

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



**QUARANTE-TROISIEME SESSION  
DU COMITE REGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE  
TENUE A GABORONE, BOTSWANA  
DU 1 AU 8 SEPTEMBRE 1993**

**RAPPORT FINAL**

**BRAZZAVILLE**  
Octobre 1993

# SOMMAIRE

## PARTIE I

*Page*

### DECISIONS DE PROCEDURE

1.	Composition 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.	Pouvoirs . . . . .	2
5.	Choix du sujet des Discussions techniques de 1994 . . . . .	2
6.	Nomination du Président des Discussions techniques de 1994 . . . . .	2
7.	Ordre du jour de la quarante-quatrième session du Comité régional . . . . .	3
8.	Ordres du jour de la quatre-vingt-onzième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Septième session de l'Assemblée mondiale de la Santé : Incidences régionales . . . . .	3
9.	Méthode de travail et durée de la Quarante-Septième Assemblée mondiale de la Santé . . . . .	3
10.	Désignation du Représentant de la Région africaine au Comité de gestion du Programme mondial de lutte contre le SIDA (GPA) . . . . .	3
11.	Dates et lieux des quarante-quatrième et quarante-cinquième sessions du Comité régional . . . . .	3
12.	Désignation du Représentant de la Région au Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine (HRP) : Comité d'orientaion et de coordination (COC) . . . . .	3

### RESOLUTIONS

AFR/RC43/R1	Activité de l'OMS dans la Région africaine : Rapport biennal du Directeur régional pour 1991-1992 . . . . .	5
AFR/RC43/R2	Rapport sur la salubrité de l'environnement : Analyse des tendances dans la Région africaine . . . . .	6

	<i>Page</i>
AFR/RC43/R3	Lutte contre le SIDA dans la Région africaine : Relever le défi de l'épidémie de SIDA . . . . . 9
AFR/RC43/R4	Mesures à assise communautaire de prévention et de lutte contre les maladies cardio-vasculaires pour les années 1990 . . . 11
AFR/RC43/R5	Programme régional de lutte antipaludique . . . . . 11
AFR/RC43/R6	Les Femmes, la Santé et le Développement . . . . . 14
AFR/RC43/R7	Surveillance épidémiologique des maladies transmissibles au niveau du district . . . . . 16
AFR/RC43/R8	Programme élargi de vaccination : Interventions prioritaires pour l'accélération du programme . . . . . 17
AFR/RC43/R9	Eradication de la dracunculose . . . . . 19
AFR/RC43/R10	Mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous . . . . . 21
AFR/RC43/R11	Motion de remerciements . . . . . 21

## PARTIE II

	<i>Paragraphes</i>
<b>OUVERTURE DE LA SESSION</b> . . . . .	1 - 36
<b>ORGANISATION DES TRAVAUX</b> . . . . .	37 - 39
<b>ACTIVITES DE L'OMS DANS LA REGION AFRICAINE EN 1991-1992 : RAPPORT BIENNAL DU DIRECTEUR REGIONAL (document AFR/RC43/3)</b> . . . . .	40 - 153
<b>Présentation</b> . . . . .	40 - 112
<b>Orientations du Programme régional dans les années à venir</b> . . . . .	68 - 112
Soutien aux systèmes nationaux de santé . . . . .	68 - 76
Protection et promotion de la santé . . . . .	77 - 81
Lutte contre les maladies transmissibles . . . . .	82 - 88
Lutte contre le SIDA . . . . .	89 - 98
Programme de financement des soins de santé (HECAFIP) . . . . .	99 - 112

<b>Discussion</b> .....	113 - 153
Développement et gestion d'ensemble des programmes .....	114 - 123
Soutien aux systèmes nationaux de santé .....	124 - 127
Protection et promotion de la santé .....	128 - 137
Lutte contre la maladie .....	138 - 153

