays, mais il se demande si la diminution des allocations interpays ne risque pas de perturber leurs programmes nationaux de développement socio-sanitaire. L'augmentation des allocations du Bureau régional se situe essentiellement au niveau du programme de soutien; le Comité souhaite que les efforts se poursuivent pour privilégier le soutien technique aux Etats Membres.

192. Le Comité constate que certains programmes d'une importance évidente pour les pays de la Région n'ont pas reçu d'allocations de la part des pays. Il s'agit d'une question de choix de priorités et le Bureau régional devra prendre les mesures appropriées pour continuer à coopérer avec les Etats Membres dans l'analyse de leurs problèmes et la détermination de leurs priorités.

193. Il note que le Projet de Budget Programme pour l'Afrique pour la période 1986-1987 accuse une augmentation réelle de 4 % appliquée exclusivement aux activités menées au niveau des pays, conformément aux directives des Organes directeurs.

194. L'importance des besoins de la Région est dans une telle disproportion par rapport aux ressources que le Comité estime que l'augmentation réelle évaluée à 4 % de l'allocation pays ne peut permettre une mise en oeuvre conséquente des activités individuellement et collectivement décidées par les Etats Membres. Les économies éventuelles qui pourraient résulter des fluctuations du taux de change comptable moyen réel du dollar des Etats Unis et du CFA auraient pu servir à renforcer certaines activités pays au lieu d'être restituées au Siège en tant qu'excédent budgétaire devant alimenter le compte pour les recettes occasionnelles.

195. Dans le cadre des mécanismes gestionnaires pour une utilisation optimale des ressources de l'OMS, un accent particulier devra être mis sur le renforcement des bureaux des Coordonnateurs des Programmes de l'OMS dans les pays.

196. Le Comité adopte le Projet de Budget Programme 1986-1987 par la résolution AFR/RC34/R5.

MISE EN OEUVRE DE LA STRATEGIE REGIONALE POUR L'UTILISATION OPTIMALE DES RESSOURCES DE L'OMS POUR FOURNIR UN APPUI DIRECT AUX ETATS MEMBRES

197. Le Dr Togma Bakele Barandao (Togo), Vice-Président du Sous-Comité du Programme, présente ce chapitre du rapport qui porte sur le document AFR/RC34/12.

198. Il attire l'attention du Comité sur les fondements politiques et le contexte de la préparation de la stratégie régionale.

199. Il rappelle que de larges débats ont été organisés dans les pays afin de dégager les avis des autorités nationales sur les nouveaux mécanismes gestionnaires proposés par le Secrétariat de l'OMS, notamment en ce qui concerne : i) la responsabilité incombant respectivement aux gouvernements et à l'OMS; ii) le rôle des Coordonnateurs des Programmes de l'OMS, et iii) le rôle du Bureau régional.

200. La synthèse des avis rapportés par les Coordonnateurs des Programmes de l'OMS de 25 pays concernant le document DGO/83.1 a été examinée par la Septième Réunion régionale pour le Programme en novembre 1983, à laquelle le bureau du Sous-Comité du Programme a participé.

201. Le Comité prend note des principaux aspects de ces nouveaux mécanismes gestionnaires.

202. Concernant les responsabilités des gouvernements et de l'OMS, tous les pays sont d'accord pour être responsables, selon ces nouveaux mécanismes, de la gestion de divers programmes, services et organismes sanitaires nationaux auxquels l'OMS apporte son soutien et sa participation.

203. Le Comité régional demande que le Secrétariat de l'OMS s'efforce de faire comprendre aux organismes de financement multilatéraux, tels que le PNUD, le FNUAP ou le PNUF, qu'ils doivent intervenir de la même façon que l'OMS dans le cadre des programmes gouvernementaux et qu'ils doivent soutenir ces programmes selon les modalités décrites ci-dessus.

204. Les accords conclus entre l'OMS et les Etats Membres doivent fixer les relations de travail entre les deux parties, le gouvernement étant responsable au premier chef de l'utilisation des ressources de l'OMS pour l'exécution des programmes nationaux conformes aux politiques de l'Organisation.

205. Chaque pays définit sa politique de santé et ses priorités pour la collaboration de l'OMS en se basant sur le Septième Programme général de Travail (PGT.7) de l'Organisation, sans pour autant que ce dernier ne soit un cadre rigide imposé. Ce n'est qu'un guide permettant au comité conjoint gouvernement/OMS de choisir, parmi l'ensemble des programmes de l'Organisation, les programmes prioritaires dans le pays.

206. Le Comité a insisté sur le concept de participation financière directe, "apport par l'OMS de ressources à des programmes nationaux déterminés afin d'aider le gouvernement à atteindre des objectifs, buts et résultats déterminés dans le domaine de la santé". Il est clairement indiqué qu'en cas de participation financière directe, l'OMS et le gouvernement demeurent fondamentalement co-intéressés à l'avancement et à la bonne exécution des activités convenues conjointement.

207. Les fonds libérés par le Bureau régional de l'OMS versés à l'instance gouvernementale officiellement désignée (et non pas à des individus) font l'objet de contrôles comptables répondant aux normes tant nationales qu'internationales de responsabilité en matière d'utilisation des ressources apportant une preuve sérieuse d'utilisation aux fins prévues. Si les mécanismes gestionnaires bancaires et financiers ne permettent pas à un Etat Membre d'utiliser ces nouveaux mécanismes, cet Etat Membre pourra continuer à se servir de ceux actuellement en cours à l'OMS.

208. Le problème des Coordonnateurs nationaux des Programmes de l'OMS dans les pays a de nouveau été évoqué, en particulier le renouvellement du contrat et la nomination de nouveaux Coordonnateurs nationaux. Le Représentant personnel du Directeur général a informé le Comité que le renouvellement du contrat des Coordonnateurs nationaux ne peut temporairement qu'être de douze mois. La nomination de nouveaux Coordonnateurs nationaux ne pourra intervenir qu'à la fin de l'évaluation de l'expérience et après que le Comité régional aura transmis au Conseil exécutif les résultats de son évaluation. Les fonctions du Coordonnateur national ou international sont identiques; sa participation aux nouveaux mécanismes gestionnaires et sa responsabilité sont décrites dans le document DGO/83.1

209. Le Comité prend acte que le Directeur régional a mis en place le "bureau de pays" pour que le Bureau régional puisse remplir son rôle dans le cadre de ces nouveaux mécanismes gestionnaires.

210. Ce "bureau de pays" n'est pas une instance structurelle ou bureaucratique venant s'interposer entre le pays et le Bureau régional. Il s'agit d'un mécanisme de réponse active comprenant un point focal désigné et une équipe d'appui multidisciplinaire flexible.

211. Un fonctionnaire régional est désigné comme point focal de "bureau de pays" au sein des trois équipes multidisciplinaires sous-régionales de coopération technique entre pays en développement (CTPD) déterminées par le Comité régional lors de sa vingt-huitième session (résolution AFR/RC28/R14). Ainsi, chaque fonctionnaire régional est responsable techniquement du développement d'un ou plusieurs programmes pour l'ensemble de la Région mais aussi responsable administrativement, en tant que point focal de "bureau de pays", du développement de l'ensemble des programmes de coopération OMS pour un ou deux pays.

212. Le Comité a pris note qu'une étude-pilote sur ces nouveaux mécanismes a été entreprise dans sept pays de la Région. Il a examiné le plan d'action régional pour la mise en oeuvre de ces mécanismes.

213. Le plan d'action rappelle les objectifs régionaux, les approches qui consistent en : i) information-orientation des gouvernements et du personnel de l'OMS; ii) formation conjointe des nationaux, des Coordonnateurs et du personnel de l'OMS, et iii) coopération technique et soutien logistique directs du Bureau régional.

214. Le plan d'action régional indique en outre les ressources en personnel et le budget disponible; il mentionne ce que doivent faire les Etats Membres, le Coordonnateur et le Bureau régional, avec les indicateurs de sortie nécessaires à la surveillance continue et à l'évaluation. Il propose enfin un calendrier pour la mise en oeuvre des activités correspondant aux approches régionales.

215. Le Comité considère que les mesures indiquées dans le plan d'action régional doivent permettre de traduire effectivement dans les faits ce plan d'action. Il se déclare persuadé que de telles mesures amélioreront encore la collaboration du Bureau régional avec les Etats Membres, assurant ainsi une meilleure coordination des activités, tant au niveau des pays qu'entre le Bureau régional et les Etats Membres.

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

216. Le Docteur J. J. Bastos dos Santos présente le rapport des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique. Le Comité régional avait, lors de sa trentième session, par sa Décision de procédure 8, invité les membres du Sous-Comité du Programme participant à une même réunion programmatique, à présenter un rapport conjoint mettant en évidence les conclusions et recommandations sur le programme régional.

217. Au cours de sa réunion du 21 septembre 1983, tenue à Brazzaville (République populaire du Congo), le Sous-Comité du Programme a décidé de se faire représenter à cinq réunions d'intérêt programmatique : i) Septième et ii) Huitième Réunions régionales pour le Programme (RPM.7 et RPM.8); iii) Septième Réunion des Doyens et Directeurs des Facultés, Ecoles de Médecine et Centres universitaires des Sciences de la santé; iv) Quatrième Réunion du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS), et v) Septième Réunion du Comité permanent de la Coopération technique entre Pays en Développement (CTPD).

Septième et Huitième Réunions régionales pour le Programme

218. Les Membres du Comité ont fait leurs, les conclusions et propositions relatives : i) à la mise en oeuvre du programme régional pour la période 1982-1983; ii) au nouveau cadre gestionnaire devant permettre l'utilisation optimale des ressources de l'OMS pour fournir un appui direct aux Etats Membres; iii) à l'évaluation de l'expérience africaine de l'utilisation des nationaux comme Coordonnateurs des Programmes de l'OMS; iv) à la présentation des programmes pays tels qu'ils figurent dans le Budget Programme 1986-1987 et le calendrier des activités à mettre en oeuvre; v) au canevas et format communs (document DGO/84.1) devant permettre d'évaluer les stratégies nationales et de préparer le premier rapport du Directeur régional.

219. Le premier projet de Budget Programme 1986-1987 a été examiné et des directives pour la planification détaillée, ainsi qu'un calendrier de mise en oeuvre ont été soumis à l'examen des participants.

Septième Réunion des Doyens et Directeurs des Facultés, Ecoles de Médecine et Centre universitaires des Sciences de la Santé

220. La Septième Réunion des Doyens et Directeurs des Facultés, Ecoles de Médecine et Centres universitaires des Sciences de la Santé a donné aux Membres du Sous-Comité du Programme l'occasion de discuter du rôle de ces institutions de formation dans la mise en oeuvre des stratégies nationales de la santé pour tous en l'an 2000 (SPT/2000).

221. En vue d'instaurer entre les universités et les Ministères de la Santé publique une coopération adéquate, le Comité suggère la mise en place de mécanismes de concertation qui pourraient s'appuyer à travers les départements de santé communautaire, sur les conseils nationaux de santé, les réseaux de centres nationaux de développement sanitaire ou tout autre système pertinent.

222. Le Comité reconnaît la nécessité d'introduire l'enseignement/apprentissage de la recherche dans les programmes de formation des Facultés, Ecoles de Médecine et Centres universitaires des Sciences de la Santé. Il prie le Directeur régional de constituer un groupe d'experts pour étudier la manière d'introduire l'enseignement des concepts, principes et méthodes de recherche dans les programmes de formation.

223. Le Comité est informé de la tenue de la première réunion des Instances exécutives du Conseil africain pour la Formation et la Promotion des Spécialistes et Enseignants des Sciences de la Santé (CASESS), du 28 novembre au 1er décembre 1983 à Brazzaville. Cette réunion consacre l'acte de naissance du CASESS, pourvu de ses bases juridiques appropriées. Elle investit la phase exécutoire et ouvre des perspectives encourageantes pour la formation et la promotion des spécialistes et enseignants des sciences de la santé.

Quatrième Réunion du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS)

224. Conformément au plan d'action mondial, le premier rapport de situation a été préparé par les Etats Membres et soumis au Bureau régional en mars 1983, en utilisant pour ce faire le canevas et format communs pour surveiller l'état d'avancement de la mise en oeuvre de la stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000 (document DGO/82.1). Le prochain rapport, en mars 1985, évaluera

l'efficacité des stratégies nationales. Le document DCO/84.1 fournit un canevas et format communs qui permettront aux Etats Membres d'évaluer, de façon continue, l'effet des stratégies nationales et leur impact sur le développement social et économique.

225. Le Comité appuie la recommandation du CCADS de poursuivre l'expérience de l'utilisation des nationaux comme Coordonnateurs des Programmes de l'OMS.

Septième Réunion du Comité permanent de la Coopération technique entre Pays en Développement (CTPD)

226. Le Comité a pris bonne note des recommandations de la Septième Réunion du Comité permanent de la Coopération technique entre pays en Développement qui figure dans le document AFR/RC34/10.

227. Le Comité régional adopte la résolution AFR/RC34/R6.

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

228. Le Docteur Doudou Ba (Sénégal) présente le rapport du Sous-Comité du Programme relatif à ce point du jour qui fait l'objet du document AFR/RC34/9. Le Comité régional, lors de sa trentième session, a adopté par la Décision de procédure 9, le principe de visite de 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 visite.

229. Au 8 août 1984, le Directeur régional a reçu les rapports de visites des responsables de cinq pays qui se sont rendus dans d'autres pays de la Région. Le Comité constate que les rapports qui lui sont soumis ne sont plus d'actualité, la plupart des visites ayant été effectuées en 1981. Par ailleurs, certains de ces rapports n'ont pas eu l'aval du pays visité ce qui explique des erreurs fondamentales qui se sont glissées dans les documents de travail. Le Comité s'est souvenu de sa Décision de procédure 8 par laquelle il proposait que les rapports de visites d'étude soient soumis à l'appréciation des responsables des pays hôtes avant leur transmission au Bureau régional. Les responsables des pays hôtes pourront à leur convenance,

soit faire connaître immédiatement aux visiteurs leurs observations sur le rapport d'études, soit faire suivre sous le couvert du Coordonnateur des Programmes OMS leurs éventuelles observations sur le rapport d'études. Le Comité reste cependant persuadé que ces visites sont bénéfiques pour les Etats Membres et devaient être renforcées et mieux planifiées.

230. Le Comité réitère son voeu de voir l'évaluation de ce mécanisme de visites dans les pays au cours de sa prochaine session en septembre 1985.

231. Le Comité adopte la résolution AFR/RC34/R7.

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

232. Le rapport du Sous-Comité du Programme concernant la coopération technique entre pays en développement est présenté par Mme D. Patricia Reveira (Seychelles).

233. La Septième Réunion du Comité permanent de la Coopération technique entre Pays en développement (CTPD) s'est tenue à Brazzaville du 4 au 6 juin 1984.

234. Conformément à la Décision de procédure 7 de la trente-troisième session du Comité régional, cinq thèmes ont été examinés par les trois Groupes de Travail sous-régionaux CTPD.

Effets de décharges industrielles

235. Le Comité régional note avec satisfaction que le Comité permanent de la CTPD a centré sa réflexion sur l'interdépendance du développement et de l'environnement et la nécessité de mettre en place une législation appropriée avant toute implantation et/ou installation d'unités industrielles. En effet, le transfert de technologie est souvent accompagné d'effets indésirables de l'industrie. L'un des moyens les plus sûrs pour promouvoir une réglementation/législation adéquate est d'établir les normes de contrôle durant les phases initiales de formulation de tout projet industriel et de spécifier les responsabilités qui incombent au secteur industriel et celles qui reviennent aux autorités politico-administratives locales dans le domaine de la vérification de l'application des normes établies.

236. Les Etats Membres devront :

- i) affirmer la volonté politique au niveau le plus élevé pour réussir la lutte contre la pollution engendrée par les déchets industriels et les déchets domestiques;
- ii) recueillir les données de base sur l'environnement avant d'entreprendre l'élaboration de tout projet industriel, incluant les projets agro-industriel liés aux activités agricoles encore fort dominante dans l'économie des pays africains;
- iii) exiger un visa du Ministère de la Santé ainsi que de celui chargé de la protection de l'environnement avant la signature de tout accord pour l'établissement d'un projet d'industrialisation;
- iv) informer les populations sur les risques provoqués par les rejets industriels et assurer la formation d'un personnel national compétent en la matière;
- v) établir des normes de contrôle de la pollution industrielle appuyées par une législation appropriée au niveau de chaque pays;
- vi) renforcer la coordination entre les pays d'une même Sous-Région pour éviter qu'un projet d'industrialisation refusé par un pays ne soit accepté par un autre;
- vii) mettre en place un comité d'experts sous-régional capable d'étudier les effets nocifs des rejets industriels sur la santé et de définir les moyens les plus appropriés pour ramener les différentes pollutions à des niveaux acceptables; le concours des organismes internationaux ayant pour vocation la préservation de la nature et de la protection de la santé sera sollicité;
- viii) renforcer ou créer dans les pays ou groupe de pays des structures fonctionnelles de contrôle de la pollution de l'environnement;
- ix) organiser des ateliers et/ou séminaires pour la sensibilisation des personnels de santé et des autorités nationales.

Médecine traditionnelle et pharmacopée africaine

237. Le Comité a réaffirmé l'importance de la médecine traditionnelle et de la pharmacopée africaine dans les systèmes nationaux de santé. La majorité des collectivités africaines continuent d'avoir recours aux prestations de services des guérisseurs. Il est d'avis que les réalisations dans le domaine de la médecine traditionnelle demeurent encore modestes et se limitent essentiellement au recensement des guérisseurs et à des inventaires des plantes médicinales les plus courantes. Cette approche statique doit être vite dépassée et les innombrables données déjà recueillies rationnellement exploitées. Le soutien de l'OMS est requis pour des investigations en vue d'une meilleure connaissance de la situation dans ce domaine.

238. Les Etats Membres devront :

- i) mettre en place un groupe national ou désigner un responsable national au sein des structures sanitaires existantes, indispensables pour coordonner le programme national de médecine traditionnelle;
- ii) élaborer une législation spécifique à l'exercice de la médecine traditionnelle dans le cadre de la législation sanitaire nationale;
- iii) promouvoir ou développer des activités de recherches appliquées pour cerner les mécanismes d'action des thérapeutiques traditionnelles;
- iv) ouvrir une ligne budgétaire suffisante permettant le démarrage réel ou le développement du programme de médecine traditionnelle;
- v) développer ou promouvoir la circulation d'informations relatives aux expériences nationales en matière de médecine traditionnelle, grâce au support de l'OMS à aider les pays à échanger leurs expériences nationales par des visites d'étude statutaires et en assurant la circulation de ces expériences entre les pays concernés.

Coordination intersectorielle dans les soins de santé primaires (SSP)
sous l'angle de la CTPD

239. Le Comité considère que la planification et la mise en oeuvre de chacune des composantes des SSP nécessitent des apports intersectoriels. Les programmes de SSP et autres programmes de développement qui n'ont pas été planifiés sur une base intersectorielle tendent à être confinés à un secteur particulier et/ou à être personnels. Le Comité est d'avis que la coordination intersectorielle en matière de SSP ne doit pas se borner à des réunions ou à des stages de planification. Cette coordination peut aussi se caractériser par une meilleure répartition des ressources entre les secteurs lors de la planification.

240. Les Etats Membres devront :

- i) mettre l'accent sur l'importance de la coordination à l'intérieur de chaque ministère et au niveau des autres secteurs pour élaborer les programmes de formation de tous les agents de développement du secteur de la santé et des secteurs apparentés comme moyen approprié et efficace pour favoriser la création d'une mentalité intersectorielle à l'intérieur d'un pays;
- ii) utiliser d'une manière rationnelle les mécanismes de la CTPD pour exploiter les expériences en matière de coordination intersectorielle d'échanges de technologies appropriées de SSP (matériels d'éducation pour la santé, équipements pour approvisionnement en eau fabriqués avec des moyens locaux, etc.);
- iii) mieux faire connaître les concepts des SSP et les approches de la coordination intersectorielle avec la collaboration de l'OMS;
- iv) organiser des cours intensifs pour le personnel déjà en service et inclure des modules pour le processus gestionnaire dans le programme d'enseignement des établissements de formation afin de faciliter la planification intersectorielle.

Organisation de la Santé maternelle et infantile et la Coopération technique entre Pays en Développement

241. Le Comité constate que dans la plupart des pays, il existe des centres spécifiques de SMI, en particulier dans des zones urbaines et semi-urbaines. En dehors de ces centres, les activités de santé maternelle et infantile sont menées à des degrés divers dans les autres formations de santé fixes. Des équipes mobiles permettent aussi d'augmenter la couverture sanitaire de la population. Le Comité est d'avis qu'il faut promouvoir et renforcer la formation et le perfectionnement des personnels de santé, particulièrement des accoucheuses traditionnelles et, procéder à la standardisation des technologies et procédures essentielles aux soins de santé maternelle et infantile.

242. Les Etats Membres devront :

242.1 Promouvoir ou renforcer la formation et le perfectionnement des personnels de santé, particulièrement des accoucheuses traditionnelles.

242.2 Procéder à la standardisation des technologies et procédures essentielles aux soins de SMI/PF et en particulier :

i) la courbe de croissance et la surveillance nutritionnelle des enfants;

ii) le recueil d'information et de données sur l'état civil à partir d'une organisation des structures communautaires;

iii) la production de matériels de formation pour l'information et l'éducation pour la santé.

242.3 Encourager les organisations internationales, telles que l'UNICEF et le PNUD, à assurer la production et la diffusion des technologies peu coûteuses et faciles à utiliser, destinées à améliorer la qualité des prestations de soins de SMI/PF (exemple : les pèse-bébés).

242.4 Promouvoir une approche intégrée des services SMI permettant de dispenser aux mères et aux enfants en même temps et dans le même endroit des soins curatifs et préventifs.

Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement (DIEPA) :
Evaluation à la mi-décennie

243. L'état d'avancement de la Décennie dans la Région montre que la mise en place de mécanismes de planification et de coordination à l'échelle des pays, de l'organisation et de la mobilisation de la coopération extérieure, expliquent les progrès de couverture sectorielle enregistrée durant la période 1981-1983. Il s'en dégage que le milieu rural est toujours en retard par rapport au milieu urbain, tandis que l'assainissement rural est quasiment laissé pour compte.

244. Les contraintes qui freinent la mise en oeuvre de la Décennie ont été identifiées depuis plusieurs années et la situation ne s'est guère améliorée. Le Comité se félicite des efforts de l'OMS en vue de la mobilisation de ressources extérieures et demeure très préoccupé de la passivité des bailleurs de fonds vis-à-vis de ce programme.

245. Dans beaucoup de pays, tous les services concernés par la DIEPA ne relèvent pas du même ministère, ce qui rend encore plus indispensable la création ou le renforcement de comités nationaux de coordination.

246. Le Comité note que la DIEPA peut et doit bénéficier des mécanismes de la CTPD. La Zambie a ainsi invité les pays voisins à participer à l'examen de son plan d'action pour la Décennie.

247. Les Etats Membres devront :

- i) renforcer ou créer des comités nationaux d'action pour une meilleure coordination de toutes les activités entreprises dans les domaines de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement;
- ii) mettre à jour régulièrement des chiffres de couverture disponibles; l'appui technique de l'OMS peut être requis à cette fin; les meilleurs plans et rapports nationaux donnant les informations souhaitées devront être communiqués à tous les pays dans le contexte de la CTPD;
- iii) renforcer les liens entre le Bureau régional et les pays, et entre les pays eux-mêmes;

- iv) renforcer la coordination d'une part entre les différents organismes internationaux, bailleurs de fonds, et d'autre part entre ces institutions et les pays; il importe d'amener les bailleurs de fonds à s'intéresser davantage au secteur rural et à financer des projets aussi bien d'approvisionnement en eau potable (AEP) que d'assainissement;
- v) déterminer des priorités et faire l'estimation de l'enveloppe budgétaire à mobiliser pour mettre en oeuvre les activités de la DIEPA en collaboration avec les bailleurs de fonds, la communauté internationale et les organisations non gouvernementales;
- vi) promouvoir l'assainissement urbain et rural dans le cadre de la DIEPA;
- vii) encourager la fabrication de matériels locaux adaptés aux conditions locales et d'entretien facile;
- viii) encourager la formation de personnel local capable d'assurer le fonctionnement, la gestion et l'entretien des nombreuses installations.

Sujets à inscrire pour 1986-1987

248. Le Comité régional, par sa Décision de procédure 7 adoptée lors de la trente-troisième session, a retenu les thèmes qui feraient l'objet des discussions des Groupes de Travail sous-régionaux pour 1985 :

- i) Formation des travailleurs des soins de santé primaires (SSP), y compris les accoucheuses traditionnelles (Cameroun).
- ii) Hygiène dans les formations hospitalières (Niger).
- iii) Financement de la santé et relations entre les organismes donateurs et les pays bénéficiaires (Lesotho et Niger).

- iv) Evaluation de la mise en oeuvre des SSP depuis Alma-Ata (Lesotho).
- v) CTPD et lutte antipaludique (Maurice).
- vi) Bilan des progrès réalisés en matière de soins aux handicapés depuis l'Année internationale des Handicapés (Zambie).

249. Le Comité s'interroge sur l'efficacité et l'impact des réunions des Groupes de Travail sous-régionaux dans la mise en oeuvre des stratégies nationales et régionale. Il estime que le moment est venu d'évaluer ces réunions afin de dégager des orientations nouvelles de nature à rendre la CTPD plus opérationnelle et plus concrète. Le Bureau régional devra prendre les dispositions nécessaires pour réaliser cette évaluation.

250. Cependant le Comité retient pour 1986 les thèmes suivants :

- i) Participation de tous les secteurs socio-économiques à la lutte contre les maladies transmissibles (République centrafricaine).
- ii) Stratégies nouvelles et complémentarité des pays pour l'approvisionnement et l'utilisation des médicaments essentiels (République centrafricaine, Gabon, Rwanda et Zaïre).
- iii) CTPD et problèmes de la nutrition (Zambie).
- iv) Mécanismes d'échange d'information et de collaboration en matière de recherche entre pays en développement (CCARM).

251. Il décide des thèmes suivants pour 1987 :

- i) Processus approprié pour l'intégration du programme des soins de santé primaires au système médical classique (Gabon).
- ii) Bilan de l'approche des SSP (Ethiopie et Zaïre).
- iii) Préparation et utilisation des plantes médicinales (Madagascar).
- iv) Processus gestionnaire pour le développement sanitaire national (Tchad et Zaïre).

Renouvellement du Comité permanent CTPD

252. Conformément à la résolution AFR/RC29/R9, le Comité a procédé au renouvellement des trois nouveaux membres dont le mandat arrive à expiration. Le Tchad en Sous-Région II est remplacé par le Congo; l'Angola et Maurice en Sous-Région III par Madagascar et Sao Tomé et Príncipe.

Catalogue des projets susceptibles d'être financés par des ressources extrabudgétaires soumis en 1984

253. Le Comité prend note des projets inscrits dans le catalogue diffusé aux donateurs en 1984. Ce catalogue contient tous les projets aux niveaux régional et interrégional ainsi que les requêtes émanant des pays touchés par la sécheresse. Les besoins au titre des urgences sont soumis à l'ECOSOC par l'intermédiaire du Représentant spécial du Secrétaire général des Nations Unies sur la Crise économique et sociale en Afrique. Les projets concernant les réfugiés ont été soumis à la communauté internationale à travers le Secrétariat de la Seconde Conférence internationale sur l'Assistance aux Réfugiés en Afrique (ICARA II). Le Comité note avec satisfaction que le Bureau régional a mis en oeuvre les recommandations du Groupe africain de Ressources "Santé/2000" (GARS/2000) et invite les Etats Membres à mettre régulièrement à jour la liste des projets susceptibles d'être financés par des ressources extrabudgétaires.

254. Le Comité régional adopte les deux Décisions de procédure 9 et 10 et la résolution AFR/RC34/R8.

RAPPORT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES 1984 : PLACE DES FACTEURS CULTURELS ET SOCIO-ECONOMIQUES EN VUE DE LA REORIENTATION DES SYSTEMES DE SANTE POUR ATTEINDRE L'OBJECTIF DE LA SANTE POUR TOUS EN L'AN 2000.

255. Le Dr Fasuluku Suku-Tamba, Président des discussions techniques présente au Comité le document AFR/RC34/13 (Annexe 14) élaboré à partir des rapports des trois groupes de travail trilingue, anglophone et francophone. Le Comité avait élu comme rapporteurs pour les discussions techniques le Dr A. Benadouda (Algérie), le Dr Jose Eneme Oyono (Guinée équatoriale) et Mme P. Revera (Seychelles). Les groupes de travail ont choisi comme présidents les Drs Mohamed Lamine Ba (Mauritanie), J. Dawson Otoo (Ghana) et J. D. Lisboa Ramos (Cap-Vert).

256. Les groupes réunis le 16 septembre 1984 ont étudié le document AFR/RC34/TD/1 préparé par M. F. M. Mburu du Département de Santé communautaire, Université de Nairobi, Kenya.

257. Les discussions des trois groupes de travail ont porté sur les sept questions fondamentales reflétant le plan du document de travail.

Nécessité de réorientation des systèmes de santé

258. L'examen de l'état actuel des systèmes de santé révèle que, pour ce qui est de l'élargissement de la couverture, un grand nombre de gens n'ont pas encore accès aux soins médicaux sanitaires et que, même là où des services existent, de nombreux groupes ou communautés sont encore mal desservis. En outre, les problèmes auxquels les systèmes de santé sont confrontés aujourd'hui ne sont pas simplement d'ordre quantitatif. Les insuffisances qualitatives sont en outre aggravées par des faiblesses dans le teneur des soins, une utilisation inappropriée des ressources et des technologies ainsi que le recours à des modes d'organisation et d'administration désuets, dont l'efficacité et la productivité du point de vue opérationnel, sont de plus en plus remis en question.

Stratégies

259. L'objectif social de la santé pour tous d'ici à l'an 2000 exige de l'équité dans la distribution et la prestation des soins médicaux ainsi que la mise en place de systèmes de santé conçus pour assurer la promotion, l'amélioration et l'entretien de la santé plutôt que pour lutter contre la maladie comme ils l'ont toujours fait. Pour traduire ces principes dans les faits, il faudra adopter simultanément certaines stratégies et approches-clés, à savoir :

- i) Incorporation des soins de santé primaires en tant que principale approche pour l'organisation et les prestations des services. L'approche des SSP est une nécessité absolue si l'on veut que les systèmes de santé satisfassent les besoins de santé fondamentaux, qu'ils soient axés sur les collectivités et qu'ils servent de premier point d'impact dans un système de santé structuré par niveaux de soins reliés entre eux.

- ii) Encouragement de la participation de la collectivité émise en place de mécanismes appropriés pour son instauration en fonction des réalités politiques, économiques, sociales et culturelles.
- iii) Promotion et appui aux approches et activités intersectorielles pour le développement sanitaire.
- iv) Réorganisation de la planification, de la gestion, de l'administration, du système d'information ainsi que programmation des ressources financières, et distribution des moyens matériels.
- v) Redéfinition des rôles traditionnels des personnels de santé et une révision critique des plans relatifs au développement des personnels en fonction du volume et du type de soins nécessaires ainsi que des technologies à utiliser.

Contraintes

260. La transformation des systèmes de santé soulève d'innombrables questions, entre autres : où et comment ces changements doivent ou devraient intervenir, à quels coûts et avec quel impact ou effet maximum, quelles sont les caractéristiques de différentes populations pour lesquelles les divers services sont prévus, quels facteurs affectent l'acceptation et l'utilisation des services ?

261. Parmi les principaux obstacles qui entravent la réorientation des services de santé, citons :

- i) l'absence d'une politique de développement national d'ensemble;
- ii) les conditions socio-économiques nationales existantes;
- iii) la présence d'un système de santé axé sur les individus et la maladie;
- iv) les valeurs et pratiques culturelles;
- v) les pratiques et attitudes des professionnels;
- vi) la formation inadaptée des personnels de santé.

Facteurs culturels et socio-économiques

262. Les aspects positifs et négatifs des facteurs culturels et socio-économiques dans la réorientation du système de santé sont liés à la connaissance, aux attitudes, aux croyances, aux normes, aux tabous, aux comportements, aux préférences, aux coutumes et à la perception des problèmes d'une part et aux valeurs économiques, à l'emploi, au niveau d'alphabétisation, à la disponibilité et à l'accessibilité des services de santé, à la taille de la famille et à ses revenus, à l'utilisation des terres, à l'habitat et à l'environnement d'autre part.

263. La médecine traditionnelle pourrait être le premier tremplin pour mettre en place une technologie sanitaire améliorée adaptée aux SSP. Toutefois, comme les pratiques traditionnelles varient à travers l'Afrique, il est nécessaire de fournir un appui aux sociologues et aux éducateurs pour la santé pour qu'ils analysent et étayent avec pièces à l'appui les pratiques traditionnelles pertinentes susceptibles d'être exploitées pour le plus grand bien des SSP.

Mesures à prendre

264. Certaines des mesures à prendre pour assurer une bonne réorientation des systèmes de santé sont les suivantes :

- i) formulation de politiques sanitaires nationales bien définies orientées vers SPT/2000 et fondées sur les SSP;
- ii) mise en place d'un système d'information adéquat et d'un service de planification nationale;
- iii) sensibilisation et motivation des décideurs intersectoriels pour qu'ils comprennent bien les concepts et la gestion des stratégies SSP afin d'obtenir la pleine participation de tous les secteurs des organismes gouvernementaux;
- iv) mise en place et entretien d'un système de communication bi-directionnel pour assurer l'échange d'information entre les techniciens de la santé et les administrateurs;

- v) formulation d'une législation sanitaire pertinente qui servirait de base à la réorientation du système de santé;
- vi) renforcement des programmes de l'information du public et de l'éducation pour la santé qui déboucheront sur une participation continue des collectivités;
- vii) promotion d'une recherche axée sur l'action afin de recenser et d'analyser les divers facteurs comportementaux, culturels, socio-économiques, politiques et administratifs ainsi que ceux qui influencent la réorientation et le fonctionnement des systèmes de santé.

Critères pour évaluer la réorientation

265. Lors de l'évaluation du processus de réorientation du système de santé, les critères suivants ont été indiqués :

- i) changement dans le rapport de dépenses consacrées au secteur curatif par rapport au secteur préventif;
- ii) changement dans le tableau de la distribution des ressources consacrées à la santé;
- iii) amélioration du rapport agent de santé/population;
- iv) amélioration du type de formation des personnels de santé pertinents;
- v) formulation de la politique et attributions budgétaires au niveau national;
- vi) changement dans le taux de morbidité et de mortalité.

266. Le Comité estime que ces critères doivent être régulièrement à l'esprit des décideurs pour la mise en oeuvre conséquente des stratégies de la santé pour tous.

DESIGNATION DU PRESIDENT ET DU PRESIDENT SUPPLEANT DES DISCUSSIONS
TECHNIQUES POUR 1985

267. Conformément à la résolution AFR/RC20/R10 du Comité régional lors de la vingtième session et se rappelant que lors de sa trente-deuxième session, le Comité régional avait pris acte des difficultés qu'il éprouve lorsque le Président désigné se trouve empêché d'assumer ses fonctions et décidé qu'à partir de sa trente-troisième session, le Comité régional désignera en même temps que le Président des discussions techniques, un Président suppléant, le Président de la trente-quatrième session propose au Comité la désignation du Docteur Daniel Lantum Noni et du Dr Mohamed Kader, respectivement comme Président et Président suppléant des discussions techniques pour 1985 qui auront pour thème : "Recherche sur les systèmes de santé - Instrument de promotion et de développement des soins de santé primaires.

268. Le Comité adopte la Décision de procédure 11.

CHOIX DU SUJET DES DISCUSSIONS TECHNIQUES

269. Le Directeur régional propose au choix du Comité les thèmes suivants pour 1986 :

- i) Bilan de la CTPD dans le domaine de la santé depuis la Conférence de Buenos-Aires;
- ii) Législation sanitaire : son rôle comme facteur de développement des systèmes de santé et de promotion de la salubrité de l'environnement;
- iii) Approche des soins de santé primaires pour la promotion et la protection de la santé des travailleurs de l'agriculture durant la Décennie du développement industriel en Afrique;
- iv) Prévention des invalidités et réhabilitation physique, mentale et sociale;
- v) Femmes et Développement sanitaire.

270. Le Comité estime que tous les thèmes proposés sont pertinents et mériteraient des discussions approfondies. Cependant, le troisième et le cinquième lui semblent prioritaires par rapport aux autres. L'examen de ces thèmes doit aider les Etats Membres dans leur détermination à clarifier l'objectif social de la santé pour tous en l'an 2000. En effet, la place du monde rural et de l'agriculture dans la Région africaine et le rôle des femmes pour le développement sanitaire ont souvent été évoqués au cours des discussions de sa trente-quatrième session.

271. Considérant que le sujet "Femmes et Développement sanitaire" sera inévitablement abordé en étudiant la promotion et la protection de la santé des travailleurs, le Comité retient le thème 3 : "Approches des soins de santé primaires pour la promotion et la protection de la santé des travailleurs de l'agriculture durant la Décennie du développement industriel en Afrique".

272. Le Comité s'inquiète de l'efficience et de l'efficacité des discussions techniques telles qu'elles sont actuellement organisées. Il demande au Directeur régional d'étudier les voies et moyens de les rendre plus efficaces.

273. Ce point de l'ordre du jour fait l'objectif de la Décision de procédure 12 .

RAPPORT DU SOUS-COMITE DE VERIFICATION DES POUVOIRS

274. Le Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs qui s'est réuni le 12 septembre 1984 était composé des représentants des 12 Etats Membres suivants : Bénin, Botswana, République centrafricaine, Guinée équatoriale, Ethiopie, Gabon, Gambie, Malawi, Côte d'Ivoire, Mozambique, Niger et Togo. Il a élu le Dr L. Adandé-Menest (Gabon) comme Président.

275. Le Sous-Comité a examiné les pouvoirs présentés par les Etats Membres suivants : Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, République centrafricaine, Tchad, Comores, Congo, Guinée équatoriale, Ethiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Côte d'Ivoire, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Niger, Nigéria, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Souaziland, Togo, Ouganda, République unie du Tanzanie, Zaïre, Zambie et Zimbabwe.

276. Le Sous-Comité a examiné les pouvoirs soumis au Directeur général et reconnu la validité des pouvoirs présentés pour 43 Etats Membres et la Namibie, Membre associé.

277. Le point de l'ordre du jour a fait l'objet de la Décision de procédure 4.

DATES ET LIEUX DES TRENTE-CINQUIEME ET TRENTE-SIXIEME SESSIONS DU COMITE REGIONAL

278. Le Directeur du Programme de Soutien présente au Comité le document AFR/RC34/16. Il attire son attention sur la Décision de procédure 7 prise lors de la trente deuxième session à Libreville et sur la Décision 13 prise lors de la trente-troisième session à Brazzaville de tenir la trente cinquième session à Lusaka (Zambie) en septembre 1985.

279. Il fait part au Comité de la lettre du Gouvernement de la République du Mali en date du 19 janvier 1984 l'invitant à tenir sa trente-sixième session à Bamako en septembre 1986.

280. La Zambie et le Mali confirment leur invitation respectivement pour 1985 et 1986.

281. Le Comité décide de tenir sa trente-cinquième session à Lusaka (Zambie) en septembre 1985 et sa trente-sixième session à Bamako (Mali) en septembre 1986.

282. Le Comité a enregistré l'aimable invitation de la République du Burundi pour sa trente-neuvième session ou éventuellement plus tôt en cas de désistement d'un Etat Membre.

283. Le Comité prend la Décision de procédure 13.

CONCLUSIONS

284. La trente-quatrième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé a rendu un hommage solennel et officiel à la mémoire du Docteur Comlan A. A. Quenum, qui a été, sans interruption, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique de 1965 à 1984. Un catafalque, recouvert du drapeau de l'OMS et décoré de fleurs multicolores est dressé au Hall de l'entrée principale. Quatre grands portraits du Docteur Quenum, ses décorations et

autres distinctions honorifiques y sont exposés. Plusieurs oraisons funèbres ont été prononcées par le Dr Luis Gomes Sambo, Vice-Ministre de la Santé de la République populaire d'Angola, le Docteur Ezraha Rushundahaire Nkwasiwe, Ministre de la Santé de l'Ouganda et Monsieur Mamadou Diop, Ministre de la Santé publique du Sénégal, respectivement pour les Sous-régions III, II et I de l'OMS. Le Vice-Président de la trente-troisième session, le Professeur Christophe Bouramoué a lui aussi rendu un vibrant hommage au disparu. Le Docteur Halfdan Mahler, Directeur général, dans un hommage des plus pathétiques a déclaré que le Docteur Quenum a marqué d'une empreinte indélébile le développement humain en Afrique. "C'était un authentique fils de l'Afrique, un frère des Africains, et en même temps un homme de ce monde dont il cherchait à recueillir la sagesse collective pour le bien de l'Afrique souffrante".

285. Malgré une conjoncture internationale difficile caractérisée par la détérioration des termes de l'échange, les guerres fratricides fomentées de l'extérieur et soutenues à l'intérieur, la sécheresse dont le visage humain s'appelle faim et soif, les Etats africains poursuivent leurs efforts vers la santé pour tous d'ici l'an 2000.

286. L'organisation de systèmes de santé fondés sur les SSP est sans aucun doute la voie de sagesse qui pourra conduire l'humanité vers la santé pour tous. Les activités de l'OMS dans le domaine du développement des personnels de santé ont essentiellement consisté en l'introduction de modules "SSP dans les programmes de formation de plusieurs institutions de la Région et la promotion de centres de développement sanitaire, à la promotion de spécialistes et enseignants des sciences de la santé ainsi qu'à la conception, la production et la distribution de matériels didactiques.

287. Les activités du programme de l'Information du public et l'éducation pour la santé ont eu pour champ d'application les programmes sanitaires prioritaires, notamment la nutrition, le programme élargi de vaccination (PEV), la lutte contre les maladies diarrhéiques, la santé maternelle et infantile, planification familiale comprise, la lutte contre les endémies locales en particulier, le paludisme, enfin l'hygiène du milieu.

288. Le programme d'action sur les médicaments essentiels est mis en oeuvre sur la base des recommandations de la réunion mondiale sur les médicaments essentiels de New Delhi en décembre 1980. Les activités sont axées sur l'élaboration de politiques pharmaceutiques nationales, les mécanismes d'achat de médicaments, la production locale et la distribution des médicaments. Des mécanismes appropriés pour effectuer les achats groupés ont été étudiés et le rapport soumis aux Etats Membres. Alors que des progrès substantiels sont obtenus dans la lutte contre l'onchocercose, d'autres maladies à transmission vectorielle, telles que la fièvre jaune, la trypanosomiase, la schistosomiase et le paludisme continuent d'être préoccupantes.

289. Le Comité donne au Secrétariat des directives précises concernant :

- i) Organes directeurs;
- ii) Personnels de santé;
- iii) Information du public et Education pour la santé;
- iv) Lutte contre la maladie.

290. Le Directeur régional a fait rapport sur l'évaluation de l'expérience africaine d'utilisation des nationaux comme coordonnateurs des programmes de l'OMS. Le Comité prenant en considération les divergences entre les avis de la Septième réunion régionale pour le programme, du Comité pour le Programme mondial et du Comité consultatif africain pour le développement estime que l'évaluation de cette expérience doit être poursuivie par le Directeur général. Il demande la création d'un groupe de travail du Sous-Comité du programme pour revoir en concertation avec les Etats Membres l'accord relatif aux prestations de services spécifiques passés entre l'Organisation et le Coordonnateur. Le Comité estime que cette expérience doit être poursuivie pour répondre à l'autosuffisance et à l'autoresponsabilité collectivement acceptées par l'OMS et les Etats Membres comme base de leur contrat social.

291. Le Programme "Femmes et développement sanitaire" a comme principal objectif de promouvoir la pleine collaboration des villageoises aux soins médico-sanitaires, en les faisant participer à la prise de décision et au développement socio-économique, le recours aux soins de santé primaires étant l'approche fondamentale".

292. Les propositions du Directeur régional relatives aux modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par la Trente-Septième Assemblée mondiale de la Santé ont fait l'objet de directives du Comité régional. Un plan de travail sera élaboré et soumis aux Etats Membres par l'entremise des Coordonnateurs des programmes de l'OMS.

293. Les ordres du jour des Organes directeurs sont reflétés dans l'ordre du jour provisoire de la trente-quatrième session du Comité régional. Le Comité note avec intérêt le point relatif aux rapports des Directeurs régionaux sur tous faits notables sur le plan régional, y compris des questions intéressant les comités régionaux, ainsi que le point sur l'assistance sociale et médicale d'urgence aux pays touchés par la sécheresse et la famine en Afrique (résolution WHA37.29).

294. La méthode de travail de l'Assemblée mondiale de la Santé a fait l'objet d'un débat nourri. Le Comité a pris à cet effet une décision de procédure devant faciliter la tâche de la Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé.

295. Le Comité a accordé une attention particulière au thème des discussions techniques à la Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé : "Collaboration avec les Organisations non-gouvernementales à la mise en oeuvre de la stratégie mondiale de la Santé pour tous".

296. Lors de l'examen du projet de budget-programme 1986-1987, le Comité a souligné que des mesures d'économies rigoureuses ont été introduites dans les programmes interpays. Le Comité prend note que le chiffre indicatif de planification par pays a été établi uniquement dans le but d'élaborer les propositions préliminaires au budget, et ne représente en aucun cas les fonds appartenant aux gouvernements. Il constate par ailleurs que le projet de budget-programme pour l'Afrique pour la période 1986-1987 accuse une augmentation réelle de 4 % appliquée exclusivement aux activités menées au niveau des pays, conformément aux directives des Organes directeurs.

297. La participation des membres du Sous-Comité du programme aux réunions d'intérêt programmatique et particulièrement celle relative à l'examen du budget-programme 1986-1987 a facilité les travaux du Comité qui a fait siennes toutes les recommandations contenues dans le rapport du Sous-Comité.

298. Les visites des responsables des Etats Membres dans d'autres pays de la Région devront faire l'objet d'une évaluation mettant en évidence l'impact de ces visites dans la promotion des soins de santé primaires.

299. Les thèmes des discussions du Comité permanent de la coopération technique entre pays en développement ont retenu l'attention du Comité qui a fait siennes les recommandations du Comité permanent de la CTPD.

300. L'attention du Comité est attirée sur les fondements politiques et le contexte de la préparation de la stratégie régionale. Il prend note que de larges débats ont été organisés dans les pays afin de dégager les avis des autorités nationales sur les nouveaux mécanismes gestionnaires proposés par le Secrétariat.

301. Le Comité régional a pris note du rapport des discussions techniques qui avaient pour thème : "Place des facteurs culturels et socio-économiques en vue de la réorientation des systèmes de santé pour atteindre l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000".

302. Le Comité décide de tenir sa trente-cinquième session à Lusaka (Zambie) en septembre 1985 et sa trente-sixième session à Bamako (Mali) en septembre 1986. Il prend note de l'aimable invitation de la République du Burundi pour sa trente-neuvième session.

303. Ces conclusions et directives montrent avec quelle rigueur le Comité régional suit la mise en oeuvre et la promotion du programme régional et assure ainsi ses fonctions constitutionnelles de surveillance continue et de contrôle.

CLOTURE DE LA SESSION

304. Le Docteur J. C. Mohith, Chef de la délégation de Maurice, prend la parole au nom de l'ensemble des délégations. Il déclare que c'est avec une grande tristesse et le coeur lourd que l'absence du grand architecte expérimenté de la révolution sanitaire en Afrique qu'était le Docteur Comlan A. A. Quenum est ressentie.

305. Il souligne que dans une atmosphère où la compréhension, la sincérité et la sagesse ont dominé, la trente-quatrième session du Comité régional a désigné un autre fils de l'Afrique comme Directeur régional, assurant ainsi une continuité dans l'appui que le Bureau régional a toujours fourni aux Etats Membres. Il a mentionné le travail du Représentant personnel du Directeur général qui "a dirigé les affaires du Bureau avec tact, diligence, efficacité et sagesse".

306. Il termine son allocution en remerciant chaleureusement le Président de la trente-quatrième session qui a "dirigé les débats avec beaucoup de discernement et manié le marteau avec compétence au bon moment. Ceci a fait de lui un " Président de marque".

307. Dans son allocution de clôture, Son Excellence le Docteur N'Golo Traoré, Président de la trente-quatrième session, déclare qu'un cachet tout particulier aura imprimé cette trente-quatrième session par la brève mais combien pathétique cérémonie au cours de laquelle un hommage officiel et solennel a été rendu au Professeur Comlan A. A. Quenum au nom de toute l'Afrique et de tous les Africains. Joignant sa puissante voix à celle des porte-parole des trois Sous-Régions de l'OMS, le Docteur H. Mahler, Directeur général de l'OMS, a mis en évidence ce que l'on pourrait considérer comme le testament politique du grand disparu, qui "s'engageait dès 1965 dans une lutte politique acharnée pour la santé du peuple africain et, ce faisant, s'élevait à une place vénérable dans l'histoire sociale de l'Afrique. Il a conduit obstinément et sans trêve une lutte quotidienne pour assurer la justice sociale en matière de santé pour toutes ses soeurs et tous ses frères africains".

308. Le Docteur N'Golo Traoré devait expliciter le plaisir d'accueillir l'Algérie comme un nouveau Membre de ce Comité, ce qui fait renaître l'espoir que la Région africaine de l'OMS peut un jour s'identifier au continent.

309. Particulière, la trente-quatrième session du Comité régional l'aura été, avec cette atmosphère lourde d'émotion dans laquelle, pour occuper le poste de Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, la confiance des Etats Membres s'est portée sur le Professeur Monekosso à qui il revient de lever haut, très haut, le flambeau tombé des mains du Docteur Quenum. Et le Président Traoré de poursuivre: "Si nos débats ont été parfois émotionnels voire passionnés, cela tenait à la nature des sujets et je suis convaincu que

vous partagez entièrement avec moi toute la fierté que je ressens en tant qu'Africain lorsque, au-dessus de cet épouvantail communément appelé barrière linguistique, par-delà la diversité de nos convictions politiques et socio-économiques, nous avons su prouver à la communauté internationale que l'unité africaine n'est pas une utopie.

310. Dans son rapport d'activités 1983, le Directeur régional note que les premiers rapports de situation sur la surveillance et l'évaluation continue fournis par les pays font état de certains progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies nationales de la santé pour tous. Des activités interpays sous forme de conférences, conférences-ateliers, séminaires et cours de recyclage ont été menées autour des thèmes pertinents tels que la gestion des SSP, la coordination intersectorielle pour la mobilisation des ressources, l'insertion des SSP dans les plans de développement socio-économique, etc.

311. Au cours des travaux du Comité, des débats fructueux se sont instaurés autour des rapports sur l'évaluation de l'expérience africaine d'utilisation des nationaux comme Coordonnateurs des Programmes OMS, sur le Programme "Femmes et développement sanitaire", la mise en oeuvre de la stratégie régionale pour l'utilisation optimale des ressources de l'OMS comme soutien direct aux Etats Membres, sur les visites des responsables des Etats Membres dans d'autres pays de la Région, etc.

312. Les longs débats qu'ont suscité l'examen du Projet de Budget Programme pour la période 1986-1987 et les compléments d'information donnés par le Secrétariat ont permis de constater le progrès accompli dans l'évolution de la part du budget accordée au pays.

313. Le Président de la trente-quatrième session termine en souhaitant aux honorables délégués un bon retour dans leurs pays respectifs et un travail fécond en vue de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

ANNEXES

ANNEXE 1

ALLOCUTION PRONONCEE PAR LE DR EBRAHIM MALICK SAMBA,
REPRESENTANT PERSONNEL DU DIRECTEUR GENERAL DE L'OMS,
A LA SEANCE SOLENNELLE D'OUVERTURE DE LA
TRENTE-QUATRIEME SESSION DU COMITE REGIONAL DE L'OMS
POUR L'AFRIQUE

Monsieur le Représentant du Premier Ministre de la République populaire du Congo,

Monsieur le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé,

Excellences Messieurs les Ministres et Chefs de délégation,

Honorables invités,

Mesdames et Messieurs,

1. Vous comprenez toute la peine que je ressens au moment où je m'adresse à vous pour vous souhaiter la cordiale bienvenue dans cette belle cité du Djoué si familière à la plupart d'entre vous. En effet, depuis dix-neuf ans environ, l'homme infatigable, le combattant résolu pour la santé, le Dr Comlan, A. A. Quenum a eu le privilège et le grand honneur de vous recevoir dans cette salle de conférence.

2. Voilà que moins d'un mois avant cette séance solennelle d'ouverture de la trente-quatrième session du Comité régional, un sort malheureux m'amène à m'acquitter de ce redoutable devoir. Vous comprenez donc mes sentiments d'humilité et de respect en la personne du grand créateur de cette bâtisse. Que la terre béninoise lui soit légère et que par notre maturité, notre sens du devoir et la qualité de nos travaux, l'hommage que les Etats Membres veulent et lui ont rendu correspondent à ses aspirations et à celles de sa famille.

Monsieur le Président,

Messieurs les Ministres,

Honorables délégués,

3. Les Comités régionaux se succèdent mais ne se ressemblent jamais. Cette phrase a toujours servi d'introduction au Dr Quenum lors des premières réunions de coordination des Comités régionaux.

Annexe 1

4. Les thèmes dont vous avez à débattre cette année, sont d'un intérêt programmatique de première ordre puisque répondant à ce combat politique pour la santé en Afrique qu'il a mené pendant vingt ans.

5. L'expérience africaine de l'utilisation des nationaux comme Coordindateurs des Programmes de l'OMS a effrayé certains, abusé d'autres, mais semble savérer opportune si l'on veut réellement favoriser l'utilisation optimale des ressources de l'OMS comme soutien direct aux Etats Membres. Certes, des problèmes s'opposent. Mais tout problème évolue avec ses alternatives de solution. La sensibilité africaine jointe à l'esprit cartésien de l'intellectuel africain doit nous permettre de transcender des problèmes qui, dans d'autres continents ou avec d'autres peuples, pourraient constituer des handicap sérieux.

6. Le Projet de Budget Programme 1986-1987 que votre auguste Comité doit examiner à la lumière des réflexions et recommandations du Sous-Comité de Programme est le garant de notre détermination, de la détermination des Etats Membres de l'OMS et particulièrement de ceux de l'Afrique, de traduire concrètement les décisions qu'ils ont prises collectivement, à savoir, la stratégie de la Santé pour tous en l'an 2000 par le biais des soins de santé primaires.

7. Cependant, la probité intellectuelle et morale nous conseille de procéder d'une manière permanente à l'évaluation des actions de prestations socio-sanitaires devant nous permettre d'atteindre l'objectif social de la santé pour tous.

8. Aucune des huit composantes des soins de santé primaires ne devrait être en laisse et les allocations budgétaires devraient tenir compte essentiellement des priorités socio-sanitaires, elles-mêmes partie intégrante des priorités socio économiques nationales.

Annexe 1

Monsieur le Représentant du Premier Ministre,
Monsieur le Directeur général de l'OMS,
Messieurs les Ministres,
Honorables délégués,
Mesdames et Messieurs,

9. Ce n'est pas le lieu, ni le moment, de prologuer sur la philosophie de l'OMS non plus que sur les structures des systèmes sanitaires dans la mise en oeuvre de nos stratégies nationales et régionale de la santé pour tous en l'an 2000.

10. Il nous suffit simplement de nous référer aux innombrables ouvrages écrits par le regretté Dr Quenum sur le développement sanitaire en Afrique pour nous convaincre de la justesse de notre option et surtout de la maîtrise avec laquelle nous devons gouverner notre bateau.

11. C'est pourquoi, en vous demandant Monsieur le Représentant du Premier Ministre, Messieurs les Ministres et Honorables délégués, de penser lors de chacune de vos interventions à la mémoire du Dr Quenum et à l'oeuvre grandiose qu'il a accomplie en vingt ans à la tête du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, il me plaît de vous remercier de votre bienveillante attention et de souhaiter plein succès à vos travaux.

12. Je vous remercie de votre bienveillante attention.

ANNEXE 2

ALLOCUTION PRONONCEE PAR SON EXCELLENCE
LE MINISTRE DE LA SANTE ET DES AFFAIRES SOCIALES
DE LA REPUBLIQUE POPULAIRE DU CONGO
A LA SEANCE SOLENNELLE D'OUVERTURE DE LA
TRENTE-QUATRIEME SESSION DU COMITE REGIONAL
DE L'OMS POUR L'AFRIQUE

Monsieur le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé,
Honorables délégués,
Excellences Messieurs les Ambassadeurs,
Monsieur le Représentant personnel du Directeur général de l'OMS au Bureau
régional pour l'Afrique,
Mesdames, Messieurs,
Camarades Militants,

1. C'est un honneur pour nous d'abriter la trente-quatrième session du
Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé et d'adresser nos
salutations et nos souhaits de bienvenue aux honorables participants venus des
44 pays membres de notre Région.

2. Nous félicitons chaleureusement la République démocratique et populaire
d'Algérie d'avoir pris la décision combien sage d'intégrer son cadre naturel
africain où s'élaborent les stratégies essentielles adaptées à notre continent
en vue d'atteindre l'objectif social de la Santé pour tous d'ici l'an 2000.

Monsieur le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé,
Honorables délégués,
Excellences Messieurs les Ambassadeurs,
Mesdames, Messieurs,
Camarades Militants,

3. C'est bien la première fois depuis près de vingt ans, que le Comité
régional tient ses assises sans le Docteur Comlan Alfred Auguste Quenum,
Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique. Le Docteur Comlan Alfred Auguste
Quenum est mort à son poste de combat le mercredi 15 août 1984 à 16 h 00.

Annexe 2

A sa manière et dans une émotion profonde, la République populaire du Congo a rendu un hommage mérité à l'illustre disparu et l'a accompagné jusqu'à sa dernière demeure à Ouidah, banlieue de Cotonou, en République populaire du Bénin. La République populaire du Congo reste profondément attachée à la mémoire du Docteur Quenum, digne fils de l'Afrique, défenseur infatigable de l'humanité en lutte contre la domination, la maladie et la misère et fervent partisan de la préservation de l'identité culturelle africaine. A travers le Bureau régional, le Docteur Comlan Alfred Auguste Quenum a apporté une contribution inestimable au développement socio-sanitaire de notre Sous-Région en général, du Congo plus particulièrement. Nous restons fidèles à la mémoire du Professeur Comlan Alfred Auguste Quenum.

Monsieur le Directeur général de l'OMS,
Honorables délégués,
Excellences Messieurs les Ambassadeurs,
Mesdames, Messieurs,
Camarades Militants,

4. La République populaire du Congo apprécie à sa juste valeur les efforts louables déployés par l'Organisation mondiale de la Santé, tant dans l'appui financier et technique aux projets que dans l'élaboration des objectifs de santé, dont le plus engageant pour tous les Etats est celui de la Santé pour tous d'ici l'an 2000. Les stratégies arrêtées ainsi que les moyens d'évaluation des niveaux de santé des populations permettent de suivre activement le compte à rebours qui nous conduit inexorablement au rendez-vous de l'an 2000 dont nous ne sommes plus séparés que de quelque seize années.

5. En dépit de la conjoncture internationale caractérisée par l'insécurité militaire, politique et économique, le Président Denis Sassou N'Guesso, le Parti (le PCT), et le Gouvernement, s'emploient avec acharnement à la réalisation des programmes de son Premier Plan quinquennal 1982-1986. Le tout récent Troisième Congrès ordinaire du Parti congolais du Travail, en confirmant la stabilité politique et le climat de paix sociale instaurée depuis le Mouvement du 5 février 1979, nous a raffermis dans l'exécution du programme socio-sanitaire. Sur ce plan, la République populaire du Congo a

Annexe 2

donné priorité à la médecine préventive en inscrivant à son programme d'action en cours la lutte contre les maladies transmissibles, l'hygiène et l'assainissement et l'approvisionnement en eau potable. Pour atteindre cet objectif, nous avons, grâce au concours des pays les plus avancés et à l'aide de l'OMS et des organismes internationaux ou inter-Etats comme l'OCEAC, entrepris d'étendre progressivement à tout le territoire national le programme élargi de vaccination (PEV) et de renforcer la lutte contre les endémo-épidémies. Conjointement, nous nous sommes engagés dans un vaste programme de construction, de restructuration et d'équipement en vue de renforcer et de rendre plus opérationnel notre système curatif.

6. Mais nous sommes conscients de la nécessité de promouvoir une politique sanitaire devant amener un changement radical du comportement social et nutritionnel des populations, d'où la poursuite de l'exécution du programme de santé maternelle et infantile et l'amorce de celui de l'éducation pour la santé. La restructuration administrative du territoire national par le biais de la décentralisation permettra à notre pays une approche globale et intégrée des problèmes de la santé, conçue comme l'un des principaux volets du développement socio-économique.

7. En résumé, je cite le Camarade Denis Sassou N'Guesso, Président de la République, dans son adresse à la trente-troisième session du Comité régional, "il s'agit, grâce à l'action concertée des secteurs de l'agriculture, du tourisme et de l'environnement, des travaux publics, de l'énergie, des transports, de l'éducation et des finances, de développer les soins de base en faveur de tout le peuple et plus particulièrement des plus déshérités, d'accorder la priorité à la médecine préventive par une lutte efficace contre les maladies transmissibles et de réduire l'incidence des endémo-épidémies, de lutter contre la malnutrition, de promouvoir l'éducation pour la santé et de développer l'information sanitaire par l'utilisation des médias et avec le concours des organes spécialisés du Parti et de l'Etat".

Annexe 2

Monsieur le Directeur général de l'OMS,
Honorables délégués,
Excellences Messieurs les Ambassadeurs,
Monsieur le Représentant personnel du Directeur général de l'OMS pour le
Bureau régional,
Mesdames, Messieurs,

8. Chaque session du Comité régional est une occasion de faire le bilan et d'exploiter les rétro-informations obtenues en vue d'améliorer les actions entreprises sur le terrain. Aussi, la présente session a-t-elle choisi de réfléchir sur les modalités de mise en place des meilleurs mécanismes gestionnaires en essayant de discerner les responsabilités des gouvernements et le rôle non moins important des Coordonnateurs des Programmes de l'OMS. Nous apprécions également le sens aigu de la réalité africaine de notre Secrétariat qui nous vaut d'avoir à réfléchir sur la "place des facteurs culturels et socio-économiques, en vue de la réorientation des systèmes de santé pour atteindre l'objectif de la Santé pour tous d'ici l'an 2000". Enfin, nous vous souhaitons beaucoup de courage dans l'examen minutieux du projet de Budget Programme 1986-1987. Nous sommes persuadés qu'avec l'aide inestimable et soutenue de notre Organisation, nous irons la tête haute au rendez-vous de l'an 2000, parce que nous aurons atteint notre objectif social de la santé pour tous. Je souhaite plein succès aux travaux de la trente-quatrième session du Comité régional.

9. Vive l'OMS, vive la Région africaine.

10. Je déclare ouverte la trente-quatrième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

ANNEXE 3

Oraison funèbre
Prononcée par le Professeur Christophe Bouramoué,
Ministre de la Santé et des Affaires Sociales
de la République Populaire du Congo
à l'occasion de la cérémonie d'hommage officiel et
solennel du Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique
au Dr Comlan Alfred Auguste Quenum,
Directeur Régional de l'OMS pour l'Afrique

1. Le Professeur Comlan Alfred Auguste Quenum est décédé le 15 août 1984, à son poste de travail. L'émotion qui a gagné le monde entier et plus particulièrement l'Afrique, a été à la dimension de ce personnage hors du commun. A la fois brillant Médecin, Chercheur chevronné et Enseignant émérite, Quenum a marqué sa période de façon positive et durable. Brillant Professeur de Santé publique, éminent humaniste et apôtre de la cause de l'humanité, le Docteur Comlan Alfred Auguste QUENUM a mené de main de maître la gestion du Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique. Sa prodigieuse imagination créatrice et son érudition nous ont valu des oeuvres et écrits divers d'une grande richesse scientifique et culturelle. Son fervent amour de l'Afrique et de l'Africain nous impose beaucoup de respect à sa mémoire.

2. Puisse son exemple nous inspirer dans notre tâche de développement communautaire, pour le bien de l'Afrique et de toute l'humanité.

ORAISON FUNEBRE
PRONONCEE PAR LE DR LUIS GOMES SAMBO,
VICE-MINISTRE DE LA SANTE DE LA REPUBLIQUE POPULAIRE D'ANGOLA
A L'OCCASION DE LA CEREMONIE D'HOMMAGE OFFICIEL ET SOLENNEL
DU COMITE REGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE
AU DR COMLAN ALFRED AUGUSTE QUENUM,
DIRECTEUR REGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE

Monsieur le Représentant du Premier Ministre du Gouvernement
de la République populaire du Congo,
Monsieur le Directeur général de l'OMS,
Monsieur le Représentant personnel du Directeur général,
Messieurs les Ministres et Représentants des Etats Membres,
Messieurs les Représentants du Corps diplomatique accrédités auprès
de la République populaire du Congo,
Messieurs les Représentants des Organisations internationales du Système
des Nations Unies et des Organisations non gouvernementales,
Excellences,
Mesdames, Messieurs,

1. Permettez-moi tout d'abord de vous remercier, au nom du Gouvernement de la République populaire d'Angola, de l'honneur que vous m'avez fait en me demandant, en ma qualité de Vice-Ministre de la Santé, de prendre la parole en cette cérémonie solennelle au nom d'un groupe de pays de la Région.

2. Dans ce contexte, c'est avec émotion qu'au nom des pays membres qui constituent la troisième sous-région de la Région africaine de l'OMS, je prends la parole pour rendre un hommage ému à celui qui fut le Dr Comlan Alfred Auguste Quenum, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, Médecin scientifique et ami de nous tous.

3. Je demanderai donc à tous ceux ici présents d'observer une minute de silence en sa mémoire.

4. Le Dr Comlan A. A. Quenum est né en 1926 au Bénin :

- il a fait ses études primaires au Bénin et secondaires au Sénégal et a obtenu son diplôme de "Médecine africaine à l'Ecole africaine de Médecine en 1952;

Annexe 4

- il a obtenu son Doctorat en Médecine à Bordeaux en 1957;
- en 1966, il a été nommé Professeur d'Histologie et d'Embryologie à la Faculté de Médecine de Dakar après avoir été cinq ans durant Assistant agrégé de la même discipline;
- entre-temps en 1965, il a été nommé Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, nomination pleinement méritée.

5. Le Dr Comlan A. A. Quenum est l'auteur de nombreuses publications scientifiques d'une haute valeur scientifique dans sa spécialité, mais également en santé publique et en enseignement des Sciences de la Santé.

6. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique qu'il a dirigé pendant environ 18 ans a inspiré en Afrique une politique de la santé à laquelle de nombreux gouvernements ont rendu hommage.

7. L'annonce de la mort du Dr Comlan A. A. Quenum, le 15 août de cette année nous a tous profondément émus, d'autant plus qu'en cette saison du Comité régional, on était habitué à sa présence sympathique, dynamique et sécurisante.

8. En ce moment difficile pour nous tous, nous nous associons à la douleur de la famille endeuillée par la perte irréparable de son être cher, et nous saisissons cette occasion pour lui présenter nos plus sincères condoléances.

9. Parler de la mémoire de celui qui fut le Dr Comlan Quenum n'est pas facile en ce moment d'intense émotion, alors que nous avons encore présent à l'esprit ses dernières paroles d'encouragement nous invitant "à travailler ardemment pour traduire en réalités concrètes les stratégies nationales de la santé pour tous en l'an 2000 face au scepticisme et à l'assaut des dogmatiques qui continuent à empêcher de nombreux pays à adopter les alternatives de solutions propres à répondre à leurs besoins fondamentaux".

Annexe 4

Mesdames et Messieurs,

10. La conjoncture sociale est difficile et se caractérise dans l'espace et dans le temps par :

- une forte prévalence des maladies endémo-épidémiques avec une recrudescence inquiétante pour certaines d'entre elles;
- une crise alimentaire en Afrique et le problème de la sécheresse dans quelques pays;
- l'inflation et la crise monétaire mondiale créant de nouvelles formes de dépendance;
- l'Apartheid en Afrique du Sud, l'occupation illégale de la Namibie et les tentatives de destabilisation des Etats voisins;
- et d'autres facteurs préjudiciables au bien-être des populations africaines, qui sont des paramètres à considérer chaque fois que nous parlons de développement socio-sanitaire.

11. Le Dr Comlan A. A. Quenum, en sa qualité de Directeur régional et grâce à ses facultés exceptionnelles d'intelligence et de courage et grâce à sa conviction profonde et à son extrême dévouement aux problèmes du Continent et des pays africains, a réussi à restaurer au moment opportun les mécanismes de gestion du Bureau régional, permettant ainsi aux Etats Membres de formuler ou de reformuler leurs "stratégies nationales de la Santé pour tous" dans le cadre d'une action intégrée de toute l'Organisation, afin d'atteindre l'objectif social des gouvernements et de l'OMS, à savoir faire accéder d'ici à l'an 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive.

Annexe 4

12. En cette conjoncture, compte tenu du changement programmatique qui se situe au début du Septième Programme général de Travail, il est bon que nous sachions préserver les réalisations de caractère programmatique et opérationnel aux niveaux régional et national; d'autre part, il est important aussi que l'exécution des tâches découlant du 7ème PGT soit envisagée avec réalisme et tenacité pour que nous ayons toujours plus de succès et que nous honorions mieux la mémoire de celui qui fut le grand maître et promoteur de la révolution sanitaire en Afrique.

13. Gloire éternelle au Directeur régional, le Dr Comlan A. A. Quenum.

14. Je vous remercie.

ORAISON FUNEBRE
PRONONCEE PAR LE DR EZRAH RUSHUNDAHAIRE NKWASIBWE,
MINISTRE DE LA SANTE DE L'OUGANDA
A L'OCCASION DE LA CEREMONIE D'HOMMAGE OFFICIEL
ET SOLENNEL DU COMITE REGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE
AU DR COMLAN ALFRED AUGUSTE QUENUM,
DIRECTEUR REGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE

Monsieur le Président,
Monsieur le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé,
Honorables délégués,
Distingués invités,
Mesdames et Messieurs,

1. Aujourd'hui, Monsieur le Président, une tâche très lourde vous a été confiée, celle de présider cette réunion dans une atmosphère de chagrin et de deuil. Au nom des membres de notre Sous-Région, je présente mes condoléances les plus sincères à la famille de feu Comlan Alfred Auguste Quenum, au Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé et à tous les Etats Membres de notre Région à l'occasion de la disparition brutale du Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique.

2. La perte soudaine de notre Directeur régional porte un sérieux coup à l'action menée pour libérer la Région africaine de notre ennemi numéro un, à savoir la maladie. Ceux d'entre nous qui ont eu le privilège de participer aux sessions précédentes regretteront avec tristesse l'absence à cette tribune de l'éloquent orateur qu'était le Dr Quenum. Pour ceux qui n'ont pas eu la chance de l'écouter, cette occasion est perdue à jamais '

Monsieur le Président,

3. Les quelques minutes qui me sont imparties ne me permettent pas de décrire l'énorme contribution que feu le Dr Comlan Quenum a apportée au développement sanitaire de cette Région depuis son élection à cette haute fonction il y a quelque 20 ans. Tous les Etats Membres ont beaucoup de choses à se remémorer à son sujet et évidemment de bonnes raisons de le regretter. Comme il l'avait dit lui-même, je cite "On comprend mieux l'homme en tant

Annexe 5

qu'être biologique et social dans son environnement physique, social et mental". La carrière universitaire du Dr Quenum est sans égal en Afrique. Ses idées révolutionnaires dans le domaine de la santé ont jeté les bases d'un développement intégré et de la participation communautaire. Il était totalement acquis à la cause de la justice sociale en faveur des pauvres et des déshérités.

4. Malgré un lourd programme de travail au Bureau régional, il n'a pas manqué de se rendre dans les Etats Membres de la Région et partout où il est allé, les conseils qu'il a prodigués ont été une source d'inspiration pour une mise en oeuvre efficace de la politique sanitaire.

5. Sa contribution remarquable à la mise au point de méthodes de formation appropriées ont contribué grandement à établir une harmonie entre les prestations sanitaires et les divers systèmes socioculturels de nos collectivités.

Monsieur le Président,

6. Tandis que nous regrettons ce grand fils de l'Afrique, prenons ici la résolution que le rythme qu'il a imprimé aux activités de santé sera maintenu. Le nom de Comlan Quenum restera gravé à jamais dans les annales de l'histoire de cette Région et du monde dans son ensemble. Prions pour que le Dieu tout puissant donne à son âme la paix éternelle.

7. Je vous remercie.

Oraison funèbre
Prononcée par Monsieur Mamadou Diop,
Ministre de la Santé Publique du Sénégal,
à l'occasion de la cérémonie d'hommage officiel
et solennel du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique
au Dr Comlan Alfred Auguste Quenum,
Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique

1. Les téléscripteurs martellent les bandes comme pour marquer leur désarroi. La nouvelle retentit comme une bombe. "Le Docteur Quenum, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique est mort." Le réflexe de tous ceux qui l'ont apprise est unanime : "ce n'est pas possible ." Blasphème qui sort des bouches comme si le mot impossible était connu de Dieu .

2. Nul n'est immortel il est vrai, mais la douleur est d'autant plus cruelle que la mort est brutale. A la veille de la trente-quatrième session du Comité régional pour l'Afrique, c'est une catastrophe. Tous les pays de la Région ont ressenti avec douleur cette perte cruelle, et nos différents Chefs d'Etats s'associent avec émotion au deuil de notre Organisation.

Monsieur le Président,
Monsieur le Directeur général,
Excellences Messieurs les Ambassadeurs,
Monsieur le Représentant personnel du Directeur général,
Honorables délégués,
Mesdames, Mesdemoiselles, Messieurs,

3. "La crise multidimensionnelle que vit la communauté mondiale continuera d'avoir ses effets pervers sur les programmes de développement sanitaire. Malgré les catastrophes naturelles auxquelles sont soumis plusieurs pays de la Région (sécheresse, cyclone, inondation) et qui sont autant de contraintes supplémentaires à la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous en l'an 2000, des substantiels efforts ont été déployés par les Etats Membres en collaboration avec l'OMS pour promouvoir les processus gestionnaires de développement sanitaire national."

Annexe 6

4. Voilà les derniers propos que nous a laissés celui dont nous célébrons aujourd'hui la mémoire, j'ai nommé le Docteur Comlan Alfred Auguste Quenum, dans son introduction du Projet de Budget Programme 1986-1987. Et cela seulement pourrait suffir pour situer l'homme dans le contexte national et international.

5. Et il me revient le redoutable et insigne honneur de prononcer l'oraison funèbre de cet homme à dimension exceptionnelle. Mais pour le Ministre sénégalais que je suis, c'est plus un honneur, c'est un devoir, car si le Docteur Comlan Alfred Auguste Quenum est béninois de nationalité parce que né à Ouidah il y a de cela 58 ans, il est devenu sénégalais d'adoption, ayant passé ses vertes années dans notre terre de la Téranga; et sa dernière visite au Sénégal en juin 1983 lui a démontré que ce pays est toujours demeuré le sien tant la chaleur de son accueil a été à la dimension des sentiments de fraternité que les autorités et le peuple sénégalais ont nourri pour lui. Il y a été élevé au grade de Commandeur de l'Ordre national du Lion.

6. Je ne m'attarderais pas sur le curriculum vitae du Professeur plein de titre élogieux qui figurent sur tous les documents. J'en prendrais seulement quelques repaires qui expliquent toute la dynamique du Directeur régional.

7. Né à Ouidah le 10 janvier 1926, il quitte son Bénin natal en 1945, 19 ans après, pour le Sénégal; il est donc déjà fortement enraciné dans ses valeurs traditionnelles, car c'est le premier parfum qui donne au vase l'odeur qui persiste le plus longtemps.

8. Le Sénégal reçoit comme son fils le jeune béninois et contribuera à parfaire sa formation et à lui ouvrir des nouveaux horizons. D'abord, de 1945 à 1948 à l'Ecole Normale William Ponty, l'unique école fédérale de l'Afrique francophone de l'Ouest de l'époque qui a vu défiler des hommes illustres de notre temps pour ne citer que le Président ivoirien Félix Houphouët Boigny. Ensuite, de 1948 à 1952, à l'Ecole africaine de Médecine et de Pharmacie, encore unique dans son genre en Afrique d'expression française d'où il sort comme médecin africain. Il intègre aussitôt l'Armée française comme officier de santé auxiliaire au Sénégal en 1953. Il reviendra dans ce pays en 1958 et

Annexe 6

jusqu'en 1965 il sera attaché à l'Université de Dakar en qualité d'enseignant d'une discipline fondamentale qu'est l'histologie et l'embryologie. Lorsque l'on a vécu plus de 16 ans de ses plus belles années de sa vie dans un pays, il est naturel qu'on y laisse en partant, "un peu de soi-même en toute heure et en tous lieux" comme le dit si bien le célèbre sonnet d'Arvers.

9. Le médecin africain Comlan Quenum, comme ceux de sa génération, a voulu prouver que les Africains étaient aussi capables d'assimiler le savoir de leurs maîtres européens. Et le voilà parti outre dans les universités françaises après avoir passé à Dakar son baccalauréat ès sciences expérimentales. Quatre ans plus tard en 1957, il décroche à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux le titre de Docteur en Médecine; et cinq ans après celui de Maître de Conférence Agrégé d'Histologie et d'Embryologie; il est nommé en 1966 dans cette discipline Professeur sans chaire.

10. Cette ouverture dans le monde de la science et des idées influera grandement sur la rigueur de l'analyse et la sensibilité dans la perception et les relations inter-humaines du grand humaniste qu'est devenu le Docteur Comlan Alfred Auguste Quenum.

11. 1965 a été un tournant décisif dans sa vie, lorsqu'il entre pour la première fois dans la famille des Nations Unies en qualité de Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique qu'il ne devait quitter que par la volonté d'Allah au bout de 19 ans de service et d'une façon si brutale.

12. Le fondamentaliste rigoureux a su intégrer le concept moins puriste de la santé défini comme état de complet bien-être physique, mental et social; et durant toute sa vie il saura lutter pour la cause de "la santé pour tous" en l'an 2000 par la stratégie des soins de santé primaires. Pour ce faire, il avait une confiance aux potentialités de la communauté humaine pour établir une autosuffisance et une autoresponsabilité dans le cadre d'une justice sociale, d'une équité et de la paix. C'est pourquoi il accordait une attention particulière aux programmes communautaires et aux Mouvements de Libération nationale.

Annexe 6

13. Mais le Directeur régional était conscient que les obstacles majeurs de la santé étaient liés le plus souvent à l'insuffisance et à l'inefficacité des efforts d'éducation pour la santé, de motivation et d'information sanitaire du public. Aussi, accordait-il à cette composante fondamentale indispensable des soins de santé primaires comme mentionné dans la Déclaration d'Alma-Ata, une attention toute particulière qui l'a conduit à développer dans des pays de la Région la capacité technique pour planifier des activités d'information et d'éducation pour la santé, prises comme partie intégrante des diverses actions sanitaires, d'information du public et de portée socio-économique; et d'inciter à l'utilisation des moyens de communication sociale et des structures éducatives et politico-administrative. Le projet OMS/CESTI de Dakar pour la formation des journalistes spécialisés dans le domaine de la communication pour l'information et l'éducation pour la santé, et auquel il accordait une grande importance, s'inscrit dans cet objectif.

14. En réalité, il n'est pas juste de faire une dichotomie entre le Professeur de médecine fondamentale et le responsable de la santé publique de la Région africaine. Il s'en est toujours défendu, convaincu de la nécessaire complémentarité des différents niveaux du système de santé. Le rôle des universités est capital pour la réalisation de l'objectif social de la santé pour tous en l'an 2000. Aussi, il n'a jamais voulu rompre avec son appartenance universitaire, mais a toujours lutté pour une réorientation de l'Université plus conforme aux objectifs du développement socio-économique de notre Région. Habillé en toge et en toc selon sa dernière volonté, il est enterré en professeur.

Monsieur le Président,
Monsieur le Directeur général,
Excellences Messieurs les Ministres,
Monsieur le Représentant personnel du Directeur général,
Honorables Délégués,
Mesdames, Mesdemoiselles, Messieurs,

15. Une oraison funèbre n'est jamais facile, surtout quand il faut prononcer celle du Docteur Comlan Alfred Auguste Quenum car l'on ne sait par où commencer et par où finir, et surtout quand tout a été dit depuis le 15 août dernier par tant d'éminentes personnalités.

Annexe 6

16. Pour ma part, j'ai appris à connaître l'homme depuis que j'ai commencé il y a près de sept ans à pénétrer les profondeurs de notre Organisation. Entre nous se sont hissés des liens à la fois d'amitié et de fraternité qui allaient bien au-delà de ma seule qualité de Ministre. Et je suis sûr que beaucoup d'entre vous mes Chers Collègues ont partagé les mêmes sentiments que moi au contact de cet homme exceptionnel.

17. L'Afrique perd en lui un des plus illustres de ses fils. Mais ainsi va la vie et "crier, pleurer est également lâche". Le Docteur Comlan Alfred Auguste Quenum nous laisse avec notre Région, mais non sans nous avoir forgé des armes puissantes pour la réalisation de notre objectif santé pour tous en l'an 2000. A nous de faire un bon usage de notre OMS pour relever le défi.

18. A Madame Quenum, et à sa famille, au nom de toute la Région africaine de l'OMS, j'adresse nos condoléances les plus attristées et nos sentiments de déférence respectueuse.

19. Je vous remercie de votre attention.

ANNEXE 7

ALLOCUTION DU DR HALFDAN MAHLER,
DIRECTEUR GENERAL DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE,
LORS DE LA CEREMONIE A LA MEMOIRE DU DR COMLAN ALFRED AUGUSTE QUENUM
ORGANISEE PENDANT LA TRENTE-QUATRIEME SESSION
DU COMITE REGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE

Monsieur le Président et chers amis,

1. Mon excellent ami et compagnon de lutte dans le combat pour la santé n'est plus de ce monde. Le Dr Comlan Quenum, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique pendant près de vingt ans, nous a quitté. Mais il n'a pas pour autant disparu. Il a marqué d'une empreinte indélébile le développement humain en Afrique. C'était un authentique fils de l'Afrique, un frère des Africains, et en même temps un homme de ce monde dont il cherchait à recueillir la sagesse collective pour le bien de l'Afrique souffrante.

2. Il est devenu Directeur régional au moment où l'Afrique se libérait du joug étranger. Il n'a jamais oublié les affronts de l'époque coloniale, et pourtant il ne nourrissait aucune haine vis-à-vis de ceux qui les avaient infligés à son peuple et à son continent. Méfiant, il l'était. L'histoire lui avait appris à soupçonner les étrangers de vouloir exploiter les Africains, même lorsqu'ils semblaient leur venir en aide. Mais il ne manifestait aucune inimitié à leur égard. Dès qu'ils avaient fait la preuve de leur sincérité en mettant leurs connaissances et leur expérience au service de l'Afrique, le Dr Quenum réagissait avec une loyauté sans limite. Car il percevait les vastes possibilités que la science et la technique, appliquées grâce à une bonne gestion, avaient à offrir aux peuples qui avaient grandi sans grande possibilité d'y avoir accès. Mais en même temps, il savait qu'il serait désastreux pour l'Afrique de se borner à copier les façons de faire du monde industriel, et que toute la science, toute la technique et toute la gestion doivent être analysées et appliquées dans la perspective de la tradition africaine.

3. Il savait aussi, et il n'a jamais cessé de le clamer, que rejeter sur l'histoire, ou sur d'autres, les responsabilités de l'absence de progrès, ne mènerait les populations d'Afrique nulle part. En effet, comme le Dr Quenum l'a toujours dit, le développement humain en Afrique et le développement

Annexe 7

sanitaire qui en est un élément, exigeaient un effort énorme et un immense courage de la part des populations d'Afrique et de leurs gouvernements ainsi que de la part de leur Organisation de vocation sanitaire internationale - l'OMS. Lui-même était l'illustration vivante de ces principes. Il participait de plusieurs mondes - le monde de la science et le monde de son application à la médecine, le monde de la culture d'Europe occidentale - en particulier de la France où il a étudié la science et la médecine - et le monde de la culture africaine où il a grandi, dans laquelle il a perfectionné ses connaissances scientifiques et médicales, à laquelle il a sacrifié sa vie et où, en qualité de Directeur régional de l'OMS, il a appliqué la diversité de ses talents avec une rigueur toute cartésienne.

4. J'ai prononcé le mot de sincérité. Combien de fois ne la trahissons-nous pas en ne disant de bien des gens qu'après leur mort. Je sais que cela aurait révolté le Dr Quenum. Je voudrais donc vous remémorer quelques-uns des jugements que j'ai portés sur lui de son vivant.

5. Dans l'avant-propos de son ouvrage "Réponses africaines à la philosophie mondiale d'action pour la santé", j'ai écrit : "Il est des valeurs humaines qui sont, ou devraient être sacrées dans toutes les cultures; la justice sociale en est une. C'est sur cette valeur de justice qu'est basé l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000... la justice sociale a une signification spéciale pour ceux qui en ont été privés. La justice en matière de santé a donc une signification toute particulière pour les peuples africains qui, dans un passé très récent, se sont - presque tous - libérés de la domination des autres... Les grandes réformes qui ont marqué l'histoire de l'humanité sont nées de philosophies sociales qui, à leur tour, ont induit une action sociale. L'instauration d'un niveau acceptable de santé pour tous ne fait pas exception à la règle. Nous nous sommes dotés de la philosophie; nous avons engagé l'action; il nous faut maintenant veiller à ce que cette action s'accélère en accord avec la philosophie adoptée. En lisant "Réponses africaines à la philosophie mondiale d'action pour la santé", je n'ai aucun doute quant à la détermination des peuples africains à suivre cette voie. Car, je le constate avec grande satisfaction, ces réponses montrent que la

Annexe 7

révolution sociale en santé communautaire, placée sous la direction énergique de mon ami et collègue, le Dr Comlan A. A. Quenum, Directeur régional pour l'Afrique, homme de philosophie, de principe et d'action, secondé par un secrétariat régional doué et dévoué, est en plein essor de part le continent africain".

6. Dans la préface du livre du Dr Quenum intitulé "Vingt ans de combat politique pour la santé", j'ai écrit : "Il y a cent ans, un éminent pathologiste européen - Rudolf Virchow - déclarait que dès que les intérêts des privilégiés cesseraient de dicter les événements de la santé publique, les protagonistes de la santé deviendraient des hommes d'Etat vénérés, des piliers de la structure sociale; et il ajoutait que la meilleure voie pour y parvenir passait par la lutte politique. Un siècle plus tard, c'est un éminent pathologiste africain, le Dr Comlan A. A. Quenum, qui s'engageait dans une lutte politique acharnée pour la santé du peuple africain et, ce faisant, s'élevait à une place vénérable dans l'histoire sociale de l'Afrique. Depuis 1965, date à laquelle il assumait les fonctions de Directeur du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, mon cher ami et collègue, le Dr Quenum, a conduit obstinément et sans trêve une lutte quotidienne pour assurer la justice sociale en matière de santé pour toutes ses soeurs et tous ses frères africains. C'est en effet par des luttes politiques et sociales conduites sans relâche et soutenues par les techniques de santé appropriées à la réalité africaine que cette justice sociale sera réalisée et que tous les peuples africains jouiront d'un niveau de santé tel qu'ils seront capables de travailler de façon productive et de participer activement à la vie sociale de la collectivité dont ils font partie".

7. Chers amis, ce que j'ai écrit du Dr Quenum de son vivant, je ne peux le dire mieux aujourd'hui. Je ne ne peux que souhaiter avec ferveur que vous, peuple d'Afrique, puissiez engendrer beaucoup d'autres dirigeants comme lui. Et je ne peux qu'essayer de consoler son épouse et sa famille en leur rappelant qu'en moins de soixante ans, il a fait beaucoup plus que la plupart des gens pendant les soixante-dix ans traditionnellement alloués à l'homme. Il continuera à vivre dans les coeurs de tous ceux qui lui étaient proches jusqu'à ce qu'ils aillent, eux aussi, là où va toute chose.

ALLOCUTION DU DR HALFDAN MAHLER
DIRECTEUR GENERAL DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

La santé pour tous : des chances nouvelles

Monsieur le Président, Excellences, distingués représentants, Mesdames, Messieurs, chers collègues et amis,

1984

1. En 1984, des chances nouvelles s'offrent à l'OMS. Quatre grands événements marquent cette année à l'Organisation. Ce sont les débuts de l'évaluation des stratégies de la santé pour tous, le Septième Programme général de Travail qui prend un bon départ, les préparatifs pour le Budget Programme de la période biennale 1986/1987, et l'introduction progressive de nouvelles formules de gestion en vue d'une utilisation optimale des ressources de l'OMS par les Etats Membres. Ces quatre événements sont interdépendants mais chacun d'eux possède ses propres caractéristiques de sorte que je les traiterai un par un en m'attachant plus particulièrement à leur incidence sur cette Région.

Evaluation des stratégies de la santé pour tous

2. Commençons par l'évaluation de vos stratégies de la santé pour tous. Etes-vous réellement en train d'édifier de nouveaux systèmes de santé ou de modifier les structures existantes dans l'esprit de la stratégie mondiale de la santé pour tous, c'est-à-dire en faisant des soins de santé primaires l'axe principal sur lequel s'articule tout le reste du système de santé ? Etendez-vous la couverture des soins de santé primaires dans votre population et élargissez-vous la gamme des soins ? Vos concitoyens approfondissent-ils leurs connaissances en matière de santé de manière à pouvoir davantage assumer la responsabilité de leur propre santé, celle de leur famille et celle de la collectivité dans laquelle ils vivent ? Tirent-ils parti des mesures prises dans leur intérêt ? Ont-ils de l'eau potable en quantité suffisante et à un prix raisonnable ? Ont-ils et utilisent-ils des installations

Annexe 8

d'assainissement convenables ? Les femmes peuvent-elles recevoir des soins avant, pendant et après la grossesse ? Les nourrissons et les jeunes enfants consomment-ils les aliments nutritifs dont ils ont besoin ? Les personnes âgées ont-elles la possibilité de s'occuper correctement d'elles-mêmes, et celles qui ne le peuvent pas sont-elles humainement prises en charge par leur famille et leur collectivité ? Prend-on des mesures appropriées pour lutter contre les maladies évitables et mafrisables, et des soins cliniques sont-ils offerts à ceux dont la santé est momentanément ou chroniquement défaillante ? Tous les gens ont-ils accès aux vaccins et aux médicaments essentiels dont ils ont besoin à un prix abordable pour eux-mêmes et leur pays ? Enfin, la santé de vos populations profite-t-elle de ces mesures ? Par exemple, l'espérance de vie à la naissance est-elle en hausse et le taux de mortalité infantile en baisse ? La mortalité est-elle retardée jusqu'à la vieillesse et la morbidité en régression ?

3. Voici quelques-unes des questions auxquelles il faut répondre sans hésitation, en déterminant clairement les obstacles qui vous empêchent d'y répondre de la manière souhaitée, si vous voulez pouvoir prendre les mesures correctrices qui s'imposent. Il ne servira à rien de nous dissimuler la véritable situation et à quoi bon cerner les obstacles si nous ne prenons pas les mesures nécessaires pour les surmonter ? Oui, Mesdames et Messieurs les représentants, aussi étrange que cela paraisse, l'identification des obstacles peut être un moyen extrêmement utile de discerner les chances qui s'offrent d'atteindre les objectifs que nous nous sommes assignés. C'est à cela que je songeais en disant à l'Assemblée de la Santé de cette année que l'évaluation doit être un tremplin et non un simple bilan historique.

Le Septième Programme général de Travail

4. Nous savons depuis des années que la faiblesse de l'infrastructure sanitaire dans la plupart des pays est le principal obstacle à l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Cette observation ne vaut pas seulement pour la plupart des pays d'Afrique qui ont des effectifs beaucoup trop restreints de personnels de santé correctement préparés à leur mission et des services de santé inadéquats, et où l'action commune menée en faveur de la santé et du développement, par le secteur sanitaire et les autres secteurs

Annexe 8

économiques et sociaux, est insuffisante. Elle s'applique également aux pays économiquement avancés dans lesquels on observe souvent une formation et une utilisation peu judicieuses des personnels de santé, un chevauchement improductif des différentes formes de soins dispensés par les services de santé et un manque de coordination entre les activités d'une foule d'organismes sectoriels qui peuvent profondément influencer la santé, dans un sens ou dans l'autre.

5. En fait, c'est la prise de conscience de ces obstacles qui a donné une chance de les surmonter en définissant, dans la stratégie mondiale de la santé pour tous, les principes d'édification de systèmes de santé solides reposant sur les soins de santé primaires, et c'est l'élaboration du Septième Programme général de Travail qui a fourni l'occasion de parvenir à un consensus mondial sur la nécessité pour l'OMS de déployer, au cours des années à venir, des efforts énergiques pour aider ses Etats Membres à se doter d'une infrastructure sanitaire ou à renforcer l'infrastructure existante lorsqu'elle laissait à désirer. Je me demande combien d'entre vous ont pris soin de lire et de relire attentivement le Septième Programme général de Travail depuis qu'un projet vous en a été adressé il y a quelques années ? Je ne saurais trop recommander à ceux qui ne l'ont déjà fait de s'atteler dès maintenant à cette tâche tant il est vrai que nous avons tous plus ou moins tendance à nous intéresser momentanément aux idées nouvelles, puis à les mettre de côté et à continuer d'agir comme avant.

6. Sans entrer dans le détail du Septième Programme général de Travail, il est utile de rappeler les principes qui l'inspirent, car ceux-ci valent non seulement pour le soutien de l'OMS à vos stratégies, mais aussi pour vos stratégies elles-mêmes. Ces principes d'édification des systèmes nationaux de santé ont fait l'objet d'un consensus, il y a six ans, à Alma-Ata. Ils consistent à planifier et à dispenser systématiquement des soins de santé primaires jusqu'à ce que toute la population puisse s'adresser à des personnels de santé motivés et suffisamment bien formés, équipés et outillés pour s'acquitter de leur mission. Ils supposent un soutien des différents niveaux de l'infrastructure sanitaire et, le cas échéant, des autres secteurs économiques et sociaux, ainsi que la mise en oeuvre, dans le cadre de l'infrastructure sanitaire, d'une technologie qui convienne au pays. Pour ce

Annexe 8

faire, il faut discerner des technologies appropriées, les produire lorsqu'elles n'existent pas encore, et tâcher d'adopter des mesures sociales et comportementales qui appuient les mesures techniques ou s'y substituent. Enfin et surtout, cette forme d'édification des systèmes de santé fait intervenir la population, de sorte que c'est elle qui, en définitive, façonne et dirige un système sanitaire qui, après tout, lui appartient. Est-ce là une gageure ? Oui, mais qui vaut la peine d'être tentée car tel est, à mon humble avis, le type de système de santé qui s'imposera dans les années à venir - bien avant l'an 2000, j'espère.

7. Votre Septième Programme général de Travail peut vous paraître un obstacle à la liberté de choix, mais je suis persuadé qu'il vous offre une occasion rêvée de réaménager vos systèmes de santé dans le sens dont vous êtes convenus collectivement. De plus, le recensement des obstacles peut, par la même occasion, faire apparaître des possibilités d'orienter vos propres ressources dans le bon sens et de diriger de la même manière des ressources considérables provenant de partenaires extérieurs. L'histoire du développement au cours de ces vingt dernières années a clairement montré l'extrême futilité - voire l'antiproduktivité - d'activités fragmentées, entreprises dans des pays en développement par des organismes bien intentionnés mais mal inspirés. Ces activités ont souvent absorbé les énergies des ressources humaines limitées dont disposent les pays en développement et elles ont donné au personnel des organismes de développement et, partant, des institutions internationales en général, une vue plus étroite des choses. L'OMS n'a malheureusement pas fait exception. J'espère sincèrement me tromper et je serais comblé si vous me repreniez sur ce point, mais j'ai l'impression que nous nous accrochons encore à des relations d'assistance technique périmées et que le passage d'un état de sujétion à une démocratie basée sur la participation s'opère beaucoup trop lentement.

Projet de Budget Programme pour 1986-1987

8. Si j'ai tort, cela devrait sûrement ressortir du Budget Programme pour 1986 et 1987 dont vous allez débattre et qui, une fois adopté, sera transmis à votre Directeur général pour qu'il puisse adresser un projet définitif au

Annexe 8

Conseil exécutif et à l'Assemblée mondiale de la Santé. Exploitez-vous les ressources de l'OMS pour favoriser l'édification de systèmes de santé conformes à ceux que je viens de décrire, ou vous contentez-vous encore de présenter des demandes concernant des projets OMS à exécuter dans votre pays et des matériels et fournitures bouche-trous ou des bourses d'études ne correspondant guère à vos besoins ? Irez-vous jusqu'à présenter un tableau fidèle de la situation en examinant la façon dont les ressources de l'OMS sont utilisées dans les différents pays de la Région, ou esquiverez-vous une telle démarche en ne vous intéressant qu'aux activités interpays et régionales ? Vous demanderez-vous comment ont été décidées les propositions interpays ? Exprimaient-elles les besoins communs d'un certain nombre de pays de la Région, définis au cours d'un dialogue entre leurs autorités et l'OMS, ou étaient-elles imposées d'en haut ?

9. L'une des réalités les plus préoccupantes qui soient apparues récemment au cours d'une première tentative pour surveiller l'application de la stratégie de la santé pour tous a été le fait que la plupart des pays ne savent pas comment leurs ressources sanitaires sont réparties. Ils ne savent pas non plus quelles sont respectivement la part des soins de santé primaires et celle du reste du système de santé et, sans aucun doute, ils ignorent comment les autres secteurs utilisent certaines ressources d'une manière qui a une incidence sur la santé. On ne voit pas toujours non plus clairement comment sont financés les services de santé ni combien les gens sont capables et désireux de payer pour protéger et restaurer leur santé. Pourtant, faute de telles données, comment pouvons-nous prendre de sages décisions en matière de budget programme ? Voici donc un autre obstacle qui peut se muer en chance nouvelle, en possibilité de sérieux efforts pour déterminer avec exactitude combien, comment, où, quand et pourquoi nous dépensons pour la santé et qui fait ces dépenses - première étape vers un redressement. Nos politiques et stratégies collectives de la santé pour tous nous donnent des indications suffisantes sur ce qu'il convient de faire, de sorte qu'il ne devrait pas être trop difficile de trouver ce qui ne va pas afin de le corriger.

10. Les gouvernements auront-ils le courage de le faire et d'agir en conséquence ? C'est là, à coup sûr, un domaine dans lequel il serait éminemment justifié d'utiliser les ressources de l'OMS dans votre pays.

Annexe 8

Ces ressources sont si minimes comparativement à la plupart des budgets nationaux de la santé qu'elles se perdront comme des gouttes d'eau dans l'océan si on les emploie comme un apport parmi tant d'autres au budget de la santé. En revanche, si vous utilisez ces ressources de l'OMS pour dévoiler les obstacles et trouver les moyens de les surmonter, elles seront la clé qui nous ouvrira de nombreuses portes.

11. D'abord, si vous utilisez les ressources de l'OMS dans votre pays de la manière que je viens d'indiquer, vous serez beaucoup mieux en mesure de déterminer comment déployer au mieux vos propres ressources. Ensuite, vous aurez la possibilité de déterminer à quelles fins il serait bon de rechercher des ressources extérieures, étant entendu que tous les investissements entraîneront, en fin de compte, des dépenses de fonctionnement qu'il faut également prévoir. Cette clé de l'OMS pourrait donc donner accès à un appui extérieur accru reposant sur une détermination des priorités et une demande d'aide également judicieuses. J'espère qu'il n'existe pas le moindre doute dans l'esprit de quiconque sur le fait que la responsabilité d'organiser et d'aménager toutes les ressources intérieures et extérieures de la santé incombe en dernier ressort aux gouvernements des pays intéressés; cependant, si vous êtes toujours persuadés que l'OMS est votre proche et actif partenaire en matière de santé, comme je le suis et comme vous avez tous solennellement déclaré l'être il y a quelques années, les apports de l'OMS dont la faible importance peut à première vue sembler être un obstacle constitueront en fait, s'ils sont convenablement utilisés, une occasion unique d'orienter toutes les ressources sanitaires de votre pays de manière à en tirer un bénéfice optimal.

12. Rappelez-vous que vous êtes autorisés à faire appel au maximum aux ressources humaines de l'OMS où qu'elles soient - dans votre pays, au niveau interpays ou régional, dans d'autres régions, ou au niveau mondial. Considérez simplement le vaste potentiel rassemblé ici pour ce Comité régional, et imaginez ce qui se passerait si l'on pouvait mobiliser un potentiel équivalent dans d'autres régions du monde pour s'associer à vos efforts. Je puis parfaitement concevoir les suspicions que certains d'entre vous risquent d'éprouver, leurs hésitations à réintroduire des influences étrangères au coeur même de l'Afrique car, après tout, c'est bien de cela qu'il s'agit quand on parle de la santé et du bien-être de vos peuples.

Annexe 8

Pour ma part, je ne peux que vous parler avec mon coeur, celui du frère africain que je veux être si vous me faites l'honneur de me considérer comme tel. Tout ce que je puis dire c'est qu'après plus de vingt années de décolonisation progressive, nous sommes à coup sûr suffisamment remis de nos traumatismes historiques pour pouvoir travailler en coopération avec d'autres et les considérer comme des partenaires égaux en exploitant à fond leurs expériences. De toute façon, des influences étrangères incontrôlées s'exercent déjà en Afrique sur les soins cliniques comme sur les soins de santé. Il vaut sûrement mieux les contrôler dans le cadre d'une coopération judicieuse. C'est là précisément que l'OMS, votre alliée la plus proche dans le domaine de la santé, peut jouer un rôle des plus utiles en assurant la coordination internationale qui lui incombe aux termes de sa Constitution afin de veiller à la pertinence des activités dans le monde entier, quelle que soit l'origine de la coopération. Cette universalité de l'OMS vous ouvre à tous d'immenses possibilités de coopération féconde, pour autant que le Comité régional et le Bureau régional, qui est à son service, sachent les exploiter. En ne les exploitant pas, soit parce que vous ignorez que vous y êtes autorisés, soit parce que vous ne le voulez pas pour une raison quelconque, vous transformerez vous-mêmes une chance en obstacle. N'oubliez pas que pour tirer le meilleur parti possible des ressources, il faut avoir soi-même de la ressource.

Nouvelles formes de gestion

13. C'est de cette ressource dont vous et votre Secrétariat devrez faire preuve pour tirer le meilleur parti possible des nouvelles formes de gestion applicables à la coopération technique entre vous et l'OMS. Après tout, ces nouvelles dispositions doivent permettre d'utiliser au mieux le Septième Programme général de Travail de l'OMS pour appuyer les stratégies nationales de la santé pour tous. L'an dernier, j'ai exposé comment elles doivent opérer à l'intérieur de vos pays et, en particulier, comment vous pouvez tirer le meilleur parti possible de vos responsabilités à l'égard des ressources de l'OMS en entretenant un dialogue suivi et approfondi avec votre Secrétariat. Dialoguer ne veut évidemment pas dire que l'on doit s'attendre à ce que le personnel de l'OMS approuve n'importe quoi : c'est plutôt instaurer une communication à double sens dans les limites de politiques arrêtées

Annexe 8

collectivement. J'ai également fait remarquer, à cette même époque, que ces nouvelles responsabilités en matière d'utilisation des ressources de l'OMS vous engagent de la même façon vis-à-vis des Etats Membres de votre Région et même du monde entier. Cette année, je vais m'attacher à vous expliquer brièvement comment votre Bureau régional peut le mieux vous aider à assumer vos nouvelles responsabilités.

14. Si, au cours d'examens collectifs des politiques et des programmes, vous avez défini le soutien technique, administratif et financier que votre pays doit recevoir de l'OMS, ainsi que ce qui est nécessaire pour faciliter la coopération interpays, si vous l'avez bien défini, il faut alors vous demander comment ces besoins seront satisfaits rapidement et efficacement. Or, pour y parvenir au niveau régional, il faut être en mesure d'envisager la coopération de l'OMS avec chacun de vos pays comme un tout, en conservant une vue d'ensemble de la Région et de consacrer à la satisfaction de vos besoins tout l'effort de soutien nécessaire, qu'il soit technique, administratif ou financier. Si l'on veut en outre que cette action soit bien coordonnée, il faut pouvoir faire concourir de multiples disciplines à la solution de vos problèmes. Il faut être assez perspicace pour saisir les possibilités qui s'offrent de faciliter la coopération entre les groupes de pays, que ce soit à l'intérieur de votre Région ou dans des régions voisines, voire lointaines. Il faut être en mesure de mobiliser les compétences techniques les plus appropriées et le soutien d'autres secteurs partout où cette possibilité existe, à l'intérieur et à l'extérieur de la Région. Oui, même au Siège de l'OMS à Genève

15. Est-ce là trop demander du personnel de votre Région ? Je ne le crois pas. Je me rends très bien compte que ces nouvelles dispositions peuvent susciter çà et là un sentiment d'insécurité et même de profondes inquiétudes lorsque la coopération technique dégénère en une distribution des fonds de l'OMS à des Etats Membres pour qu'ils en fassent n'importe quoi. Puis-je vous rappeler que ce même sentiment s'est fait jour en 1976, lorsque l'Assemblée de la Santé a adopté la résolution 29.48 qui exigeait la réorientation de moyens massifs du Siège vers la coopération technique directe avec les pays. Ces craintes se sont dissipées quand fut définie une nouvelle politique programmatique et budgétaire qui garantissait que ces moyens massifs

Annexe 8

profiteraient vraiment aux Etats Membres et ne serviraient pas simplement de palliatifs éphémères. J'ai le sentiment que nous devons maintenant clairement énoncer la politique concernant l'appui du Bureau régional aux Etats Membres, en tenant compte des nouvelles formules de coopération. De plus, j'estime également que le moment est venu pour vous et votre Directeur régional de suivre de très près la façon dont les ressources de l'OMS sont utilisées conformément aux nouvelles méthodes de gestion. J'entends le faire pour l'ensemble de l'Organisation, mais je suis persuadé que mon évaluation serait grandement facilitée si vous participiez convenablement à cette opération.

16. Outre la nécessité intrinsèque de veiller à ce que les ressources de votre Organisation soient utilisées de façon aussi efficace et efficiente que possible pour vous aider à atteindre l'objectif de la santé pour tous, je dois convenir qu'il existe une autre raison impérieuse de surveiller l'emploi de nos ressources. Comme je l'ai dit cette année à l'Assemblée de la Santé, l'OMS n'a pas échappé aux critiques de plus en plus nombreuses dont fait l'objet le système des Nations Unies auquel on reproche un mauvais choix d'activités, un chevauchement des efforts, une bureaucratie excessive et une gestion maladroite de ses ressources. Si nous ne faisons pas le meilleur usage possible de nos moyens, le poste coopération technique de notre budget programme ordinaire risque de ne pas survivre aux critiques qui lui seront adressées. Nous sommes après tout la seule institution spécialisée qui ait inscrit un tel poste à son budget ordinaire. Si nous en étions privés, ce pourrait être la fin de nos structures régionales, car elles sont le support de notre coopération technique avec les Etats Membres. Oui, Mesdames et Messieurs les représentants, ce pourrait être virtuellement la fin de nos Comités et Bureaux régionaux ou, tout au moins, du genre de Comités et de Bureaux régionaux que nous connaissons aujourd'hui. Pour l'éviter, il nous faut veiller à utiliser au mieux nos ressources, c'est-à-dire les utiliser conformément à la politique arrêtée collectivement pour atteindre notre objectif commun.

17. Je conçois fort bien que ceux qui ont l'habitude de voir fonctionner l'OMS d'une autre manière considèrent ces nouvelles formes de coopération et de surveillance collective de la coopération comme un obstacle redoutable, mais je soutiens pour ma part qu'elles constituent une chance unique de

Annexe 8

relever le défi que nous lançent ces dernières années du XXème siècle en renouvelant l'éventail de nos compétences sanitaires, car c'est bel et bien de cela qu'il s'agit, et ce faisant, en nous épanouissant personnellement et professionnellement. Je suis persuadé qu'à ce stade ces modes de coopération sont tout à fait dans l'esprit des dispositions de notre Constitution régissant les relations entre l'OMS et ses Etats Membres. Je continuerai donc à les appuyer de tout mon poids et je sais que votre Directeur régional fera de même. Aussi Mesdames et Messieurs les représentants, vais-je vous prier de bien vouloir vous acquitter du rôle qui vous est imparti par la Constitution à l'égard des activités de la Région et faire en sorte que tous les Etats Membres, c'est-à-dire vous tous, reçoivent de l'OMS le type de soutien auquel ils ont droit et que ces nouvelles dispositions sont destinées à leur faire obtenir.

18. Au risque de me répéter, je vous rappelle que vous êtes en droit d'obtenir une aide de toute votre Organisation, et pas seulement de sa composante régionale. Réciproquement, vous êtes responsables vis-à-vis de l'Organisation dans son ensemble et non pas seulement de ses structures régionales. Autoresponsabilité régionale n'est absolument pas synonyme d'autonomie régionale et cela n'a jamais été envisagé dans la Constitution de l'OMS. Faire partie d'un tout n'est pas un obstacle mais offre au contraire des chances exceptionnelles, par exemple la possibilité pour chacun d'entre vous de disposer des politiques et du savoir collectifs des 164 Etats Membres de l'OMS, dont 44 font actuellement partie de votre Région, non compris un Membre associé. Vous pouvez également vous prévaloir de l'extraordinaire force morale et politique que votre Organisation a acquise au fil des ans. Aussi, ne puis-je que vous conseiller de saisir toutes les occasions qui vous sont offertes de vous servir de cette force dans votre pays pour que l'ensemble de vos pouvoirs publics et la totalité de votre population comprennent bien ce que vous tentez de faire en vue d'instaurer la santé pour tous avec eux et pour eux.

Annexe 8Solidarité mondiale en vue de la santé pour tous

19. Pour paradoxal que cela puisse paraître, les Etats Membres qui peuvent estimer avoir le moins besoin d'une aide de l'OMS sont aussi les mieux placés pour en tirer un profit optimal. En effet, nous courons un très grand risque de voir notre stratégie de la santé aller grossir les rangs d'autres initiatives du même genre qui, lancées avec le ferme espoir d'améliorer la justice sociale, chacune dans son domaine, ne sont parvenues qu'à enrichir les riches et appauvrir les pauvres. Or, Mesdames et Messieurs les représentants, vous pouvez éviter une telle issue en faisant preuve de solidarité de manière que les plus faibles reçoivent l'aide des plus forts. Comme je l'ai dit en maintes occasions, l'histoire montre qu'une telle solidarité n'est point tant une manifestation d'altruïsme que de l'intérêt bien compris. Je conçois fort bien que certains d'entre vous puissent considérer l'obligation supplémentaire de veiller à ce que tous les peuples atteignent l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000 comme un obstacle à la réalisation de cet objectif chez eux. Mais, si vous gardez présents à l'esprit les impératifs moraux qui ont donné naissance à la notion même de santé pour tous et qui ont inspiré la tentative faite pour la concrétiser, si vous ne les perdez pas de vue, je suis certain que vous en viendrez à envisager cet obstacle apparent comme une chance supplémentaire de collaboration tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la Région. Si vous faites cela, vous en tirerez une force accrue pour appliquer plus énergiquement encore vos stratégies sanitaires à l'intérieur de votre propre pays.

20. Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les représentants, j'ai comparé l'an dernier la progression vers la santé pour tous à un marathon mais un marathon semé d'obstacles. J'espère avoir pu vous convaincre qu'en identifiant ces obstacles et en déterminant leur nature, il est possible de les transformer en chances exceptionnelles. Aussi, ne manquons aucune occasion d'éliminer les obstacles afin d'atteindre ensemble notre objectif. Nous pouvons le faire si nous appliquons à cette tâche tous les moyens de l'OMS réunis au sein d'une seule et même organisation. Si nous le faisons, je suis persuadé que c'est d'un pas régulier et le coeur léger que nous franchirons la ligne d'arrivée.

Merci.

ANNEXE 9

ORDRE DU JOUR

1. Ouverture de la trente-quatrième session (document AFR/RC34/1)
2. Adoption de l'ordre du jour provisoire (document AFR/RC34/11)
3. Constitution du Sous-Comité des Désignations (résolution AFR/RC23/R1)
4. Election du Président, des Vices-Présidents et des Rapporteurs
5. Désignation du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs (résolution AFR/RC25/R17)
6. Désignation du Directeur régional (Article 52 du Règlement intérieur)
7. Activité de l'OMS dans la Région africaine
 - 7.1 Rapport du Directeur régional sur l'activité de l'OMS en 1983 (document AFR/RC34/3)
 - 7.2 Evaluation de l'expérience africaine d'utilisation des nationaux comme coordonnateurs des programmes OMS (document AFR/RC34/4)
 - 7.3 Femmes et développement sanitaire (document AFR/RC34/18)
8. Correlations 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/RC34/5)
 - 8.2 Incidences régionales des ordres du jour de la soixante-quinzième session du Conseil exécutif et de la Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC34/6)
 - 8.3 Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC34/19)
 - 8.4 Discussions techniques à la Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé : "Collaboration avec les organisations non gouvernementales à la mise en oeuvre de la Stratégie mondiale de la Santé pour tous" (document AFR/RC34/20)
9. Examen du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC34/7)
 - 9.1 Projet du Budget Programme 1986-1987 (document AFR/RC34/2)
 - 9.2 Mise en oeuvre de la stratégie régionale pour l'utilisation optimale des ressources de l'OMS comme soutien direct aux Etats Membres (document AFR/RC34/12)

Annexe 9

- 9.3 Rapport sur la participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique (document AFR/RC34/8)
 - 9.4 Rapport sur les visites des responsables des Etats Membres dans d'autres pays de la Région (document AFR/RC34/9)
 - 9.5 Rapport du Comité permanent sur la coopération technique entre pays en développement (document AFR/RC34/10)
10. Discussions techniques
- 10.1 Présentation du rapport des discussions techniques : "Place des facteurs culturels et socio-économiques en vue de la réorientation des systèmes de santé pour atteindre l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000" (document AFR/RC34/13)
 - 10.2 Désignation du Président et du Président suppléant des discussions techniques pour 1985 (document AFR/RC34/14)
 - 10.3 Choix du sujet des discussions techniques pour 1986 (document AFR/RC34/15)
11. Dates et lieux des trente-cinquième et trente-sixième sessions du Comité régional pour 1985 et 1986 (document AFR/RC34/16)
12. Adoption du rapport du Comité régional (document AFR/RC34/17)
13. Clôture de la trente-quatrième session.

ANNEX/ANNEXE/ANEXO 10

LIST OF PARTICIPANTS
LISTE DES PARTICIPANTS
LISTA DOS PARTICIPANTES1. REPRESENTATIVES OF MEMBER STATES
REPRESENTANTS DES ETATS MEMBRES
REPRESENTANTES DOS ESTADOS MEMBROSALGERIA
ALGERIE
ARGÉLIA

Dr Benadouda Amar
Conseiller
Ministère de la Santé publique
Chef de la délégation

Professeur Mammeri Driss
Conseiller au Cabinet du Ministre
de la Santé publique, chargé des relations
avec l'OMS
Ministère de la Santé publique

M. H. Benyounes
Chargé d'Affaires
Ambassade d'Algérie au Congo
Brazzaville

ANGOLA

Dr Luis Gomes Sambo
Vice-Ministro da Saúde
Chefe da delegação

Dr João José Bastos dos Santos
Director do Gabinete de Intercâmbio Internacional
Ministério da Saúde

Dr N'Sumbo António Wooding
Delegado Provincial adjunto da Saúde

Annex/Annexe/Anexo 10

Dra Fernanda Dias Monteiro
Responsável do Programa de Controlo da Malária
Ministério da Saúde

Dr António Miguel do Nascimento
Delegado provincial de Saúde
Benguela

Sr José Domingos Morais Fernandes
Chefe do Gabinete do Vice Ministro da Saúde

Dona Filomena de Fátima Sousa
Técnica do Departamento de
Organismos Internacionais

BENIN
BENIM

M. Vincent Guezodje
Ministre de la Santé publique
Chef de délégation

Dr Lucien Sogansa
Directeur des Etudes et de la Planification
Ministère de la Santé publique

BOTSWANA
BOTSOUANA
BOTSUANA

Hon. L. H. Makgekgenene
Minister of Health
Head of delegation

Dr D. B. Sebina
Permanent Secretary for Health
Ministry of Health

Dr J. S. Moeti
Deputy Permanent Secretary and
Director of Health Services
Ministry of Health

Mrs N. V. Ngcongco
Under Secretary
Health Manpower Development

Annex/Annexe/Anexo 10

BURKINA FASO

M. Seydou Sawadogo
Inspecteur, Services de Santé

Dr B. M. Sombie
Directeur des Etudes et de la planification
Ministère de la Santé publique

BURUNDI

Dr F. Sabimana
Ministre de la Santé publique
Chef de délégation

Dr P. Mpitabakana
Directeur général de la Santé publique
Ministère de la Santé publique

M. A. Baza
Directeur du Département
de la logistique sanitaire
Ministère de la Santé publique

CAMEROON
CAMEROUN
CAMARÕES

Prof. Victor Anomah Ngu
Minister of Public Health
Head of delegation

Dr Simon Atangana
Conseiller technique No 1
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

Dr E. G. Fuoching
Délégué provincial de la Santé publique

Mme Victorine Mbette
Chef de Service des Institutions spécialisées
Ministère des Affaires étrangères

Annex/Annexe/Anexo 10

CAPE VERDE
CAP-VERT
CABO VERDE

Dr João de Deus Lisboa Ramos
Secretário Geral
Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais

CENTRAL AFRICAN REPUBLIC
REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
REPÚBLICA CENTRAFRICANA

Général X. S. Yangongo
Ministre de la Santé et des Affaires sociales
Chef de délégation

Dr S. Feikoumon
Secrétaire général
Ministère de la Santé et des Affaires sociales

CHAD
TCHAD
CHADE

M. Koibla Djimasta
Ministre de la Santé publique
Chef de délégation

M. Kinde Ngassadi
Directeur du Génie sanitaire et de l'Environnement
Ministère de la Santé publique

Dr Waya Houma Amoula
Directeur de la Santé publique
Ministère de la Santé publique

Annex/Annexe/Anexo 10COMOROS
COMORES

Dr Bacar Benali
Coordonnateur du Projet Santé et Population
Ministère de la Santé publique et des Populations

M. Mohamed Hafidjou
Directeur de Cabinet
Ministère de la Santé publique
et des Populations

CONGO

Prof. Christophe Bouramoue
Ministre de la Santé et des Affaires sociales
Chef de délégation

Dr Dominique Ndeli
Conseiller sanitaire
Ministère de la Santé et des Affaires sociales

M. Jean de Dieu Obouaka
Directeur général de la Santé publique par intérim
Ministère de la Santé et des Affaires sociales

Mme Hectorine Kiniongono
Directrice générale des Affaires sociales
Ministère de la Santé et des Affaires sociales

M. Edouard Mbaloula
Directeur des Etudes et de
la Planification sanitaire
Ministère de la Santé et des Affaires sociales

M. D. B. Boukaka Ouadiabantou
Directeur des Etudes et de la Planification
Direction générale des Affaires sociales
Ministère de la Santé et des Affaires sociales

Dr Pierre N'Gouomba
Directeur-Adjoint de la Médecine préventive

Annex/Annexe/Anexo 10

M. Pascal Mondjo-Epenit
Directeur de la Coopération
Ministère de la Santé et des Affaires sociales

Mme Antoinette Nkodia
Direction Santé maternelle et infantile et Education pour la santé
Ministère de la Santé et des Affaires sociales

Mme Emilie Manima
Conseillère médico-sociale au Cabinet du Chef de l'Etat

M. Albert Nkala
Attaché au Cabinet du Chef de l'Etat

Mme Colette Samba-Dehlot
Chef de Service des Projets OMS-SSP
Coordination nationale OMS
Ministère de la Santé et des Affaires sociales

M. Gustave Olloukou
Ministère des Affaires étrangères et de la Coopération

EQUATORIAL GUINEA
GUINEE EQUATORIALE
GUINÉ EQUATORIAL

Mr Demetrio Elo Ndong Nsefumu
Vice-Ministro de Sanidad
Jefe

Dr José Eneme Oyono
Jefe del Servicio de Epidemiologia
Ministerio de Sanidad

Mrs Ivonne Lagrange
Conseillère technique près
le Ministère de la Santé

Annex/Annexe/Anexo 10

ETHIOPIA
ETHIÖPIE
ETIÓPIA

Dr Taye Tokon
Head
Health Service Department
Ministry of Health
Head of delegation

Mr Bellege Mekuria
Head of Department of Administration and Finance
Ministry of Health

GABON
GABÃO

Dr Norbert Ndong
Secrétaire d'Etat auprès
du Ministre de la Santé publique et de la Coopération
Chef de délégation

Dr L. Adandé Menest
Inspecteur général de la Santé publique
Ministère de la Santé publique et de la Population

M. M. Mboumba
Directeur général de la Santé
Ministère de la Santé publique et de la Population

M. J. Kami
Directeur de cabinet du
Ministère de la Santé publique et de la Population

M. C. Nguie-Bie
Chef de Cabinet du Secrétaire d'Etat à la Santé publique

Annex/Annexe/Anexo 10

GAMBIA
GAMBIE
GAMBIA

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

Dr A. M. Jobarteh
Permanent Secretary
Ministry of Health, Labour and Social Welfare

Dr A. B. Hatib Njie
Assistant Director of Medical Services
Medical and Health Department

GHANA
GHANA

Mr Emmanuel Gyekye Tanoh
Secretary of State for Health
Head of delegation

Dr Joseph Dawson Otoo
Acting Director of Medical Services
Ministry of Health

GUINEA
GUINEE
GUINÉ

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

Dr Mohamed Sylla
Médecin-Chef Adjoint CHU de Donka

Annex/Annexe/Anexo 10

GUINEA-BISSAU
GUINEE-BISSAU
GUINÉ-BISSAU

Sr Alexandre Correia
Ministro da Saúde pública
Chefe da delegação

IVORY COAST
COTE D'IVOIRE
COSTA DO MARFIM

Prof. Mady Alphonse Djedje
Ministre de la Santé publique et de la Population
Chef de délégation

Dr Félix Gnapé Serie
Inspecteur général de la Santé
Ministère de la Santé publique et de la Population

Dr Ibrahim Kone
Directeur de l'Institut d'Hygiene

KENYA
QUÊNIA

Hon. Ochola Ogaye Mak'Anyengo
Assistant Minister of Health
Head of delegation

Prof. Hillary Peter Ojiambo
Faculty of Medicine
University of Nairobi

Mr Joseph B. O. Omondi
Deputy Secretary

Mrs Rosalind E. Waithaka
Nursing Officer
Ministry of Health

Annex/Annexe/Anexo 10

LESOTHO
LESOTO

Mr Victor Teboho Ndobe
Permanent Secretary for Health
Head of delegation

Dr (Mrs) Arabang Potlako Maruping
Director of Health Services

Mrs Nthuntsi Tabitha Borotho
Senior Chief Planning Officer
Ministry of Health

LIBERIA
LIBÉRIA

MADAGASCAR
MADAGÁSCAR

Dr J. J. Seraphin
Ministre de la Santé
Chef de délégation

Dr S. Rakotomanga
Chef du Service de la Formation et
du Perfectionnement du Personnel
Ministère de la Santé

MALAWI
MALAUI

Hon. D. S. Katopola
Minister of Health
Head of Delegation

Dr G. W. Lungu
Deputy Chief Medical Officer
Ministry of Health

Annex/Annexe/Anexo 10

Mrs N. M. Mbvundula
Deputy Chief Nursing Officer
Ministry of Health

Mr J. M. Nazombe
Principal Administrative Officer
Ministry of Health

MALI

Dr N'Golo Traore
Ministre de la Santé publique
Chef de délégation

M. Youssouf Sangare
Conseiller technique
Ministère de la Santé publique

Dr (Mme) Liliane F. Barry
Médecin-Chef de la Division Santé familiale

M. Ibrahim Camara
Chef de la Division salubrité de l'Environnement
Direction nationale de l'Hygiène publique et Assainissement

MAURITANIA
MAURITANIE
MAURITÂNIA

Commandant Ould Deh Mohamed Mahmoud
Ministère de la Santé
Chef de délégation

Dr Mohamed Lamine Ba
Directeur de la Santé publique
Direction de la Santé publique

MAURITIUS
MAURICE
ILHA MAURÍCIA

Dr J. C. Mohith
Chief Medical Officer
Head of delegation

Annex/Annexe/Anexo 10

MOZAMBIQUE
MOCAMBIQUE
MOÇAMBIQUE

Dr Fernando Everard Do Rosário Vaz
Vice-Ministro da Saúde
Chefe da delegação

Dr Abdul Noormahomed
Director do Departamento de Planificação
Ministério da Saúde

Sr P. L. de Sousa Botelho
Ministério da Saúde
Chefe Nacional da Secção de Saúde dos Trabalhadores

NAMIBIA
NAMIBIE
NAMÍBIA

Dr Iyambo Indongo
SWAPO Secretary for Health and Social Welfare

NIGER
NÍGER

Dr Abdou Moudi
Ministre de la Santé
Chef de délégation

Dr Alfa Ibrahim Cisse
Directeur de l'Hygiène et de la Médecine mobile

Annex/Annexe/Anexo 10

NIGERIA

NIGÉRIA

Hon. Commodore Patrick S. Koshoni
Minister of Health
Head of delegation

Dr A. B. Sulaiman
Director, National Health Planning and Research
Federal Ministry of Health
Federal Secretariat Phase II

Mr B. I. Olinmah
Principal Secretary
Federal Ministry of Health,
State and External Relations Division
Federal Secretariat Phase II

Dr Udo Moses Williams
Chargé d'Affaires
Embassy of Nigeria

RWANDA
RUANDA

Dr François Xavier Hakizimana
Secrétaire général
Ministère de la Santé publique et
des Affaires sociales
Chef de délégation

Dr Telesphore Iraguha
Directeur général des Services généraux
Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales

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

Dr Frederico Sequeira
Ministro da Saúde e Desporto
Chefe da delegação

Dr A. Soares Marques Lima
Director de Assistência Médica

Annex/Annexe/Anexo 10

SENEGAL

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

Prof. Doudou Ba
Directeur de la recherche, de la planification et de la formation
Ministère de la Santé publique

SEYCHELLES
ILHAS SEYCHELLES

Mrs Marie Pierre Loyd
Principal Secretary Health
Ministry of Health

Mrs D. Patricia Revera
Senior Assistant Secretary

SIERRA LEONE
SERRA LEOA

Hon. Dr Fasuluku Suku-Tamba
Minister of Health
Head of delegation

Mr A. R. Konte
Permanent Secretary
Ministry of Health

Dr Septimus W. George
Acting Deputy Chief Medical Officer
Ministry of Health

Annex/Annexe/Anexo 10SWAZILAND
SOUAZILAND
SUAZILANDIA

Hon. H. R. H. Prince Phiwokwakwe Dlamini
Minister of Health
Head of delegation

Dr R. T. Thsabalala
Acting Deputy Director of Health Services
Ministry of Health

Mr H. B. Malaza
Under Secretary
Ministry of Health

TOGO

Dr Togma Bakélé Barandao
Directeur général adjoint de la Santé publique
Direction générale de la Santé
Chef de délégation

Dr Siamevi Komlan
Médecin-Chef du Service national de l'Education pour la Santé
Coordonnateur de la Recherche sur la Pharmacopée

UGANDA
OUGANDA

Dr E. R. Nkwasiwe
Minister of Health
Head of delegation

Dr J. H. Kyabaggu
Assistant Director of Medical Services
Ministry of Health

Dr I. S. Okware
Assistant Director Medical Services
Ministry of Health

Annex/Annexe/Anexo 10TANZANIA
TANZANIE
TANZANIA

Hon. M. Makame Abdullah
Minister of Health (Zanzibar)
Head of delegation

Mr Ali M. Shoka
Deputy Minister (Zanzibar)
Ministry of Health

Dr A. Y. Mgeni
Director, Preventive Health Division
Ministry of Health (Tanzania)

Dr U. Mwita Kisumku
Director, Preventive Health Services (Zanzibar)
Ministry of Health

ZAIRE

Dr Mubiay Tshibassu
Commissaire d'Etat à la Santé publique
Chef de délégation

Dr Kalisa Ruti
Conseiller principal à la Santé

Dr Kabamba Nkamany
Médecin-Directeur CEPLANUT

ZAMBIA
ZAMBIE
ZAMBIA

Hon. P. R. Chanshi
Minister of State for Health
Head of delegation

Mr M. V. Siwale
Permanent Secretary
Ministry of Health

Dr G. K. Bolla
Assistant Director of Medical Services
Ministry of Health

Annex/Annexe/Anexo 10

Mrs R. Banda
Assistant Chief Nursing Officer
Ministry of Health

ZIMBABWE
ZIMBABUE

Dr E. M. Pswarayi
Deputy Minister of Health
Head of delegation

Dr D. G. Makuto
Deputy Secretary for Health
Ministry of Health

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

African National Congress (ANC)
Congrès national Africain
Congresso Nacional Africano

Dr Manto Tshabalala
Deputy Secretary for Health
P.O. Box 2239
Dar es Salaam
United Republic of Tanzania

Pan-Africanist Congress of Azania (PAC)
Congrès Panafricain d'Azanie
Congresso Pan-Africano da Azânia (PAC)

Mr Vusumzi Nomadolo
PAC Chief Representative
P.O. Box 2412
Dar es Salaam Guinea
United Republic of Tanzania

Annex/Annexe/Anexo 10

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

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

M. Michael Askwith
Représentant Résident a.i.
B.P. 465
Brazzaville
Congo

Mme Sheela Embounou
UNFPA Programme Officer
B.P. 465
Brazzaville
Congo

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

M. Rufin Gilbert Loubaki
Chargé des Programmes
B.P. 13 076
Brazzaville
Congo

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

M. Gabriel Mankedi
Directeur du Service Météorologique
B.P. 208
Brazzaville
Congo

Annex/Annexe/Anexo 10

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

M. J. F. Aguirre
 Représentant
 B.P. 2110
Brazzaville
 Congo

Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO)
Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura

Dr E. O Idusogie
 Regional Food Policy and Nutrition Officer
 P.O. Box 1628
Accra
 Ghana

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

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

Prof Couaovi A. Johnson
 Secrétaire Exécutif Adjoint de la CSTR/OUA
 PMB 2359
Lagos
 Nigeria

African and Malagasy Council on Higher Education
Conseil africain et malgache pour l'Enseignement supérieur (CAMES)
Conselho Africano e Malgaxe para o Ensino Superior (CAMES)

Prof. K. K. E. Nathaniels
 Secrétaire général
 B.P. 134
Ouagadougou
 Burkina Faso

Annex/Annexe/Anexo 10

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

Dr J. E. Akinochi
Secrétaire général adjoint
B.P. 153
Bobo-Dioulasso
Burkina Faso

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

Dr D. Kouka-Bemba
Secrétaire général
B.P. 288
Yaoundé
Cameroun

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

Citoyen Bayo Mtumwa
Chef de la Division sociale
B.P. 58
Gisenyi
Rwanda

Annex/Annexe/Anexo 10

Central African Customs and Economic Union
Union Douanière des Etats de l'Afrique Centrale (UDEAC)
União Aduaneira e económica dos Estados da África Central

Dr René Grengbo Sanzia-Sazin
Expert principal
B.P. 1004
Bangui
République Centrafricaine

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

World Federation for Medical Education
Fédération mondiale pour l'Enseignement médical
Federação Mundial de Educação Médica

Prof. T. A. I. Grillo
President
Association of Medical Schools in Africa (AMSA)
Faculty of Health Sciences
University of Ile-Ife
Ile-Ife
Nigeria

International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations (IFPMA)
Fédération Internationale de l'Industrie du Médicament (FIIM)
Federação Internacional da Indústria Farmacêutica

Mr C. M. Pintaud
Leimenstrasse 6
4051 Bale
Suisse

Annex/Annexe/Anexo 10

International Centre of Socioal Gerontology (CIGGS)
Centre international de Gérontologie Sociale (CIGS)
Centro Internacional de Gerontologia Social

M. Joseph Flesh
Président
91 rue Mouffroy
75 017 Paris
France

Prof. Georges Lambert
Conseiller médical
32 rue Mederic
75 017 Paris
France

International Federation of Gynaecology and Obstetrics (IFGO)
Fédération internationale de Gynécologie et Obstétrique (FIGO)
Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

Dr Auguste Malik Sangaret
Professeur de Gynécologie et d'Obstétrique
Faculté de Médecine
B.P.V.166
Abidjan
Côte d'Ivoire

World Veterinary Association (WVA)
Association mondiale Vétérinaire
Associação Veterinária Mundial

M. Daniel Kiafouka
Chef de Service de Parasitologie
B.P. 235
Brazzaville
Congo

Annex/Annexe/Anexo 10

World Veterans Federation
Fédération mondiale des Anciens Combattants (FMAC)
Federação Mundial dos Antigos Combatentes

Capitaine Jean Maurice Bouala
 Directeur de l'Office national des
 Anciens Combattants et Victimes de Guerre
 B.P. 30
Brazzaville
 Congo

Colonel David Mbemba
 Médecin-Chef de l'Hôpital militaire de Brazzaville
 Direction de l'Office national des Anciens Combattants
 et Victimes de Guerre
Brazzaville
 Congo

International Planned Parenthood Federation (IPPF)
Fédération Internationale pour la planification familiale
Federação internacional para o Planeamento Familiar (FIPF)

M. Ayi Ajavon
 Représentant régional
 B.P. 1278
Brazzaville
 Congo

6. OBSERVERS
 OBSERVATEURS
 OBSERVADORES

International Agency for the Prevention of Blindness
Agence internationale pour la prévention de la Cécité
Agência Internacional para a Prevenção da Cegueira

Dr Randolph Whitfield
 Ophthalmic Representative for Africa
 P.O. Box 1323
Nyeri
 Kenya

Annex/Annexe/Anexo 10

Christian Medical Council (CMC)
Commission médicale chrétienne (CMC)
Conselho Médico Cristão (CMC)

Dr Belewete-Fulakambu
Représentant
Département médical Kimbanguiste
Boîte postale 7069
Kinshasa 1
Zaire

Free University of Brussels
Université Libre de Bruxelles (ULB)
Universidade Livre de Bruxelas

M. J. Orenbuch
Directeur du Centre d'Etudes des Changements sociaux
Communauté française de Belgique
44 Avenue Jeanne
B. 1050 Bruxelles
Belgique

Office for Overseas Scientific and Technical Research
Office de la Recherche Scientifique et Technique d'Outre-Mer (ORSTOM)
Instituto Ultramarino de Investigação Científica e Técnica

M. J. Lancien
Représentant
B.P. 181
Brazzaville
Congo

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

Prof. P. O. Fasan
Executive Director
P.M.B. 2023
Yaba, Lagos
Nigeria

ANNEXE 11

LISTE DES DOCUMENTS

- AFR/RC34/1 Rév. 1 - Séance solennelle d'ouverture de la trente-quatrième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique.
- AFR/RC34/2 - Projet de Budget Programme 1986-1987
- AFR/RC34/3 - Activités de l'OMS en 1983
- AFR/RC34/4 - Evaluation de l'expérience africaine d'utilisation des nationaux comme Coordonnateurs des Programmes OMS
- AFR/RC34/5 - Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif
- AFR/RC34/6 - Incidences régionales des ordres du jour de la soixante-quinzième session du Conseil exécutif et de la Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé
- AFR/RC34/7 - Rapport du Sous-Comité du Programme
- AFR/RC34/8 - Rapport sur la participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique
- AFR/RC34/9 - Visites des responsables des Etats Membres dans d'autres pays de la Région
- AFR/RC34/10 - Coopération technique entre pays en développement
- AFR/RC34/11 - Ordre du jour provisoire
- AFR/RC34/12 - Mise en oeuvre de la stratégie régionale pour l'utilisation optimale des ressources de l'OMS comme soutien direct aux Etats Membres
- AFR/RC34/13 - Rapport des discussions techniques
- AFR/RC34/14 - Désignation du Président et du Président suppléant des discussions techniques pour 1985
- AFR/RC34/15 - Choix du sujet des discussions techniques pour 1986

Annexe 11

- AFR/RC34/16 - Dates et lieux des trente-cinquième et trente-sixième sessions du Comité régional pour 1985 et 1986
- AFR/RC34/17 - Rapport du Comité régional
- AFR/RC34/18 - Femmes et développement sanitaire
- AFR/RC34/19 - Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé
- AFR/RC34/20 - La collaboration avec les organisations non gouvernementales à la mise en oeuvre de la stratégie mondiale de la santé pour tous
- AFR/RC34/21 - Liste provisoire des participants
- AFR/RC34/22 - Programme de travail provisoire du Sous-Comité du Programme
- AFR/RC34/23 - Sous-Comité du Programme : liste des participants
- AFR/RC34/24 - Sous-Comité du Programme - Réunion du 19 septembre 1984 : programme de travail provisoire
- AFR/RC34/25 - Sous-Comité du Programme - Réunion du 19 septembre 1984 : participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique 1984-1985
- AFR/RC34/26 - Répartition par pays des fonctions exercées au cours des Comités régionaux précédents
- AFR/RC34/TD/1 - Place des facteurs culturels et socio-économiques en vue de la réorientation des systèmes de santé pour atteindre l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000
- AFR/RC34/TD/2 - Guide pour les discussions techniques
- AFR/RC34/TD/INF/01 - Discussions techniques : Annonce
- AFR/RC34/Conf.Doc/1 - Allocution prononcée par le Docteur Ebrahim Malick Samba, Représentant personnel du Directeur général de l'OMS
- AFR/RC34/Conf.Doc/2 - Allocution prononcée par Son Excellence le Ministre de la Santé et des Affaires sociales de la République populaire du Congo

Annexe 11

- AFR/RC34/Conf.Doc/3 - Oraison funèbre prononcée par le Professeur Christophe Bouramoué, Ministre de la Santé et des Affaires sociales de la République populaire du Congo, à l'occasion de la cérémonie d'hommage officiel et solennel du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique au Docteur Comlan Alfred Auguste Quenum, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique
- AFR/RC34/Conf.Doc/4 - Oraison funèbre prononcée par le Dr Luis Gomes Sambo, Vice-Ministre de la Santé de la République populaire d'Angola, à l'occasion de la cérémonie d'hommage officiel et solennel du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique au Dr Comlan Alfred Auguste Quenum, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique
- AFR/RC34/Conf.Doc/5 - Oraison funèbre prononcée par le Dr Ezrah Rushundahaire Nkwasiwe, Ministre de la Santé de l'Ouganda, à l'occasion de la cérémonie d'hommage officiel et solennel du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique au Dr Comlan Alfred Auguste Quenum, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique
- AFR/RC34/Conf.Doc/6 - Oraison funèbre prononcée par Monsieur Mamadou Diop, Ministre de la Santé publique du Sénégal, à l'occasion de la cérémonie d'hommage officiel et solennel du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique au Dr Comlan Alfred Auguste Quenum, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique
- AFR/RC34/Conf.Doc/7 - Allocution du Dr Halfdan Mahler, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, lors de la cérémonie à la mémoire du Docteur Comlan Alfred Auguste Quenum, organisée pendant la trente-quatrième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique
- AFR/RC34/Conf.Doc/8 - Allocution du Docteur Halfdan Mahler, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé
- AFR/RC34/WP/1 - Rapport du Sous-Comité de Désignations
- AFR/RC34/SSC/1 - Pouvoirs
- AFR/RC34/SSC/2 - Rapport final du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs

Trente-cinquième session
Lusaka, septembre 1985

ORDRE DU JOUR PROVISOIRE

(établi le 02 juillet 1984)

1. Ouverture de la trente-cinquième session (document AFR/RC35/1)
2. Adoption de l'ordre du jour provisoire (document AFR/RC35/11)
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/RC35/3)
 - 6.2 Développement et coordination de la recherche biomédicale et sur les services de santé (document AFR/RC35/4)
7. Corrélations 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/RC35/5)
 - 7.2 Incidences régionales des ordres du jour de la soixante-dix-septième session du Conseil exécutif et de la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC35/6)
 - 7.3 Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC35/18)
 - 7.4 Discussions techniques à la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé (1986) : "Promotion de la coopération intersectorielle et de la participation communautaire, y compris l'alphabétisation, dans les stratégies nationales de la santé pour tous" (document AFR/RC35/19).
8. Examen du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC35/7)

Annexe 12

- 8.1 Rapport régional d'évaluation de la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous en l'an 2000 (document AFR/RC35/12)
- 8.2 Rapport sur la participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique (document AFR/RC35/8)
- 8.3 Evaluation des visites des responsables des Etats Membres dans d'autres pays de la Région (document AFR/RC35/9)
- 8.4 Rapport du Comité permanent sur la Coopération technique entre Pays en Développement (document AFR/RC35/10)
9. Discussions techniques
 - 9.1 Présentation du rapport des discussions techniques : "Recherche sur les services de santé : instrument de promotion et de développement des soins de santé primaires" (document AFR/RC35/13)
 - 9.2 Désignation du Président et du Président suppléant des discussions techniques pour 1986 (document AFR/RC35/14)
 - 9.3 Choix du sujet des discussions techniques pour 1987 (document AFR/RC35/15)
10. Dates et lieux des trente-sixième et trente-septième sessions du Comité régional pour 1986 et 1987 (document AFR/RC35/16)
11. Adoption du rapport du Comité régional (document AFR/RC35/17)
12. Clôture de la trente-cinquième session.

(AFR/RC34/7)

ANNEXE 13

RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME

INTRODUCTION

1. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni à Brazzaville les 10 et 11 septembre 1984 sous la présidence du Dr T. R. Tshabalala (Souaziland), Président élu lors de la réunion du Sous-Comité du Programme du 21 septembre 1983 à Brazzaville. La liste des participants figure en Appendice 1.
2. Dans son allocution d'ouverture, le Président, après avoir souhaité la bienvenue aux participants, a invité la réunion à observer une minute de silence à la mémoire du Dr Comlan A. A. Quenum, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, décédé brutalement le 15 août 1984.
3. Les membres du Sous-Comité sont invités à étudier avec minutie 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 d'ici l'an 2000. Ainsi, le Projet de Budget Programme 1986-1987 couvre le deuxième biennium du Septième Programme général de Travail (PGT.7) pour une période déterminée (1984-1989). La stratégie régionale pour l'utilisation optimale des ressources de l'OMS pour fournir un appui direct aux Etats Membres doit permettre la mise en place du nouveau mécanisme gestionnaire. La participation des membres du Sous-Comité du Programme à la Réunion régionale pour le Programme (RPM) contribue à l'élaboration concertée du Budget Programme biennal de l'OMS. Les visites des responsables des Etats Membres dans différents pays de la Région assurent les échanges d'expérience en matière de soins de santé primaires. Enfin, la coopération entre pays en développement contribue à la mobilisation des ressources humaines et matérielles nécessaires à la mise en oeuvre de la stratégie.
4. Le programme de travail adopté par le Sous-Comité du Programme figure en Appendice 2.

Annexe 13

EXAMEN DETAILLE DU PROJET DE BUDGET-PROGRAMME 1986-1987

5. Monsieur M. Kassaye, Directeur, Programme de Soutien, présente le document AFR/RC34/2 "Projet de Budget Programme 1986-1987" au nom du Directeur régional. C'est un projet de budget programme qui s'inscrit dans le prolongement de celui de 1984-1985. Les énoncés du programme ont été restructurés pour mieux montrer la façon dont les activités projetées pour 1986-1987 s'inscrivent dans le cadre du Septième Programme général de Travail. En outre, tous les énoncés de programme se réfèrent clairement aux incidences budgétaires du programme proposé. Ces changements font apparaître plus clairement tous les aspects du projet de budget-programme pour 1986-1987.

6. L'ensemble de l'allocation régionale montre une augmentation de 7,3 % par rapport à 1984-1985, ce qui porte le budget ordinaire de 1986-1987 à US \$100 736 100. Cependant, ce chiffre reste provisoire jusqu'à la mise en forme finale des propositions budgétaires de l'ensemble de l'Organisation.

7. Le niveau du budget-programme prend en compte les composantes de la stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000, mais aussi et surtout les contraintes budgétaires. En effet, à la lumière des discussions de la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, une croissance réelle zéro a été imposée au niveau régional et aux activités interpays. Cependant, une augmentation réelle de 4 % par rapport à 1984-1985 a été proposée pour les seules activités au niveau des pays. Cette augmentation est répartie entre les pays selon le modèle mathématique approuvé par le Comité régional (résolution AFR/RC29/R4).

8. Les allocations pour chacun des pays ne sont que des chiffres provisoires qui peuvent être révisés quand les propositions budgétaires pour l'ensemble de l'Organisation seront arrêtées.

9. Le budget de l'Algérie, nouvel Etat Membre de la Région africaine, n'est pas incorporé au document, cependant, il figurera dans le Budget-Programme mondial de l'OMS pour 1986-1987.

Annexe 13

10. Les crédits qui figurent sur le poste "Autres Sources" sont ceux pour lesquels le financement était soit assuré, soit prévu au moment où ce document a été préparé. En général, une diminution des crédits au titre de ce poste est due au fait que les différents organismes de financement sont assujettis à des cycles de programmation et de budgétisation différents et que, par conséquent, des fonds complémentaires seront probablement disponibles à une date plus proche du début de la période biennale 1986-1987.

Analyse du Programme régional

11. La présentation du Projet de Budget Programme 1986-1987 met l'accent sur les activités dans les pays ainsi que la nature et la portée de l'engagement de l'OMS et l'utilisation des ressources par rapport aux objectifs et buts des programmes nationaux de santé. Sur la base de la revue et de l'analyse des exposés de pays, les descriptifs des programmes régionaux ont été élaborés.

12. L'examen détaillé des tableaux résumant l'analyse par programme met en évidence une caractéristique essentielle, à savoir la diminution importante du budget des programmes interpays (16,8 %). La proportion du budget des pays représente 56,3 % de l'ensemble du budget 1986-1987 alors qu'elle était de 51,4 % en 1984-1985.

13. La diminution progressive de l'allocation interpays du budget ordinaire répond aux directives clairement exprimées par les Organes directeurs.

14. La répartition du budget selon les quatre piliers du Septième Programme général de Travail (PGT.7) montre que celui du pilier B "Infrastructure des Systèmes de Santé" représente près de la moitié de l'ensemble du budget (46,9 %). Dans ce pilier, le Programme 5 "Personnels de Santé" représente plus de 1/5 de l'ensemble du budget.

15. L'analyse des programmes les plus souvent retenus par les pays montre l'importance que ces derniers leur attachent.

16. Les critères d'utilisation des fonds du Programme du Directeur régional pour le Développement méritent d'être précisés afin que le Comité régional puisse connaître exactement si les fonds sont utilisés à bon escient.

Annexe 13

17. Le processus gestionnaire pour le développement sanitaire national est retenu par l'ensemble des pays. Les Coordonnateurs des Programmes de l'OMS sont inclus sous ce programme afin d'introduire un processus de gestion unifié en liaison avec celui des pays. Les pays, convaincus de la nécessité de rationaliser les processus gestionnaires, ont adopté lors de la trente-troisième session du Comité régional, la résolution AFR/RC33/R4 qui prie le Directeur régional de fournir aux Etats Membres un appui accru pour mieux gérer les ressources mises à leur disposition.

18. Pour la quasi-totalité des pays (43), la formation des personnels de l'équipe de santé constitue une priorité, un élément-clé de la réussite de l'approche intégrée du développement sanitaire. Avec l'appui de l'OMS, les Etats Membres ont décidé de renforcer la planification et la gestion des ressources, de façon à répondre aux besoins des collectivités, en fournissant des prestations sanitaires basées sur les soins de santé primaires (SSP).

19. La collaboration de l'OMS dans l'organisation des systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires est attendue par tous les pays de la Région. Les options politiques prises antérieurement commencent à se traduire en activités pratiques, comme en témoigne l'affectation rationnelle des ressources.

20. L'approvisionnement public en eau et assainissement demeure une préoccupation essentielle pour 39 pays qui, répondant à la résolution AFR/RC31/R14, ont mis en oeuvre des programmes et projets d'approvisionnement en eau et assainissement. L'OMS poursuivra sa collaboration avec tous les pays pour atteindre les objectifs de la Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement (DIEPA).

21. La plupart des Etats Membres ont redoublé d'effort pour développer le programme de vaccination. L'appui de l'OMS est souhaité par 36 pays qui souhaitent étendre la couverture vaccinale contre les six maladies cibles et aboutir ainsi à une réduction de la morbidité et de la mortalité dues à ces maladies.

Annexe 13

22. Plus de la moitié des pays de la Région (25) ont marqué leur intérêt pour le programme de Santé maternelle et infantile, planification familiale comprise. Ils ont intégré les secteurs prioritaires d'action et d'intervention dans le cadre des soins de santé primaires (SSP) pour lutter contre les causes majeures de morbidité et de mortalité infantiles et maternelles, à savoir les maladies transmissibles, la malnutrition et les grossesses rapprochées. Le rôle de l'OMS pour le support technique et la coordination des activités de santé de la famille a encore été souligné, notamment par les résolutions AFR/RC31/R6 et AFR/RC32/R7 concernant l'allaitement maternelle et les aliments de sevrage.

23. L'importance de la nutrition pour le développement socio-économique a été prise en considération par les gouvernements des pays de la Région et 17 d'entre eux souhaitent la collaboration de l'OMS pour lutter contre la malnutrition dans ses formes de sous-nutrition et de carences spécifiques, qui reste un problème de santé publique.

24. Pour répondre aux résolutions AFR/RC29/R10 et AFR/RC31/R4, les Etats Membres ont été amenés à développer l'information du public et l'éducation pour la santé en tant que partie intégrante de leur système de santé. Ainsi, la moitié des pays ont prévu la coopération technique et financière de l'OMS pour mettre en oeuvre ce programme.

25. La lutte contre le paludisme reste une des préoccupations majeures des responsables nationaux et de la communauté internationale. Pour répondre à la résolution AFR/RC31/R11 qui concerne la Stratégie régionale de lutte antipaludique, plus de la moitié des pays de la Région (23), ont prévu des crédits sur leur budget ordinaire afin de mettre en oeuvre, en collaboration avec l'OMS, ce programme et réduire ainsi la transmission et la prévalence de cette maladie.

26. Les médicaments et vaccins essentiels constituent une autre préoccupation majeure des pays de la Région. Ce programme vise, entre autres, à mieux formuler les politiques nationales en matière de médicaments, à améliorer les procédures d'acquisition, la production locale de médicaments et vaccins. Plus du quart des pays ont prévu un appui technique et financier de l'OMS sous leur budget ordinaire.

Annexe 13

27. Parmi les autres programmes, l'appréciation de la situation sanitaire et de ses tendances est considérée par les Etats Membres comme indispensable pour la surveillance continue et l'évaluation de leur stratégie. Il est urgent de renforcer les mécanismes nationaux qui permettent de définir et d'utiliser les indicateurs socio-sanitaires qui constituent un appui indispensable au processus gestionnaire pour le développement sanitaire national. Les trois-quart des pays ont retenu ce programme, pour évaluer en 1986-1987 l'efficacité et l'impact de leur stratégie nationale.

28. L'amélioration des conditions de Santé des travailleurs a fait l'objet des résolutions AFR/RC29/R12 et WHA33.31, qui ont demandé aux Etats Membres d'accorder une attention particulière à la prestation des soins de santé en faveur des populations laborieuses. Pour répondre à ces résolutions, plus du quart des pays de la Région ont inscrit la coopération technique et financière de l'OMS à leur budget.

29. La promotion et le développement de la recherche s'intensifient dans la Région. Les résolutions AFR/RC30/R5 et AFR/RC31/R1 ont amené 17 pays à inscrire des activités sur le budget ordinaire afin de promouvoir et élaborer une politique de recherche en matière de santé.

30. Les Etats Membres ont choisi, en fonction de leurs priorités, les programmes de collaboration avec l'OMS. C'est ainsi que 15 programmes ont été retenus par quatre pays au moins.

31. Quatre programmes n'ont été retenus que par un seul pays : i) législation sanitaire (programme 3.4); ii) recherche en reproduction humaine (programme 9.2); iii) maladies cardio-vasculaires (programme 13.16); iv) autres maladies non-transmissibles (programme 13.17).

32. Trois autres programmes n'ont retenu l'attention d'aucun pays : i) prévention des accidents (programme 8.3); ii) santé des personnes âgées (programme 9.4); iii) infections aiguës des voies respiratoires (programme 13.7).

Annexe 13

33. L'analyse des programmes retenus par les pays, en terme d'allocation de ressources, montre que cinq programmes absorbent plus de 3/4 de l'ensemble de l'enveloppe pays. Ce sont :

- i) Personnels de santé (programme 5) : 27,94 %.
- ii) Processus gestionnaire pour le développement sanitaire national (programme 3.2) : 19,70 %.
- iii) Organisation de systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires (programme 4) : 14,60 %.
- iv) Approvisionnement public en Eau et Assainissement (programme 11.1) : 8,33 %.
- v) Vaccination (programme 13.1) : 5,49 %

34. Des mesures d'économie rigoureuses ont été introduites dans les programmes interpays (ICP); les critères relatifs à ces activités sont rappelés et seront strictement appliqués afin que le contenu de ces programmes y réponde.

35. L'analyse du budget de ces programmes montre que sur 38 programmes interpays (ICP), trois seulement sont en augmentation : deux concernant la lutte contre les maladies, 13.3 "Paludisme" et 13.13 "Autres maladies transmissibles". Les 9/10 des programmes ont des crédits en diminution, variant de 2,3 à plus de 75 %.

36. Le chiffre indicatif de planification par pays a été établi uniquement dans le but d'élaborer les propositions préliminaires au budget, et ne représente en aucun cas les fonds appartenant aux gouvernements. En effet, le Directeur régional a, pour le Directeur général, la responsabilité comptable du programme et du budget devant les Organes directeurs. Dans l'esprit de la Constitution et de la résolution WHA33.17, ni le Directeur général, ni le Directeur régional, ne peuvent éviter de fournir un appui préférentiel aux pays qui utilisent effectivement les ressources de l'OMS pour développer leur système de santé, conformément aux politiques et stratégies décidées collectivement.

Annexe 13

37. La planification détaillée qui doit intervenir le plus près possible de la mise en oeuvre du budget-programme, et avant le 31 octobre 1985, permet à un pays d'allouer des crédits à des programmes reconnus comme prioritaires après l'élaboration du projet de budget-programme.

Incidences budgétaires et financières

38. Les incidences budgétaires et financières du programme régional ont été étudiées tout au long de l'analyse du programme régional et des programmes de collaboration avec les pays. Les tableaux de la page xxxii donne une ventilation des augmentations et diminutions totales réelles des dépenses par programme. Le Projet de Budget Programme pour l'Afrique pour la période 1986-1987 accuse une augmentation réelle de 4 % appliquée exclusivement aux activités menées au niveau des pays, conformément aux directives des Organes directeurs, alors qu'il présente une diminution réelle de 4,13 %.

39. Le Sous-Comité du Programme propose au Comité régional l'adoption d'un projet de résolution.

Annexe 13

MISE EN OEUVRE DE LA STRATEGIE REGIONALE POUR L'UTILISATION OPTIMALE DES RESSOURCES DE L'OMS POUR FOURNIR UN APPUI DIRECT AUX ETATS MEMBRES

40. Le document AFR/RC34/12 est présenté par le Dr J. C. Alary.

41. Le Conseil exécutif, en janvier 1982 (résolution EB69.R10), a prié le Directeur général de "renforcer davantage la coopération technique de l'OMS" et "d'examiner en permanence le soutien fourni par le Secrétariat aux Etats Membres...".

42. Il est apparu nécessaire d'étudier les moyens d'assurer l'utilisation optimale des ressources de l'OMS dans les pays, comme l'a rappelé le Directeur général en septembre 1983 à Brazzaville, lors de la trente-troisième session du Comité régional.

43. De larges débats ont été organisés dans les pays afin de dégager les avis des autorités nationales sur les nouveaux mécanismes gestionnaires proposés par le Secrétariat de l'OMS, notamment en ce qui concerne : i) les responsabilités incombant respectivement aux gouvernements et à l'OMS; ii) le rôle des Coordonnateurs des Programmes OMS, et iii) le rôle du Bureau régional.

44. La synthèse des avis rapportés par les Coordonnateurs des Programmes OMS de 25 pays concernant le document DGO/83.1 a été examinée par la Septième Réunion régionale pour le Programme en novembre 1983, à laquelle d'ailleurs le bureau du Sous-Comité du Programme a participé.

45. Concernant les responsabilités des gouvernements et de l'OMS, tous les pays sont d'accord pour être responsables, selon ces nouveaux mécanismes, de la gestion de divers programmes, services et organismes sanitaires nationaux auxquels l'OMS apporte son soutien et sa participation.

46. Les accords conclus entre l'OMS et les Etats Membres doivent fixer les relations de travail entre les deux parties, le gouvernement étant responsable, au premier chef, de l'utilisation des ressources de l'OMS pour l'exécution des programmes nationaux conformes aux politiques de l'Organisation.

Annexe 13

47. Pour ce qui est du rôle des Coordonnateurs, leurs quatre fonctions nécessitent une compétence assortie d'une confiance et d'un appui constant, tant du gouvernement que de l'OMS.

48. La participation financière directe nécessite une explication approfondie. Par "participation financière directe", on entend l'apport par l'OMS de ressources à des programmes nationaux déterminés afin d'aider le gouvernement à atteindre des objectifs, buts et résultats déterminés dans le domaine de la santé. Il peut s'agir, par exemple, de l'octroi de fonds destinés soit à faciliter le fonctionnement d'organismes publics, soit à permettre aux gouvernements d'entreprendre des études sur les politiques et ressources sanitaires, soit de mettre en oeuvre un ensemble important d'activités visant à améliorer le système national de santé ou certains de ses éléments. En cas de "participation financière directe", l'OMS et le gouvernement demeurent fondamentalement co-intéressés à l'avancement et à la bonne exécution des activités convenues, le gouvernement assumant la responsabilité de la planification et de la gestion des activités du programme, de la surveillance permanente et de l'évaluation de l'exécution du programme, ainsi que du contrôle budgétaire des ressources fournies par l'OMS et de la justification de l'usage fait de ces ressources. En conséquence, le gouvernement met à la disposition de l'OMS les rapports concernant: i) les décisions de programmation-budgétisation, et ii) l'exécution du programme et les dépenses financières y afférentes.

49. Les fonds libérés par le Bureau régional de l'OMS versés à l'instance gouvernementale officiellement désignée (et non pas à des individus) font l'objet de contrôles comptables répondant aux normes tant nationales qu'internationales de responsabilité en matière d'utilisation des ressources apportant une preuve sérieuse d'utilisation aux fins prévues. Si les mécanismes gestionnaires bancaires et financiers ne permettent pas à un Etat Membre d'utiliser ces nouveaux mécanismes, cet Etat Membre pourra continuer à se servir de ceux actuellement en cours à l'OMS.

50. Pour remplir ce rôle, le Directeur régional a mis en place "le bureau de pays". Ce bureau de pays n'est pas une instance structurelle ou bureaucratique venant s'interposer entre le pays et le Bureau régional. Il s'agit d'un mécanisme de réponse active comprenant un point focal désigné et une équipe d'appui multidisciplinaire flexible.

Annexe 13

51. Un fonctionnaire régional est désigné comme point focal de bureau de pays, au sein des trois équipes multidisciplinaires sous-régionales de coopération technique entre pays en développement (CTPD) déterminées par le Comité régional lors de sa vingt-huitième session (résolution AFR/RC28/R14). Ainsi, chaque fonctionnaire régional est responsable techniquement du développement d'un ou plusieurs programmes pour l'ensemble de la Région mais aussi responsable administrativement, en tant que point focal de bureau de pays, du développement de l'ensemble des programmes de coopération OMS pour un ou deux pays.

52. Le plan d'action régional indique que le Directeur régional a entrepris une étude-pilote sur ces nouveaux mécanismes de gestion dans sept pays de la Région choisis selon les critères suivants : i) le budget ordinaire du pays non entièrement utilisé durant les bienniums 1980-1981 et 1982-1983; ii) l'intérêt manifesté pour renforcer le processus gestionnaire; iii) la réorganisation en cours du système de santé, et iv) l'étude entreprise pour l'utilisation des ressources par le pays.

53. Le plan d'action rappelle les objectifs régionaux, les approches qui consistent en : i) information-orientation des gouvernements et du personnel de l'OMS; ii) formation conjointe des nationaux, des Coordonnateurs et des personnels de l'OMS, et iii) coopération technique et soutien logistique directs du Bureau régional.

54. Le plan d'action indique en outre les ressources en personnel et le budget disponible; il mentionne ce que doivent faire les Etats Membres, le Coordonnateur et le Bureau régional, avec les indicateurs de sortie nécessaires à la surveillance continue et à l'évaluation. Il propose enfin un calendrier pour la mise en oeuvre des activités correspondant aux approches régionales.

55. Le Sous-Comité a examiné ces documents et considère que les mesures indiquées dans le plan d'action régional doivent permettre de traduire effectivement dans les faits ce plan d'action

Annexe 13

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

56. Le rapport sur la participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique (document AFR/RC34/8) est présenté par le Dr S. Diop. La participation des Membres du Sous-Comité du Programme à ces réunions a fait l'objet de la Décision de procédure 8 de la trentième session du Comité régional de l'Afrique en septembre 1980.

57. Au cours de sa réunion du 21 septembre 1983, tenue à Brazzaville (République populaire du Congo), le Sous-Comité du Programme a décidé de se faire représenter à cinq réunions d'intérêt programmatique: i) Septième et ii) Huitième Réunions régionales pour le Programme (RPM.7 et RPM.8); iii) Septième Réunion des Doyens et Directeurs des Facultés, Ecoles de Médecine et Centres universitaires des Sciences de la Santé; iv) Quatrième Réunion du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS) et v) Septième Réunion du Comité permanent de la Coopération technique entre Pays en Développement (CTPD).

Septième et Huitième Réunions régionales pour le Programme

58. Les Membres du Sous-Comité du Programme ont fait leurs, les conclusions et propositions relatives : i) à la mise en oeuvre du programme régional pour la période 1982-1983; ii) au nouveau cadre gestionnaire devant permettre l'utilisation optimale des ressources de l'OMS pour fournir un appui direct aux Etats Membres; iii) à l'évaluation de l'expérience africaine de l'utilisation des nationaux comme Coordonnateurs des Programmes de l'OMS; iv) à la présentation des programmes pays tels qu'ils figurent dans le Budget Programme 1986-1987 et le calendrier des activités à mettre en oeuvre; v) au canevas et format communs (document DGO/84.1) devant permettre d'évaluer les stratégies nationales et de préparer le premier rapport du Directeur régional.

59. L'évaluation de l'expérience africaine d'utilisation des nationaux comme Coordonnateurs des Programmes de l'OMS est soumise au Comité régional et porte la cote AFR/RC34/4.

Annexe 13

60. La Septième Réunion régionale pour le Programme a été, encore une fois, l'occasion pour les Membres du Sous-Comité du Programme de percevoir la manière dont le Secrétariat régional collabore avec les pays par l'entremise des Coordonnateurs des Programmes de l'OMS dans la mise en oeuvre des stratégies nationales.

61. La Huitième Réunion régionale pour le Programme a été l'occasion de discuter du canevas et format communs devant permettre de préparer le premier rapport d'évaluation des stratégies nationales et régionale de la santé pour tous. Le calendrier de préparation du rapport figure dans le plan d'action de mise en oeuvre de la stratégie régionale, conformément au calendrier mondial (Série "Santé pour tous" No 7) adopté par le Comité régional lors de sa trente-troisième session, en septembre 1983 (résolution AFR/RC33/R4).

62. Le premier projet de Budget Programme 1986-1987 a été examiné et des directives pour la planification détaillée, ainsi qu'un calendrier de mise en oeuvre ont été soumis à l'examen des participants.

Septième Réunion des Doyens et Directeurs des Facultés, Ecoles de médecine et Centres universitaires des Sciences de la Santé

63. La Septième Réunion des Doyens et Directeurs des Facultés, Ecoles de Médecine et Centres universitaires des Sciences de la Santé a donné aux Membres du Sous-Comité du Programme l'occasion de discuter du rôle de ces institutions de formation dans la mise en oeuvre des stratégies nationales de la santé pour tous en l'an 2000 (SPT/2000).

64. En vue d'instaurer entre les universités et les ministères de la santé publique une coopération adéquate, les membres du Sous-Comité suggèrent la mise en place de mécanismes de concertation qui pourraient s'appuyer à travers les départements de santé communautaire, sur les Conseils nationaux de santé, les Réseaux de Centres nationaux de Développement sanitaire ou tout autre système pertinent.

65. Ils reconnaissent la nécessité d'introduire l'enseignement/apprentissage de la recherche dans les programmes de formation des Facultés, Ecoles de Médecine et Centres universitaires des Sciences de la Santé. Ils prient le Directeur régional de constituer un groupe d'experts pour étudier la manière d'introduire l'enseignement des concepts, principes et méthodes de recherche dans les programmes de formation.

Annexe 13

66. Les membres du Sous-Comité du Programme ont été informés de la tenue de la première réunion des Instances exécutives du Conseil africain pour la Formation et la Promotion des Spécialistes et Enseignants des Sciences de la Santé (CASESS), du 28 novembre au 1er décembre 1983 à Brazzaville. Cette réunion consacre l'acte de naissance du CASESS, pourvu de ses bases juridiques appropriées. Elle investit la phase exécutoire et ouvre des perspectives encourageantes pour la formation et la promotion des spécialistes et enseignants des sciences de la santé.

Quatrième Réunion du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS)

67. Conformément au plan d'action mondial, le premier rapport de situation a été préparé par les Etats Membres et soumis au Bureau régional en mars 1983, en utilisant pour ce faire le canevas et format communs pour surveiller l'état d'avancement de la mise en oeuvre de la stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000 (document DGO/82.1). Le prochain rapport, en mars 1985, évaluera l'efficacité des stratégies nationales. Le document DGO/84.1 fournit un canevas et format communs qui permettront aux Etats Membres d'évaluer, de façon continue, l'effet des stratégies nationales et leur impact sur le développement social et économique.

68. Le Sous-Comité appuie la recommandation du CCADS de poursuivre l'expérience de l'utilisation des nationaux comme Coordonnateurs des Programmes de l'OMS. Le Coordonnateur national doit être un fonctionnaire national sélectionné sur la base des critères de compétence, de motivation et d'expérience, titulaire d'un diplôme universitaire de santé publique ou d'un autre titre équivalent. Les amendements du CCADS sont contenus dans le document AFR/RC34/4 que le Comité régional aura à examiner lors de sa présente session.

Septième Réunion du Comité permanent de la Coopération technique entre Pays en Développement (CTPD)

69. Les Membres du Sous-Comité du Programme ont fait leurs, les recommandations de la Septième Réunion du Comité permanent de la Coopération technique entre pays en Développement qui figure dans le document AFR/RC34/10.

70. Le Sous-Comité invite le Comité régional à adopter une résolution.

Annexe 13

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

71. Le Dr S. Diop présente le document AFR/RC34/9.

72. Le Comité régional voudra bien se rappeler que, lors de sa trentième session, il a adopté par la Décision de procédure 9 le principe de visite de 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.

73. Au 8 août 1984, le Directeur régional a reçu les rapports de visites des responsables originaires de cinq pays qui se sont rendus dans d'autres pays de la Région.

74. La liste des rapports de visites se trouve à l'Appendice 3.

75. Dans un souci d'uniformité dans la présentation de ces rapports, le Secrétariat s'est inspiré du canevas de rapport proposé par le Comité permanent CTPD et adopté par le Comité régional lors de sa trentième session.

76. Il est rappelé au Sous-Comité qu'à la date du 8 août 1984, seuls sept pays n'ont pas encore effectué de visites dans d'autres pays de la Région, conformément au plan quinquennal de visite 1980-1985. Le Directeur régional a invité ces pays à indiquer les dates les plus appropriées de leurs visites pour la mise en oeuvre de la Décision de procédure 9 de la trentième session du Comité régional.

77. Le Sous-Comité s'inquiète du retard apporté dans la soumission des rapports de visites au Bureau régional. Cela rend difficile une évaluation objective de l'impact de ces visites dans la mise en oeuvre des stratégies nationales basées sur les SSP. Il souscrit à l'évaluation du programme régional de visites en septembre 1985 lors de la trente-cinquième session du Comité régional.

78. Le Sous-Comité du Programme invite le Comité régional à approuver un projet de résolution.

Annexe 13

COOPERATION TECHNIQUE ENTRE PAYS EN DEVELOPPEMENT (CTPD)

79. Le rapport du Comité permanent de la coopération technique entre pays en développement (document AFR/RC34/10) est présenté par le Dr S. Diop.

80. La Septième Réunion du Comité permanent de la Coopération technique entre pays en Développement (CTPD) s'est tenue à Brazzaville du 4 au 6 juin 1984.

81. Conformément à la Décision de procédure 7 de la trente-troisième session du Comité régional, cinq thèmes ont été examinés par les trois groupes de travail sous-régionaux CTPD.

Effets des décharges industrielles

82. Le Comité permanent de la CTPD a centré sa réflexion sur l'interdépendance du développement et de l'environnement. Il a insisté sur la nécessité de mettre en place une législation appropriée avant toute implantation et/ou installation d'unités industrielles. Il est d'avis que l'un des moyens les plus sûrs pour promouvoir une réglementation/législation adéquate est d'établir les normes de contrôle durant les phases initiales de formulation de tout projet industriel et de spécifier les responsabilités qui incombent au secteur industriel et celles qui reviennent aux autorités politico-administratives locales dans le domaine de la vérification de l'application des normes établies.

Médecine traditionnelle et pharmacopée africaine

83. Le Comité a réaffirmé l'importance de la médecine traditionnelle et de la pharmacopée africaine dans les systèmes nationaux de santé. La majorité des collectivités africaines continuent d'avoir recours aux prestations de services des guérisseurs. Il est d'avis que les réalisations dans le domaine de la médecine traditionnelle demeurent encore modestes et se limitent essentiellement au recensement des guérisseurs et à des inventaires des plantes médicinales les plus courantes. Cette approche statique doit être vite dépassée et les innombrables données déjà recueillies rationnellement exploitées.

Annexe 13Coordination intersectorielle dans les soins des santé primaires (SSP)
sous l'angle de la CTPD

84. Le Comité considère que la planification et la mise en oeuvre de chacune des composantes des SSP nécessitent des apports intersectoriels. Les programmes de SSP et autres programmes de développement qui n'ont pas été planifiés sur une base intersectorielle tendent à être confinés à un secteur particulier et/ou à être personnels. Le Comité est d'avis que la coordination intersectorielle en matière de SSP ne doit pas se borner à des réunions ou à des stages de planification. Elle peut aussi se concrétiser par les transferts de ressources d'un secteur à un autre dans le cadre d'une action intersectorielle complémentaire.

Organisation de la Santé maternelle et infantile et la Coopération
technique entre Pays en Développement

85. Le Comité constate que dans la plupart des pays, il existe des centres spécifiques de SMI, en particulier dans des zones urbaines et semi-urbaines. En dehors de ces centres, les activités de santé maternelle et infantile sont menées à des degrés divers dans les autres formations de santé fixes. Des équipes mobiles permettent aussi d'augmenter la couverture sanitaire de la population. Le Comité est d'avis qu'il faut promouvoir et renforcer la formation et le perfectionnement des personnels de santé, particulièrement des accoucheuses traditionnelles et, procéder à la standardisation des technologies et procédures essentielles aux soins de santé maternelle et infantile.

Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement (DIEPA) :
Evaluation à la mi-décennie

86. L'état d'avancement de la Décennie dans la Région montre que la mise en place de mécanismes de planification et de coordination à l'échelle des pays, de l'organisation et de la mobilisation de la coopération extérieure, expliquent les progrès de couverture sectorielle enregistrée durant la période 1981-1983. Il s'en dégage que le milieu rural est toujours en retard par rapport au milieu urbain, tandis que l'assainissement rural est quasiment laissé pour compte.

Annexe 13

87. L'évaluation a permis de mettre en évidence plusieurs contraintes:

- i) faiblesse institutionnelle et inadéquation des mécanismes de coordination intersectorielle;
- ii) fragmentation des responsabilités entre les secteurs de l'eau et de l'assainissement;
- iii) insuffisance du personnel et inadaptation de la formation du personnel d'encadrement et d'entretien;
- iv) insuffisance des moyens financiers;
- v) faiblesse de la CTPD dans ce domaine.

88. Cependant, l'évaluation fait ressortir une prise de conscience, par un grand nombre de pays, de la nécessité d'une planification réaliste des besoins, assortis des prévisions budgétaires correspondantes.

Commentaires et recommandations

89. Le Sous-Comité du Programme a axé ses discussions sur les recommandations du Comité permanent de la CTPD. Il estime que des efforts doivent être déployés pour le renforcement, voire la mise en place de structures de contrôle des effets des décharges industrielles. Les membres du Sous-Comité estiment que le Bureau régional devra renforcer son soutien aux Etats Membres pour la création ou le renforcement de centres régionaux de référence en matière de médecine traditionnelle et pharmacopée africaine, et particulièrement ceux qui existent au niveau sous-régional ou régional qui pourraient servir de centres collaborateurs OMS. Le Sous-Comité fait siennes les recommandations du Comité permanent de la CTPD.

Annexe 13Effets des décharges industrielles

90. Les Etats Membres devront :

- i) affirmer la volonté politique au niveau le plus élevé pour réussir la lutte contre la pollution engendrée par les déchets industriels et les déchets domestiques;
- ii) recueillir des données de base sur l'environnement avant d'entreprendre l'élaboration de tout projet industriel, incluant les projets agro-industriels liés aux activités agricoles encore fort dominantes dans l'économie des pays africains;
- iii) exiger un visa du Ministère de la Santé ainsi que de celui chargé de la protection de l'environnement avant la signature de tout accord pour l'établissement d'un projet d'industrialisation;
- iv) informer les populations sur les risques provoqués par les rejets industriels et assurer la formation d'un personnel national compétent en la matière;
- v) établir des normes de contrôle de la pollution industrielle appuyées par une législation appropriée au niveau de chaque pays;
- vi) renforcer la coordination entre les pays d'une même Sous-Région pour éviter qu'un projet d'industrialisation refusé par un pays ne soit accepté par un autre;
- vii) mettre en place un comité d'experts sous-régional capable d'étudier les effets nocifs des rejets industriels sur la santé, de définir les moyens les plus appropriés pour ramener les différentes pollutions à des niveaux acceptables; le concours des organismes internationaux ayant pour vocation la préservation de la nature et de la protection de la santé sera sollicité;
- viii) renforcer ou créer dans les pays ou groupe de pays des structures fonctionnelles de contrôle de la pollution de l'environnement.

Annexe 13Médecine traditionnelle et pharmacopée africaine

91. Les Etats Membres devront :

- i) mettre en place un groupe national ou désigner un responsable national au sein des structures sanitaires existantes, indispensable pour coordonner le programme national de médecine traditionnelle;
- ii) élaborer une législation spécifique à l'exercice de la médecine traditionnelle dans le cadre de la législation sanitaire nationale;
- iii) promouvoir ou développer des activités de recherches appliquées pour cerner les mécanismes d'action des thérapeutiques traditionnelles;
- iv) ouvrir une ligne budgétaire suffisante permettant le démarrage réel ou le développement du programme de médecine traditionnelle;
- v) développer ou promouvoir la circulation d'informations relatives aux expériences nationales en matière de médecine traditionnelle, grâce au support de l'OMS à aider les pays à échanger leurs expériences nationales par des visites d'étude statutaires et en assurant la circulation de ces expériences entre les pays concernés;
- vi) étudier les différences entre les systèmes qui existent entre les praticiens modernes ou les chercheurs et les professionnels de la médecine traditionnelle.

92. Le Bureau régional devra étudier les voies et moyens pour la création de centres régionaux de référence en matière de médecine traditionnelle et pharmacopée africaine.

Annexe 13Coordination intersectorielle dans les soins de santé primaires sous l'angle de la coopération technique entre pays en développement

93. Les Etat Membres devront :

- i) mettre l'accent sur l'importance de la coordination à l'intérieur de chaque ministère et au niveau des autres secteurs pour élaborer les programmes de formation de tous les agents de développement du secteur de la santé et des secteurs apparentés comme moyen approprié et efficace pour favoriser la création d'une mentalité intersectorielle à l'intérieur d'un pays;
- ii) utiliser d'une manière rationnelle les mécanismes de la CTPD pour exploiter les expériences en matière de coordination intersectorielle d'échanges de technologies appropriées de SSP (matériels d'éducation pour la santé, équipements pour approvisionnement en eau fabriqués avec des moyens locaux, etc.);
- iii) mieux faire connaître les concepts des SSP et les approches de la coordination intersectorielle avec la collaboration de l'OMS;
- iv) organiser des cours intensifs pour le personnel déjà en service et inclure des modules pour le processus gestionnaire dans le programme d'enseignement des établissements de formation afin de faciliter la planification intersectorielle.

Organisation de la santé maternelle et infantile S(MI) et la coopération technique entre pays en développement (CTPD)

94. Les Etats Membres devront :

- 94.1 Promouvoir ou renforcer la formation et le perfectionnement des personnels de santé, particulièrement des accoucheuses traditionnelles.

Annexe 13

- 94.2 Procéder à la standardisation des technologies et procédures essentielles aux soins de SMI/PF et en particulier :
- i) la courbe de croissance et la surveillance nutritionnelle des enfants;
 - ii) le recueil d'information et de données sur l'état civil à partir d'une organisation des structures communautaires;
 - iii) la production de matériel de formation pour l'information et l'éducation pour la santé.
- 94.3 Encourager les organisations internationales telles que l'UNICEF et le PNUD à assurer la production et la diffusion des technologies peu coûteuses et faciles à utiliser, destinées à améliorer la qualité des prestations de soins de SMI/PF (exemple : les pèse-bébés).
- 94.4 Promouvoir une approche intégrée des services SMI permettant de dispenser aux mères et aux enfants en même temps et dans le même endroit des soins curatifs et préventifs. L'approche intégrée suppose que l'on offre au personnel de santé et notamment au personnel SMI, une formation polyvalente. La formation de base et la formation en cours d'emploi devraient favoriser la modification de comportements inopportuns, et susciter de meilleurs rapports entre le personnel de santé et les patients. Les activités éducationnelles et de recyclage devraient également viser les femmes enceintes et les groupes des mères qui s'occupent d'accouchements.

Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement (DIEPA) :
Evaluation à la mi-décennie

95. Les Etats Membres devront :
- i) renforcer ou créer des comités nationaux d'action pour une meilleure coordination de toutes les activités entreprises dans les domaines de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement;

Annexe 13

- ii) mettre à jour régulièrement des chiffres de couverture disponibles; l'appui technique de l'OMS doit être requis à cette fin. Les meilleurs plans et rapports nationaux donnant les informations souhaitées devront être communiqués à tous les pays dans le contexte de la CTPD;
- iii) renforcer les liens entre le Bureau régional et les pays, et entre les pays eux-mêmes; un tel pont faciliterait l'échange des informations sur les innovations et les technologies appropriées réalisées dans les pays en matière d'approvisionnement en eau potable (AEP) et Assainissement, sur le fonctionnement des comités nationaux et sur les programmes et projets réussis;
- iv) renforcer la coordination d'une part entre les différents organismes internationaux, bailleurs de fonds et d'autre part entre ces institutions et les pays; il importe d'amener les bailleurs de fonds à s'intéresser davantage au secteur rural et à financer des projets aussi bien d'AEP que d'Assainissement.
- v) déterminer des priorités et faire l'estimation de l'enveloppe budgétaire à mobiliser pour mettre en oeuvre les activités de la DIEPA en collaboration avec les bailleurs de fonds, la communauté internationale et les organisations non-gouvernementales;
- vi) promouvoir l'assainissement urbain et rural, dans le cadre de la DIEPA;
- vii) encourager la fabrication de matériels locaux adaptés aux conditions locales et d'entretien facile;
- viii) encourager la formation de personnel local capable d'assurer le fonctionnement, la gestion et l'entretien des nombreuses installations.

Annexe 13

SUJETS A INSCRIRE POUR 1986-1987

96. Le Comité régional, par sa Décision de procédure 7, a retenu les thèmes qui feraient l'objet des discussions des Groupes de Travail sous-régionaux pour 1985 :

- i) Formation des travailleurs des soins de santé primaires (SSP), y compris les accoucheuses traditionnelles (Cameroun).
- ii) Hygiène dans les formations hospitalières (Niger).
- iii) Financement de la santé et relations entre les organismes donateurs et les pays bénéficiaires (Lesotho et Niger).
- iv) Evaluation de la mise en oeuvre des SSP depuis Alma-Ata (Lesotho).
- v) CTPD et lutte antipaludique (Maurice).
- vi) Bilan des progrès réalisés en matière de soins aux handicapés depuis l'Année internationale des Handicapés (Zambie).

97. Le Sous-Comité du Programme propose les thèmes suivants pour 1986 :

- i) Participation de tous les secteurs socio-économiques à la lutte contre les maladies transmissibles (République centrafricaine).
- ii) Stratégies nouvelles et complémentarité des pays pour l'approvisionnement et l'utilisation des médicaments essentiels (République centrafricaine, Gabon, Rwanda et Zaïre).
- iii) CTPD et problèmes de la nutrition (Zambie).
- iv) Mécanismes d'échange d'informations et de collaboration en matière de recherche entre pays en développement (CCARM).

98. Le Sous-Comité du Programme propose les thèmes suivants pour 1987 :

- i) Processus approprié pour l'intégration du programme des soins de santé primaires au système médical classique (Gabon).
- ii) Bilan de l'approche des SSP (Ethiopie et Zaïre).
- iii) Préparation et utilisation des plantes médicinales (Madagascar).
- iv) Processus gestionnaire pour le développement sanitaire national (Tchad, Zaïre).

RENOUVELLEMENT DU COMITE PERMANENT CTPD

99. Conformément à la résolution AFR/RC29/R9, le Comité a procédé au renouvellement des trois nouveaux membres dont le mandat arrive à expiration. Le Tchad en Sous-Région II est remplacé par le Congo; l'Angola et Maurice en Sous-Région III par Madagascar et Sao Tomé et Principe.

CATALOGUE DES PROJETS SUSCEPTIBLES D'ETRE FINANCES PAR DES RESSOURCES EXTRABUDGETAIRES SOUMIS EN 1984

100. Le Comité permanent a passé en revue les projets inscrits dans le catalogue diffusé aux donateurs en 1984. Le Comité permanent note que le catalogue contient tous les projets aux niveaux régional et interrégional ainsi que les requêtes émanant des pays touchés par la sécheresse. Les besoins au titre des urgences sont soumis à l'ECOSOC par l'intermédiaire du Représentant spécial du Secrétaire général des Nations Unies sur la crise économique et sociale en Afrique. Il note que les projets concernant les réfugiés ont été soumis à la communauté internationale à travers le Secrétariat de la Seconde Conférence internationale sur l'Assistance aux Réfugiés en Afrique (ICARA II). Le Comité permanent note avec satisfaction que le Bureau régional a mis en oeuvre les recommandations du Groupe africain de Ressources Santé/2000 (GARS/2000) et invite les Etats Membres à mettre régulièrement à jour la liste des projets susceptibles d'être financés par des ressources extrabudgétaires.

Annexe 13

101. Le Sous-Comité du Programme soumet au Comité régional deux projets de Décision de procédure et un projet de résolution.

CONCLUSIONS

102. Le Sous-Comité du Programme a examiné attentivement le Projet du Budget Programme 1986-1987. Ce Projet de Budget Programme s'inscrit dans le prolongement de celui de 1984-1985. Les énoncés du programme ont été restructurés pour mieux montrer la façon dont les activités projetées pour 1986-1987 s'inscrivent dans le cadre du Septième Programme général de Travail (PGT.7). L'ensemble de l'allocation régionale montre une augmentation de 7,3 % par rapport à 1984-1985, ce qui porte le budget ordinaire de 1986-1987 à US \$100 736 100. Cependant, ce chiffre reste provisoire jusqu'à la mise en forme finale des propositions budgétaires de l'ensemble de l'Organisation.

103. Le Plan d'action régional pour l'utilisation optimale des ressources de l'OMS pour fournir un appui direct aux Etats Membres, basé sur l'analyse de la situation et des fondements politiques indique les mesures concrètes à prendre pour la surveillance continue et l'évaluation des stratégies nationales et régionale.

104. Le Sous-Comité du Programme fait siennes les conclusions et recommandations des réunions auxquelles ses membres ont participé. La participation des membres du Sous-Comité à l'élaboration du Projet de Budget Programme a été appréciée et a facilité les travaux du Comité.

105. Les visites des responsables des Etats Membres sont fructueuses en raison de l'échange d'expériences qu'elles entraînent. Cependant, le Sous-Comité du Programme s'inquiète du retard apporté à la soumission des rapports de visites, rendant l'évaluation objective de ce programme très difficile.

Annexe 13

106. Le Sous-Comité fait siennes les recommandations du Comité permanent de la CTPD relatives à : i) effets des décharges industrielles; ii) médecine traditionnelle et pharmacopée africaine; iii) coordination intersectorielle dans les SSP sous l'angle de la coopération technique entre pays en développement; iv) organisation de la santé maternelle et infantile et coopération technique entre pays en développement, et v) Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement : évaluation à la mi-décennie.

Annexe 13

APPENDIX/APPENDICE/APENDICE 1

LIST OF PARTICIPANTS
LISTE DES PARTICIPANTS
LISTA DOS PARTICIPANTES

ANGOLA

Dr J. J. Bastos dos Santos
Director do Gabinete do Intercâmbio Internacional
Ministério da Saúde
Luanda

CAMEROON
CAMEROUN
CAMARÕES

Dr Simon Atangana
Conseiller technique
Ministère de la Santé publique
Yaoundé

Dr G. Kesseng Maben
Directeur adjoint
Médecine préventive et Hygiène publique
Ministère de la Santé publique
Yaoundé

NIGERIA

Dr A. B. Sulaiman
Director of National Health Planning and Research
Federal Ministry of Health
Federal Secretariat Phase II
Ikoyi Road
Ikoyi, Lagos

Mr B. I. Olinmah
Principal Secretary
State and External Relations Division
Federal Ministry of Health
Federal Secretariat Phase II
Ikoyi Road
Ikoyi, Lagos

Appendix/Appendice/ApendiceAnnexe 13RWANDA
RUANDA

Dr F. X. Hakizimana
Secrétaire général
Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales
B.P. 84
Kigali

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

Dr António Soares Marques Lima
C.P. 23
Ministério da Saúde e Desporto
São Tomé

SENEGAL

Prof. Doudou Ba
Directeur de la Recherche, de la Planification et de la Formation
Ministère de la Santé publique
Dakar

SEYCHELLES
ILHA SEYCHELLES

Mrs M. P. Lloyd
Principal Secretary
Ministry of Health
P.O. Box 52
Mahé

Mrs P. D. Revera
Senior Assistant Secretary (Health)
Ministry of Health
P.O. Box 52
Mahé

SIERRA LEONE
SERRA LEOA

Hon. Dr Fasuluku Suku-Tamba
Minister of Health
Freetown

Annexe 13Appendix/Appendice/Apendice 1

SWAZILAND
SOUAZILAND
SUAZILÂNDIA

Dr R. Tshabalala
Acting Deputy Director of Health Services
Ministry of Health
P.O. Box 5
Mbabane

TOGO

Dr Togma Bakélé Barandao
Directeur général-adjoint de la Santé publique
B.P. 336
Lomé

UGANDA
OUGANDA

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

Dr J. H. Kyabaggu
Assistant Director of Medical Services
Ministry of Health
P.O. Box 8
Entebbe

ZAIRE

Dr Kabamba Nkamany
Médecin-Directeur CEPLANUT
B.P. 2429
Kinshasa I

APPENDICE 2

Annexe 13

PROGRAMME DE TRAVAIL

1. Ouverture de la réunion
2. Projet du Budget Programme 1986-1987 (document AFR/RC34/2)
3. Mise en oeuvre de la stratégie régionale pour l'utilisation optimale des ressources de l'OMS comme soutien direct aux Etats Membres (document AFR/RC34/12)
4. Rapport sur la participation des Membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique (document AFR/RC34/8)
5. Rapport sur les visites des responsables des Etats Membres dans d'autres pays de la Région (document AFR/RC34/9)
6. Rapport du Comité permanent sur la Coopération technique entre pays en développement (document AFR/RC34/10)
7. Adoption du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC34/7)
8. Distribution des tâches pour la présentation du rapport du Sous-Comité du Programme au Comité régional (document AFR/RC34/7)
9. Clôture.

Annexe 13

APPENDICE 3

LISTE DES RAPPORTS DES VISITES

GHANA (DELEGATION DE L'ETHIOPIE)

GUINEE (DELEGATION DE LA REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE)

KENYA (DELEGATION DU BOTSWANA)

LIBERIA (DELEGATION DU LESOTHO)

ZAIRE (DELEGATION DE MADAGASCAR)

ZAMBIE (DELEGATION DU BOTSWANA)

(AFR/RC34/13)

ANNEXE 14

PLACE DES FACTEURS CULTURELS ET SOCIO-ECONOMIQUES
EN VUE DE LA REORIENTATION DES SYSTEMES DE SANTE
POUR ATTEINDRE L'OBJECTIF DE LA SANTE POUR TOUS EN L'AN 2000

Rapport des discussions techniques

INTRODUCTION

1. Les discussions techniques de la trente-quatrième session du Comité régional ont eu lieu à Brazzaville le 15 septembre 1984 et ont porté sur le thème suivant : "Place des facteurs culturels et socio-économiques en vue de la réorientation des systèmes de santé pour atteindre l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000". Le Sous-Comité des désignations de la trente-troisième session du Comité régional a désigné l'Honorable Dr Fasuluku Suku-Tamba (Sierra Leone) pour présider les discussions techniques. La trente-quatrième session du Comité régional a désigné comme rapporteurs pour les discussions techniques :

- i) Dr José Eneme Oyono (Guinée équatoriale);
- ii) Mme D. Patricia Revera (Seychelles);
- iii) Dr Benadouda Amar (Algérie).

Les discussions ont été menées par trois groupes de travail : un groupe anglophone, un groupe francophone, et un groupe trilingue avec interprétation simultanée. Les groupes de travail ont élu leur Président comme suit :

- i) Dr J. D. Lisboa Ramos (Cap-Vert);
- ii) Dr J. Dawson Otoo (Ghana);
- iii) Dr Mohamed Lamine Ba (Mauritanie).

Annexe 14Présentation

2. Le document de travail¹ (AFR/RC34/TD/1) a été présenté par le Dr F. Suku-Tamba, Président des discussions techniques. Le Président a présenté le document de travail lors de la séance plénière avant que les groupes ne commencent leurs travaux. Dans sa présentation, il a défini les objectifs du document de travail comme suit :

- i) étudier le rôle des facteurs culturels et socio-économiques dans le développement des services de santé en vue d'atteindre les objectifs de la santé pour tous d'ici à l'an 2000;
- ii) examiner les conditions dans lesquelles les facteurs culturels et socioéconomiques peuvent créer un cadre à la mise en oeuvre d'un programme de soins de santé primaires viable;
- iii) recenser les principales répercussions de ces facteurs sur la réorientation des systèmes de santé vers l'objectif "SPT/2000" dans le cadre des stratégies de développement sanitaire nationales fondées sur l'approche des SSP.

3. Le Président a indiqué que les conditions culturelles et socioéconomiques sont indissociables d'un développement véritable que ce soit dans le domaine de la santé, de l'agriculture, de l'administration, ou pour susciter une prise de conscience politique au sein des collectivités. Il est donc impératif d'examiner tous ces facteurs qui devraient faciliter la planification et la mise en oeuvre de ces nouveaux concepts en matière de santé.

4. Le Président a mis en évidence les principales caractéristiques de la SPT/2000 en tant qu'objectif socioéconomique incorporé aux stratégies de développement national dont le système de soins médico-sanitaire est partie intégrante, le développement local devant tenir compte des besoins des collectivités et faire appel à leur pleine participation.

¹ Le document de travail AFR/RC34/TD/1 a été préparé par M. F. M. Mburu du Département de Santé communautaire, Université de Nairobi, Kenya.

Annexe 14

5. Après avoir expliqué les concepts des systèmes de santé dans le cadre du système social plus large, le Président a énuméré les principales raisons de la réorientation du système de santé existant, qui:

- i) est axé sur l'individu et sur la maladie;
- ii) assure une faible couverture de la population;
- iii) reste cantonné dans les zones urbaines et est coûteux;
- iv) démontre que la formation des personnels de santé n'est pas adaptée aux besoins des collectivités et aux conditions de santé locales;
- v) exclut la médecine traditionnelle.

D'autre part, le Président a déclaré que parmi les principaux obstacles à la réorientation du système de santé figuraient la rigidité et la bureaucratie de la profession médicale et le fait que les collectivités n'étaient pas conscientes de la contribution qu'elles pouvaient apporter à la planification et au fonctionnement du système de soins médico-sanitaires.

6. Les stratégies permettant de réorienter le système de santé, a poursuivi le Président, visent à un développement sanitaire fondé sur l'approche des SSP avec la participation active des collectivités dont les valeurs socioculturelles et les conditions socioéconomiques peuvent influencer l'exécution du programme. En particulier, les facteurs culturels et socioéconomiques influencent la planification, la mise en oeuvre et la surveillance des programmes de développement sanitaire pertinents du point de vue social.

7. Le Président a indiqué que le comportement sanitaire au sein de la collectivité est influencé par les croyances, les coutumes sociales, les habitudes courantes et les expériences passées. Parmi celles-ci, on peut citer la façon de percevoir et de comprendre la santé et les maladies, la

Annexe 14

façon d'accepter et de pratiquer les nouveaux comportements en matière de santé, les habitudes et tabous alimentaires, les connaissances, attitudes et pratiques les plus courantes en matière de santé, y compris celles du système de santé traditionnel. C'est la raison pour laquelle il convient d'accorder une attention particulière à la formation de personnels de santé aptes à comprendre les cultures locales et la répercussion du cadre socioculturel sur le fonctionnement du système de santé.

8. On ne saurait trop souligner l'importance des conditions socioéconomiques. Par exemple, la pauvreté empêche les populations de produire et d'acquérir suffisamment de denrées alimentaires, de vêtements et de logements. Elle peut être le résultat direct du chômage et la manifestation d'une urbanisation rapide non planifiée. Le niveau d'éducation et d'alphabétisme ont également un impact sur la façon dont les populations comprennent les problèmes de santé, sur la promotion de la santé et les possibilités d'auto-prise en charge, sur l'utilisation des services de santé et sur la perception de l'interaction entre la santé et les autres secteurs socioéconomiques. Un approvisionnement en eau et une salubrité de l'environnement médiocres, une production agricole insuffisante, des familles nombreuses sont autant de facteurs socioéconomiques qui conditionnent l'état de santé.

9. Toutefois, pour tenir compte des facteurs socioéconomiques pertinents pour la réorientation du système de santé, il est nécessaire de procéder à des changements marqués au sein du système socioéconomique. Cette action exige une décision politique qui doit être prise au niveau le plus élevé parce qu'elle affecte l'ensemble de la nation et la distribution des ressources.

10. Certaines des répercussions importantes de la réorientation sur le développement sanitaire sont les suivantes :

- i) nécessité de disposer de politiques sanitaires pertinentes et d'une législation sanitaire;
- ii) stratégies appropriées pour l'information et l'éducation pour la santé;

Annexe 14

iii) programmes de formation appropriés et recherche axée sur l'action;

iv) appréciation de l'importance de la coordination intersectorielle.

11. Pour conclure, le Président a déclaré que la réorientation des systèmes de santé vers les objectifs "Santé pour tous en l'an 2000" exigeait une identification et une analyse approfondie des divers facteurs culturels et socioéconomiques liés au comportement en matière de santé et à tous les éléments du système de prestations médico-sanitaires. Les valeurs culturelles, les croyances, connaissances, attitudes et pratiques existantes en matière de santé, les conditions socioéconomiques des individus, des familles et des collectivités, ont une incidence marquée sur l'acceptabilité, l'utilisation et la consultation des services de santé. L'approche des SSP fondée sur la participation des collectivités offre un cadre sans égal pour tenir compte des facteurs culturels et socioéconomiques pertinents lors de la planification des programmes de développement sanitaire valables sur le plan social. Comme indiqué dans le Septième Programme général de Travail de l'OMS pour la période 1984-1989, "La Stratégie (SPT/2000) comporte l'indication des mesures à prendre par les individus et les familles dans leur foyer, par les collectivités, par les services de santé au niveau primaire et aux échelons d'appui, et par d'autres secteurs. Il est capital pour la Stratégie de faire en sorte qu'un contrôle social s'exerce sur l'infrastructure et la technologie de la santé grâce à une importante participation de la collectivité".

DISCUSSIONS

12. Les discussions dans tous les groupes ont suivi les sept questions fondamentales soulevées par le document de travail. On trouvera ci-dessous les principales observations et décisions.

Annexe 14Nécessité de réorienter le système de santé

13. La santé est aujourd'hui considérée et définie dans les documents fondamentaux de l'OMS, non seulement comme l'absence de maladies ou d'infirmité, mais comme un état de complet bien-être physique, mental et social, autrement dit le sentiment qu'a un individu d'être intégré à son environnement.

14. Le système actuel, hérité du passé colonial et basé sur la satisfaction d'intérêts liés aux activités agricoles et commerciales qui exigeaient une main-d'oeuvre en bonne santé, était principalement implanté dans les régions urbaines. Ce système ne tenait aucun compte du système de santé traditionnel existant déjà et privilégiait le traitement des familles des colonisateurs, des missionnaires, etc. C'est ce qui a déterminé son caractère essentiellement curatif et a empêché l'extension de la couverture à une proportion plus importante de la population.

15. Progressivement, les soins de santé curatifs ont été étendus pour satisfaire les besoins sanitaires des nationaux au service des maîtres coloniaux, et peu à peu ont ainsi atteint les collectivités. La plupart des Etats-Membres continuent cependant d'appliquer ce même schéma de prestations de soins de santé parce que la formation des personnels de santé, en particulier des médecins, utilise les mêmes programmes d'étude privilégiant ce système, d'où la difficulté pour ces personnels de tenir compte des besoins de la communauté.

16. En outre, le système de santé actuel, concentré sur des hôpitaux dotés d'équipements de plus en plus sophistiqués est extrêmement coûteux, dépersonnalise le malade, qui devient un dossier portant un numéro, et néglige ou méprise la médecine traditionnelle qui, pendant des siècles, a permis aux populations africaines de survivre à l'environnement hostile du continent.

Annexe 14

17. Il faudra réorienter le système actuel en tenant compte des changements, négatifs ou positifs, que pourront entraîner l'alphabétisation, le progrès socio-économique et les influences transculturelles. Le pragmatisme et la souplesse devraient donc être une caractéristique dominante de la planification.

18. Tous les Etats Membres de l'OMS ont adhéré à la Déclaration d'Alma-Ata qui a fait des SSP un moyen d'atteindre l'objectif social de la SPT/2000. Cette adhésion oblige à apporter des changements importants au système actuel de santé. La réorientation doit notamment viser à instituer une répartition juste et équitable des ressources et un processus qui permette aux communautés de participer à la solution de leurs propres problèmes de santé.

Contraintes

19. Cette question a retenu l'attention des participants qui, dans l'ensemble, ont été d'accord sur une série de facteurs allant à l'encontre de la réorientation des systèmes de santé existants. Ces contraintes leur ont paru se situer à trois niveaux, à savoir : i) les décideurs politiques; ii) les professionnels de la santé; iii) les membres de la communauté.

20. Dans de nombreux pays, les décideurs politiques sont favorables aux SSP, à la décentralisation et à la participation communautaire, alors qu'en réalité rien ne change et que la centralisation reste aussi poussée. Les décisions continuent d'être prises d'en haut et la distribution des ressources n'est pas toujours juste. L'insuffisance ou l'inexistence de la participation communautaire compromet le développement des SSP.

21. En ce qui concerne les contraintes notées dans de nombreux secteurs, il faut mentionner en particulier la résistance mentale au changement à tous les niveaux, le manque de conviction quant à la valeur des SSP, le scepticisme sur les possibilités de participation communautaire et le ressentiment vis-à-vis

Annexe 14

de la médecine traditionnelle, etc. A noter aussi que les ministères de la santé n'ont rien fait pour sensibiliser et mobiliser d'autres ministères en vue d'une coopération multidisciplinaire et d'une coordination intersectorielle.

22. Il arrive aussi que la communauté ne soit pas prête au changement. Elle est habituée à attendre de l'Etat qu'il mette les services à sa disposition. A cela s'ajoute que la centralisation excessive des ressources financières, matérielles et humaines entre les mains des décideurs politiques étouffe dans la population l'enthousiasme de participer à la recherche de solutions.

23. Parmi les autres contraintes identifiées, citons :

- i) programmes de formation inappropriés;
- ii) fragmentation des prestations sanitaires, absence d'une approche globaliste des soins de santé;
- iii) manque et mauvaise gestion des ressources humaines, financières et matérielles;
- iv) absence de communication entre le secteur de la santé et les secteurs apparentés;
- v) conservatisme et passivité des travailleurs sanitaires et autres fonctionnaires;
- vi) absence d'une définition correcte du rôle et des responsabilités des ministères dont les décisions ont un impact sur le développement sanitaire;
- vii) législation sanitaire désuète ne reflétant pas les changements du développement sanitaire;

Annexe 14

- viii) ignorance du système de prestations sanitaires existant de la part des prestataires nouvellement formés;
- ix) distribution inéquitable des ressources au profit des services curatifs;
- x) absence de politiques concrètes et claires pour la SPT/2000.

Stratégies

24. La discussion a porté sur les principales orientations de l'intervention possible dont l'importance varie selon les caractéristiques sociales, culturelles et économiques de chaque pays d'une part, et l'état de développement du système existant d'autre part.

25. La réorientation du système actuel de santé en vue de la SPT/2000 n'est pas destinée à détruire les éléments positifs de ce système, mais vise plutôt à y ajouter une gamme de services de santé appropriés permettant de satisfaire les besoins de la communauté. Toutefois, il incombe à la communauté de décider de ses besoins prioritaires.

26. Plusieurs participants ont fait part des expériences de leur pays et ont souligné la nécessité d'un changement radical des attitudes et d'une refonte des programmes de formation destinés aux agents de santé considérés comme conditions préalables à une réorientation véritable des systèmes de santé existants.

27. Plusieurs orateurs estiment qu'un changement d'attitude est le vrai point de départ. Ce changement devrait concerner non seulement les décideurs politiques et les professionnels de la santé, mais également les enseignants. Les décideurs doivent être en contact avec les communautés afin de reconnaître et d'apprécier les besoins ressentis des populations. La formation des futurs agents de développement sanitaire doit comprendre des éléments socioculturels, environnementaux, de communication et de gestion. L'accent doit être placé sur la prévention et sur la nécessité d'adapter les systèmes aux facteurs sociaux et culturels et aux facteurs écologiques environnementaux.

Annexe 14

28. Il faut trouver le moyen de faire coexister la médecine traditionnelle et la médecine moderne au profit de la société. La difficulté d'intégrer les pratiques traditionnelles dans le système de santé moderne a démontré qu'une stratégie efficace consistait à établir des relations de collaboration et de consultation mutuelle.

29. Parmi les autres stratégies mentionnées, citons :

- i) l'incitation à abandonner des systèmes de prestations médico-sanitaires incompatibles au sein de la collectivité;
- ii) la mise au point d'une collecte de données satisfaisantes et d'un système d'analyse de ces données;
- iii) la création et le renforcement de départements de planification capables d'interpréter et d'apprécier les résultats des analyses, afin de formuler et d'appliquer des propositions réalistes de développement national;
- iv) l'adoption de systèmes gestionnaires améliorés basés sur les SSP;
- v) le renforcement de l'éducation pour la santé au sein des communautés;
- vi) la reconnaissance de la contribution positive que les tradipraticiens peuvent apporter aux soins de santé;
- vii) la création d'une équipe multidisciplinaire pouvant opérer à tous les niveaux : conseils sanitaires au niveau du pays, des Etats, des districts et des localités.

Annexe 14Facteurs culturels et socio-économiques

30. Certaines valeurs culturelles qui existent dans certaines sociétés doivent être renforcées afin de maximiser la contribution positive qu'elles peuvent apporter à la réorientation du système de santé existant. Citons par exemple un espacement des naissances, la pratique de l'allaitement au sein, les habitudes alimentaires, les pratiques relatives à la façon d'élever les enfants, (contact physique continu avec la mère), le système de la famille élargie. La religion peut jouer un rôle important, de même que l'hygiène et l'éducation pour la santé. La danse et la musique ont un rôle psychothérapeutique. Les styles de vie des populations reflètent leurs valeurs culturelles. Toutefois, il convient de réorienter les pratiques qui contribuent de façon négative au développement sanitaire d'ensemble : les tabous alimentaires, les pratiques religieuses, les marques tribales, l'excision des femmes.

31. Les croyances, attitudes et pratiques adoptées généralement à l'égard des maladies ont une influence marquée sur tout effort de réorientation et doivent par conséquent être recensées et analysées.

32. Les facteurs socio-économiques ont trait au niveau de vie qui est reflété dans le revenu des familles, le niveau d'éducation, l'emploi, la taille de la famille, l'utilisation des terres, les habitudes et traditions professionnelles, le type d'habitat, les activités de loisirs, etc. Parmi les éléments socioéconomiques négatifs, citons les traditions et habitudes professionnelles rigides, les familles nombreuses, l'exode rural, les effets pervers de l'industrialisation, et l'introduction de comportements étrangers, par exemple tabagisme, toxicomanie, alcoolisme.

33. Ces changements dans le style de vie ne sont pas accompagnés par des efforts spécifiques pour respecter et maintenir le style de vie traditionnel. La prévention au premier stade de l'enfance est nécessaire pour inculquer un style de vie simple aux jeunes et aux écoliers. Des facteurs socioéconomiques positifs par exemple, le port de chaussures par les enfants, a diminué

Annexe 14

l'incidence du tétanos et des ankylostomiases. Une nutrition améliorée, un approvisionnement en eau potable adéquat, une politique raisonnable en matière d'installation humaine, des niveaux d'alphabétisation élevés, l'accessibilité et la disponibilité des services de santé, sont autant de facteurs socioéconomiques qui améliorent la qualité de la vie et facilitent la réorientation du système de santé.

Cultures traditionnelles en tant que véhicules du changement

34. Lors des discussions sur les cultures traditionnelles en tant que véhicules du changement, les groupes ont recensé les approches suivantes :

- i) on ne peut utiliser de façon valable que quelque chose que l'on connaît bien; il est par conséquent important de procéder à un inventaire de ces cultures, d'évaluer leurs aspects positifs susceptibles d'être utilisés, ainsi que les aspects négatifs qui peuvent être modifiés (et auquel il ne faut pas s'opposer);
- ii) il est urgent que l'inventaire des cultures fasse l'objet d'études scientifiques valables;
- iii) les voies traditionnelles doivent être respectées : personnes âgées, guérisseurs, chefs religieux;
- iv) les équipes de santé doivent être multidisciplinaires.

35. La médecine traditionnelle pourrait constituer un tremplin pour améliorer les techniques sanitaires et pour mettre en place les SSP.

36. La vie communautaire, c'est-à-dire, le mode de vie et le partage au sein de la famille élargie assurent une stabilité sociale qui est essentielle pour atteindre un équilibre mental. L'expérience montre que la culture a un impact marqué sur le traitement psycho-thérapeutique. La participation des collectivités est un élément positif de la culture africaine, et il convient de l'exploiter à fond afin de parvenir à ce processus de réorientation.

Annexe 14

37. Les pratiques traditionnelles varient en Afrique et, par conséquent, il nous faut fournir un appui aux spécialistes de la sociologie, aux éducateurs pour la santé pour qu'ils analysent et étayent avec pièces à l'appui les pratiques traditionnelles pertinentes susceptibles d'être exploitées au profit des SSP.

38. Les guérisseurs traditionnels devraient être encouragés à adresser à l'échelon supérieur les cas qui dépassent leur compétence.

39. Certaines sociétés pratiquent des méthodes de planification familiales traditionnelles qui méritent d'être étudiées. L'étude conjointe des méthodes traditionnelles et des méthodes modernes de planification familiale pourrait offrir une approche intéressante pour familiariser les sociétés traditionnelles avec les méthodes modernes de planification familiale et éventuellement les amener à les adopter.

40. Lorsque l'on parle des sociétés traditionnelles, et des difficultés rencontrées pour les influencer, on commet la grave erreur de penser que ces sociétés n'évoluent pas alors que toute société humaine est dynamique et capable d'assimiler de nouveaux concepts si ces derniers sont bien expliqués et s'ils répondent aux besoins réels et visent à améliorer les conditions de vie.

41. Il nous faut connaître les structures par le biais desquelles l'autorité s'exerce dans les sociétés traditionnelles, et qui facilitent ou entravent l'acceptation de nouvelles idées.

Mesures à prendre

42. Les participants ont proposé les mesures suivantes :

- i) formulation de politiques sanitaires nationales bien définies orientées vers la Santé/2000 fondées sur les SSP;
- ii) mise en place de systèmes d'informations adéquats et de services de planification nationale;

Annexe 14

- iii) sensibilisation et motivation des décideurs intersectoriels pour qu'ils comprennent les concepts et la gestion des stratégies des SSP afin d'obtenir la pleine participation de tous les secteurs des organismes gouvernementaux;
- iv) mise en place et entretien d'un système de communication dans les deux sens pour l'échange d'information entre les techniciens de la santé et les administrateurs;
- v) surveillance continue et évaluation régulière des programmes et l'utilisation des données nécessaire pour la planification sanitaire;
- vi) formulation au niveau des collectivités, des activités spécifiques et des cibles à atteindre dans une période donnée; il faudra assurer une bonne supervision;
- vii) formation d'une législation sanitaire pertinente de base pour la réorientation du système de santé;
- viii) élaboration des cours spéciaux sur les SSP à l'intention des personnels exerçant déjà un emploi;
- ix) organisation de la collectivité facilite la participation des collectivités;
- x) renforcement des programmes d'information et d'éducation pour la santé qui favorisent une participation durable des collectivités;
- xi) promotion d'une recherche axée sur l'action afin d'identifier et d'analyser divers facteurs comportementaux, culturels, socioéconomiques, politiques, administratifs et autres qui influencent la réorientation et le fonctionnement du système de santé.

Annexe 14Critères pour évaluer la réorientation

43. Les participants ont convenu de l'utilité d'élaborer des critères avec lesquels évaluer l'impact du système d'une part et passer en revue le processus de réorientation et ses mécanismes d'autre part. Parmi les critères citons :

- i) changement du rapport des dépenses consacrées au secteur curatif par rapport au secteur préventif;
- ii) changement dans le tableau de la distribution des ressources sanitaires;
- iii) amélioration du rapport travailleurs de santé/population;
- iv) amélioration du mode de formation des personnels de santé appropriés;
- v) formulation de la politique et allocation budgétaire au niveau national.
- vi) changement des tableaux de morbidité et de mortalité, par exemple espérance de vie à la naissance, mortalité infantile, etc.

CONCLUSIONS

44. L'objectif de la réorientation est d'améliorer l'efficacité du système des soins médicaux et des prestations de services. La façon dont on atteindra cet objectif dépendra de la manière dont on parviendra à intégrer les valeurs de la société dans les programmes de développement. On ne peut parvenir à une pleine participation des collectivités sans tenir compte de la culture des populations. Le développement sanitaire doit, avant toute chose, viser à recenser les priorités au sein de la collectivité et ce, dans les limites des ressources disponibles.

Annexe 14

45. Parmi les facteurs culturels du processus de réorientation, citons : la connaissance de la collectivité, les attitudes, croyances, normes et valeurs sociales, comportements et interprétation de la vie en général. Dans le domaine socioéconomique au sens large du terme, les processus de réorientation devront tenir compte des valeurs, structures et activités socioéconomiques existantes. Ces facteurs ont toujours une influence sur le rythme et la direction que prend le développement communautaire, notamment dans des domaines tels que l'alphabétisation, les changements de comportements et des conditions de l'environnement. L'état de santé est fonction de la façon dont vivent les gens, de la distribution de la population, de la disponibilité et de l'accessibilité des services de santé et de la façon dont les gens réagissent devant les risques pour la santé.

46. Il conviendra d'intégrer les institutions traditionnelles dans les SSP dans le cadre de la participation des collectivités. Ces institutions pourraient constituer des mécanismes efficaces pour transformer le système de soins médicaux dans le cadre des valeurs culturelles. Ces valeurs culturelles déterminent toujours la façon dont on perçoit les priorités, le choix des méthodes et des technologies de développement et la mise en oeuvre efficace des programmes. Toutefois, on peut apporter la preuve de l'efficacité par la mesure dans laquelle les besoins fondamentaux des collectivités sont satisfaits et par la prise en charge des activités de développement par les nationaux. L'atteinte de cet objectif signifie que les nouvelles valeurs ont été assimilées par une collectivité.

47. Il faut disposer d'indicateurs de réorientation bien définis afin d'obtenir des changements significatifs et durables vers l'objectif "SPT/2000". Parmi les indicateurs de changement, citons la politique sanitaire et le développement socioéconomique d'ensemble. La réorientation du développement exige une réattribution substantielle des ressources en faveur des programmes des SSP de façon à former des personnels appropriés capables de mieux utiliser les ressources disponibles. Les dépenses consacrées à la santé indiquent clairement les secteurs considérés comme prioritaires dans le pays.

Annexe 14

Avant tout, il convient d'examiner de près les besoins et les priorités de la communauté. Lors de ce processus bi-directionnel pour recueillir l'information, on pourra mettre en place un système de communication et de rétroinformation pour appuyer le développement. La pleine participation des collectivités exige une décentralisation de la prise de décision jusqu'au niveau des collectivités afin de leur permettre de peser les concepts et les activités menées en leur sein. Les communautés participent aux activités de développement quand elles voient qu'elles tiennent compte de leurs besoins.

48. De nombreuses contraintes ont été recensées parmi lesquelles citons : technologie, politique, préparation professionnelle, pratiques et valeurs culturelles, etc.

49. Il est nécessaire d'assurer une évaluation et une surveillance régulière des SSP pour déterminer dans quelle mesure la réorientation des systèmes et des structures de santé s'effectue. Parmi les éléments fondamentaux de la surveillance continue et des critères d'évaluation, citons l'analyse des énoncés de politique, l'attribution de ressources et l'organisation de soins médicaux pour évaluer les nouvelles directions, l'état de santé et l'état nutritionnel, notamment dans les zones rurales. Par-dessus tout, la participation des collectivités au programme constitue un indicateur de changement capital.

ANNEXE 15

(AFR/RC34/26)

SOUS-COMITE DU PROGRAMME

Rapport de la réunion du 19 septembre 1984

INTRODUCTION

1. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni le 19 septembre 1984 à Brazzaville (Congo) aussitôt après la trente-quatrième session du Comité régional. On trouvera à l'Appendice 1 la liste des participants.
2. Le Sous-Comité du Programme a élu le Dr. T. Tokon (Ethiopie) comme Président, le Dr S. Feikoumon (République centrafricaine) comme Vice-Président et le Dr J. Eneme Oyono (Guinée équatoriale) comme Rapporteur.
3. Le Programme de travail a été adopté (Appendice 2).

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

4. Le Directeur, Programme de soutien, a présenté le document AFR/RC34/25 qui contenait deux annexes. La première indiquait la participation passée des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique depuis 1977. La deuxième fournissait des informations sur les réunions prévues en 1984/1985 pour lesquelles la participation du Sous-Comité est considérée comme souhaitable ainsi que des suggestions quant aux réunions auxquelles les membres devraient participer.
5. Après avoir discuté la liste des réunions et celle des participants suggérés, le Sous-Comité a décidé ce qui suit :

Annexe 15REUNIONS D'INTERET PROGRAMMATIQUE AUXQUELLES LES MEMBRES DU
SOUS-COMITE DU PROGRAMME DEVRONT PARTICIPER - 1984-1985

| Nom, place et date de la réunion | Objectif | Langue | Membres participants |
|---|---|--------|--|
| Comité Consultatif africain de la Recherche biomédicale et de la Recherche sur les Systèmes de Santé (CCARM) Antananarivo, 8-13 avril 1985 | | A/F/P | Souaziland Togo Ouganda Guinée équatoriale |
| Comité consultatif africain du Développement sanitaire (CCADS) Brazzaville, mai 1985 | Donner des avis sur l'utilisation optimale des ressources de l'OMS pour appuyer directement les Etats Membres | A/F/P | Zaïre Angola République centrafricaine Cameroun |
| Comité permanent de la CTPD Brazzaville, juin 1985 | Donner des avis sur les voies et moyens d'obtenir des ressources extra-budgétaires pour instaurer la SPT/2000 Promouvoir les échanges d'informations sur les besoins sanitaires, sur les ressources existantes et sur leur utilisation | A/F/P | Ethiopie Gabon Gambie Zimbabwe |

Annexe 15

6. Le Sous-Comité du Programme a désigné les membres du Bureau (République centrafricaine, Guinée équatoriale, Ethiopie) pour représenter le Sous-Comité au sein du Groupe de Travail chargé de l'évaluation de l'expérience africaine d'utilisation des nationaux comme Coordonnateurs des Programmes de l'OMS.

DATE ET LIEU DE LA PROCHAINE REUNION

7. Le Président a rappelé aux membres que la prochaine réunion du Sous-Comité du Programme se tiendra, comme d'habitude, deux jours avant la trente-cinquième session du Comité régional à Lusaka (Zambie) en septembre 1985.

CLOTURE DE LA REUNION

8. Le Président a remercié les membres du Sous-Comité du Programme de leur aimable coopération et de l'assistance qu'ils lui ont fournie pour assumer sa tâche et il leur a souhaité bonne chance en attendant de les revoir à la prochaine réunion en septembre 1985.

APPENDICE 1

Annexe 15

LISTE DES PARTICIPANTS

ANGOLA

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

CAMEROUN*

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Dr S. Feikoumon
Secrétaire général
Ministère de la Santé et des Affaires sociales
Bangui

GUINEE EQUATORIALE

Dr José Eneme Oyono
Jefe del Servicio de Epidemiologia
Ministerio de Sanidad
Malabo

ETHIOPIE

Dr Taye Tokon
Head
Health Service Department
Ministry of Health
Addis Ababa

GABON*

GAMBIE

Dr A. B. Hatib Njie
Assistant Director of Medical Services
Medical and Health Department
Banjul

* S'est trouvé dans l'impossibilité de participer.

Annexe 15Appendice 1

SOUAZILAND

Dr T. R. Tshabalala
Acting Deputy Director of Health Services
Ministry of Health
P.O. Box
Mbabane

TOGO *

OUGANDA

Dr I. S. Okware
Assistant Director of Medical Services
Ministry of Health
Entebe

ZAIRE *

ZIMBABWE

Dr G. G. Makuto
Deputy Secretary for Health
Rural Health Services Division
Ministry of Health
P.O. Box 8204
Causeway
Harare

* S'est trouvé dans l'impossibilité de participer.

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 (document AFR/RC34/25)
4. Date et lieu de la prochaine réunion
5. Clôture de la réunion

ANNEXE 16

ALLOCUTION DU DR J. C. MOHITH,
MEDECIN-CHEF DE MAURICE,
A LA SEANCE DE CLOTURE

Monsieur le Président de la trente-quatrième session du Comité régional,
Distingués représentants des Etats Membres,
Monsieur le Représentant personnel du Directeur général,
Mesdames et Messieurs

1. Je tiens pour commencer à remercier très sincèrement les distingués représentants des Etats Membres de m'avoir choisi pour prendre la parole en leur nom à cette cérémonie de clôture de la trente-quatrième session de notre Comité régional. Maurice, mon pays, est ainsi profondément honoré à travers mon humble personne.

2. Monsieur le Président, cette session du Comité régional s'est déroulée dans des circonstances très particulières. Pour commencer, c'est avec une profonde tristesse et le coeur lourd que nous avons ressenti l'absence du grand architecte expérimenté de la révolution sanitaire en Afrique. En luttant jusqu'au dernier souffle sur le champ de bataille, le Dr Comlan Alfred Auguste Quenum est devenu le symbole vivant de la lutte pour la santé en Afrique. Il nous a enseigné à servir avec courage, dignité et détermination dans un esprit de sacrifice pour sauvegarder les valeurs universelles dont la santé est la plus importante. Il nous a laissé le Bureau régional qu'il a construit presque à partir de zéro.

3. Monsieur le Président, Distingués délégués, le Comité régional lui a rendu un hommage bien mérité.

4. Dans une atmosphère où la compréhension, la sincérité et la sagesse ont dominé, le trente-quatrième Comité régional a désigné un autre fils de l'Afrique comme Directeur régional, assurant ainsi une continuité dans l'appui que le Bureau régional nous a toujours fourni.

Annexe 16

5. Ces deux événements ont laissé leur marque indélébile sur les délibérations de cette session.

6. Le Comité a également examiné le rapport du Directeur régional sur les activités de l'OMS dans la Région africaine en 1983. Ceci a permis au Comité de donner des directives pertinentes pour les actions futures à mener. L'expérience africaine qui consiste à faire appel à des nationaux comme Coordonnateurs des Programmes de l'OMS a été reconnue unanimement comme valable et considérée comme un facteur déterminant pour parvenir à l'autosuffisance dans le domaine du développement sanitaire national.

7. Notre Comité a reconnu le rôle important que les femmes doivent jouer dans le développement sanitaire et ceci devrait être un élément déterminant pour promouvoir les soins de santé primaires.

8. Finalement, le Comité a examiné et approuvé le budget programme pour 1986-1987; ce budget programme, le deuxième du Septième Programme général de Travail, constitue un appui précieux à la mise en oeuvre de nos stratégies nationales et régionale de la santé pour tous.

9. Au nom des délégations de tous les Etats Membres, je tiens à remercier sincèrement le Gouvernement de la République populaire du Congo, son Président et le peuple congolais de l'accueil chaleureux qu'ils nous ont réservé ainsi que de l'hospitalité dont ils ont fait preuve à notre égard.

10. Je tiens à mentionner tout particulièrement le travail du Représentant personnel du Directeur général. Il a dirigé les affaires du Bureau avec tact, diligence, efficacité et sagesse.

11. Je tiens également à dire combien nous avons apprécié et admiré le Secrétariat et tous les membres du personnel (professionnels et services généraux) pour les travaux qu'ils ont exécutés dans des circonstances exceptionnelles.

Annexe 16

12. Ici, je tiens à remercier les interprètes pour leur patience, leur élégance et l'exactitude avec laquelle ils ont interprété nos délibérations.

13. Mesdames et Messieurs, ma tâche ne serait pas terminée si je ne remerciais pas le Président qui a dirigé les débats avec beaucoup de discernement et manié le marteau avec compétence au bon moment. Ceci a fait de lui un "Président de marque".

14. A tous, je tiens à vous souhaiter un bon voyage et un bon retour dans vos pays pour continuer la lutte pour instaurer la santé pour tous.

15. Merci Monsieur le Président.

ANNEXE 17

ALLOCUTION DE CLOTURE DU DR N'GOLO TRAORE,
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES DU MALI,
PRESIDENT DE LA TRENTE-QUATRIEME SESSION DU COMITE REGIONAL

Messieurs les Ministres,
Monsieur le Représentant personnel du Directeur général,
Messieurs les Délégués,
Mesdames, Messieurs,

1. Nous voici au terme de nos travaux pour cette trente-quatrième session de notre Comité régional. Dans la brève allocution qu'il a prononcée à l'occasion de l'ouverture solennelle de nos travaux, le Docteur E. Samba, Représentant personnel du Directeur général, a souligné que les réunions de coordination pour la préparation des Comités régionaux ont de tout temps été des occasions privilégiées pour le regretté Professeur Comlan A. A. Quenum de rappeler à tous ses collaborateurs que "les Comités régionaux se succèdent mais ne se ressemblent jamais".

2. Les assises de la trente-quatrième session que nous allons clôturer dans quelques instants, loin d'échapper à la règle, la confirment certainement plus que toutes celles qui les ont précédées.

3. En effet, un cachet tout particulier leur aura été imprimé par la brève, mais combien pathétique cérémonie au cours de laquelle un hommage officiel et solennel a été rendu au Professeur Comlan A. A. Quenum par le trente-quatrième Comité régional au nom de toute l'Afrique et de tous les Africains. Joignant sa puissante voix à celle des porte-parole de nos trois Sous-Régions africaines, le Docteur H. Mahler, Directeur général de l'OMS, a mis en évidence ce que l'on pourrait considérer comme le testament politique du grand disparu, qui "s'engageait dès 1965 dans une lutte politique acharnée pour la santé du peuple africain et, ce faisant, s'élevait à une place vénérable dans l'histoire sociale de l'Afrique. Il a conduit obstinément et sans trêve une lutte quotidienne pour assurer la justice sociale en matière de santé pour toutes ses soeurs et tous ses frères africains".

Annexe 17

4. Au cours de cette session, nous avons eu le plaisir d'accueillir l'Algérie comme un nouveau Membre de ce Comité, ce qui nous fait renaître l'espoir que la Région africaine de notre Organisation peut un jour s'identifier au continent.

5. Particulière, la trente-quatrième session du Comité régional l'aura été, avec cette atmosphère lourde d'émotion dans laquelle, pour occuper le poste de Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, notre confiance s'est portée sur le Professeur Monekosso à qui il revient de lever haut, très haut, le flambeau tombé des mains du Docteur Quenum.

6. Si nos débats ont été parfois émotionnels voire passionnés, cela tenait à la nature des sujets et je suis convaincu que vous partagez entièrement avec moi toute la fierté que je ressens en tant qu'Africain lorsque, au-dessus de cet épouvantail communément appelé barrière linguistique, par-delà la diversité de nos convictions politiques et socio-économiques, nous avons su prouver à la communauté internationale que l'unité africaine n'est pas une topie.

7. J'ai déjà eu à féliciter le Professeur Monekosso et à lui affirmer que dans le difficile mais combien exaltant combat qu'il aura désormais à mener, il ne sera pas seul, que l'Afrique entière sera à ses côtés pour conduire le bateau à bon port. A lui de jouer la bonne carte pour qu'un tel capital de confiance aille en grandissant au fil des jours et des années".

Messieurs les Ministres,
Monsieur Représentant personnel du Directeur général,
Honorables délégués,
Mesdames,
Messieurs,

8. C'est avec l'année 1983 qu'a pris fin le programme charnière qu'a été le Sixième Programme général de Travail au cours duquel les grandes options en faveur d'un développement sanitaire fondé sur les SSP ont été prises; j'ai en vue la Conférence internationale d'Alma-Ata sur les Soins de Santé primaires, l'élaboration des stratégies nationales, régionales et mondiales de la santé pour tous en l'an 2000, la conception et la mise en place d'un processus

Annexe 17

gestionnaire, l'élaboration par les Etats de leur premier rapport de situation, la conception et la mise à la disposition des Etats du canevas et format communs pour la surveillance et l'évaluation continues des stratégies de la santé pour tous en l'an 2000, etc.

9. Ainsi, le premier programme entièrement conçu pour donner effet à une telle politique sanitaire est bien le Septième Programme général de Travail (1984-1989) qui doit être le livre de chevet de chacun de nous.

10. Dans son rapport d'activités 1983, le Directeur régional note que les premiers rapports de situation sur la surveillance et l'évaluation continues fournis par les pays font état de certains progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies nationales de la santé pour tous. Des activités interpays sous forme de conférences, conférences-ateliers, séminaires et cours de recyclage ont été menées autour des thèmes pertinents tels que la gestion des SSP, la coordination intersectorielle pour la mobilisation des ressources, l'insertion des SSP dans les plans de développement socio-économique, etc.

11. Au cours de nos travaux, des débats fructueux se sont instaurés entre nous autour des rapports sur l'évaluation de l'expérience africaine d'utilisation des nationaux comme Coordonnateurs des Programme OMS, sur le programme "Femmes et développement sanitaire", la mise en oeuvre de la stratégie régionale pour l'utilisation optimale des ressources de l'OMS comme soutien direct aux Etats Membres, sur les visites des responsables des Etats Membres dans d'autres pays de la Région.

12. Les longs débats qu'ont suscité l'examen du Projet de Budget Programme pour la période 1986-1987 et les compléments d'information donnés par le Secrétariat nous ont permis de constater le progrès accompli dans l'évolution de la part du budget accordé au pays. Vous avez certainement pu, comme moi, vous rendre compte de notre influence décisive directe et indirecte en tant qu'Etats Membres dans l'importance accordée aux différents programmes.

13. Nous avons eu à relever et à déplorer tout au long de nos travaux que les mécanismes de la coopération technique entre pays en développement n'aient pas répondu totalement à l'espoir mis en eux au moment de leur mise en place. C'est pourquoi, je vous convie tous à apporter toute la collaboration requise au Bureau régional pour l'évaluation que nous avons demandée.

Annexe 17

Messieurs les Ministres,
Monsieur le Représentant personnel du Directeur général,
Honorables délégués,
Mesdames,
Messieurs,

14. Comme par le passé, nous venons de prendre un certain nombre de résolutions et des décisions de procédure, et j'ose croire que chacun de nous pour ce qui le concerne, ne ménagera aucun effort pour leur mise en oeuvre.

15. Avant de terminer, je voudrais féliciter tous les participants pour le travail que nous venons d'accomplir, et vous remercier pour l'indulgence dont vous avez fait preuve tout au long de ces travaux.

16. Chers Collègues et Honorables Délégués, permettez-moi en votre nom à tous, de féliciter très sincèrement le Dr Samba, Représentant personnel du Directeur général, son Assistant le Dr Franklin et leurs collaborateurs qui ont su, dans la situation d'urgence où nous a plongé la perte brutale de notre regretté Comlan Alfred Auguste Quenum, faire fonctionner avec diligence les mécanismes du Bureau régional pour le déroulement de nos travaux.

17. Toutes nos sincères félicitations aussi à nos aimables interprètes qui, de leurs cabines, nous ont permis de banaliser nos problèmes de communication liés à la diversité de nos langues de travail.

18. Je m'en voudrais si j'oubliais ceux là que nous ne voyons pas et sans lesquels nos travaux auraient été paralysés: ce sont nos traducteurs et tous les autres Membres du Secrétariat.

19. Je souhaite aux Honorables Délégués un bon retour dans leurs pays respectifs et un travail fécond en vue de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

20. Je vous remercie de votre aimable attention. Et je déclare close la trente-quatrième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.