**EXAMEN DU RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME**

(document AFR/RC43/7) .....	154 -239
Assainissement de l'environnement : Analyse de la tendance (document AFR/RC43/8) .....	154 - 160
Rapport d'activité sur la lutte contre le SIDA dans la Région africaine (document AFR/RC43/9) .....	161 - 177
Maladies cardio-vasculaires : Examen de la situation (document AFR/RC43/10) .....	178 - 183
Elargir le rôle du personnel des soins infirmiers et obstétricaux en matière de surveillance épidémiologique des maladies (document AFR/RC43/11) .....	183 - 189
Rapport du Conseil consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS) (document AFR/RC43/12) .....	190 - 193
Programme de lutte antipaludique (document AFR/RC43/13) .....	194 - 199
Rapport sur l'adaptation de l'OMS aux changements mondiaux (documents AFR/RC43/14 et AFR/RC43/14 Add.1) et sur le Neuvième Programme général de Travail .....	200 - 205
Production locale de médicaments essentiels (document AFR/RC43/15) .....	206 - 209
Les femmes, la santé et le développement (document AFR/RC43/16) .....	210 - 220
Développement des systèmes nationaux d'information sanitaire (document AFR/RC43/17) .....	221
Surveillance épidémiologique des maladies transmissibles (document AFR/RC43/18) .....	222 - 223
Programme élargi de vaccination : Progrès accomplis (document AFR/RC43/19) .....	224 - 227



Programme régional de lutte contre la dracunculose (document AFR/RC43/20) . . . . .	228
Subventions aux études (document AFR/RC43/21) . . . . .	229 - 230
Rapport sur le Prix du Dr Comlan A. A. Quenum (document AFR/RC43/22) . . . . .	231 - 234
Bourse de la Fondation Jacques Parisot (document AFR/RC43/31) . . . . .	235 - 237
Composition du Sous-Comité du Programme pour 1994 . . . . .	238
Mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous . . . . .	239
<b>CORRELATION ENTRE LES TRAVAUX DU COMITE REGIONAL, DU CONSEIL EXECUTIF ET DE L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE . . . . .</b>	<b>240 - 255</b>
Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif (document AFR/RC43/4) . . . . .	240 - 245
Ordres du jour de la quatre-vingt-treizième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Septième Assemblée mondiale de la Santé : Incidences régionales (document AFR/RC43/5) . . . . .	246 - 248
Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC43/6) . . . . .	249 - 255
<b>DISCUSSIONS TECHNIQUES . . . . .</b>	<b>256 - 260</b>
Rapport du Comité régional sur les Discussions techniques (document AFR/RC43/23) . . . . .	256 - 259
Désignation du Président et du Président suppléant et choix du thème des Discussions techniques de 1994 (document AFR/RC43/26) . . . . .	260
<b>DATES ET LIEUX DES QUARANTE-QUATRIEME ET QUARANTE- CINQUIEME SESSIONS DU COMITE REGIONAL EN 1994 ET 1995 (document AFR/RC43/26) . . . . .</b>	<b>261 - 262</b>
<b>CLOTURE DE LA QUARANTE-TROISIEME SESSION DU COMITE REGIONAL . . . . .</b>	<b>264 - 284</b>

## ANNEXES

	<i>Page</i>
1. Ordre du jour . . . . .	65
2. Liste des participants . . . . .	67
3. Allocution prononcée par le Dr G. L. Monekosso, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique . . . . .	88
4. Allocution du Dr Hiroshi Nakajima, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé . . . . .	92
5. Discours d'ouverture de Son Excellence Sir Ketumile Masire, Président de la République du Botswana . . . . .	98
6. Allocution de M. Pascal Gayama, Secrétaire général adjoint de l'OUA . . . . .	102
7. Allocution prononcée par Monsieur Cole P. Dodge, Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique orientale et australe . . . . .	105
8. Allocution de Mme Ishrat Z. Husain, Banque mondiale . . . . .	109
9. Discours de M. Stanislas Adotevi, Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre . . . . .	112
10. Rapport du Sous-Comité du Programme . . . . .	117
11. Rapport du Sous-Comité du Programme tenue le 7 septembre 1993 . . . . .	142
12. Rapport des Discussions techniques . . . . .	147
13. Ordre du jour provisoire de la quarante-quatrième session du Comité régional . . . . .	152
14. Liste des documents . . . . .	154

**PARTIE I**

**DECISIONS DE PROCEDURES  
ET  
RESOLUTIONS**

**DECISIONS DE PROCEDURE****1. Composition du Sous-Comité des Désignations**

Le Comité régional a nommé un Sous-Comité des Désignations composé des Représentants des 12 Etats Membres suivants : Côte d'Ivoire, Gabon, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, et Ile Maurice. A sa première séance le mercredi 1er septembre 1993, le Sous-Comité a élu Président, le Dr Ntaba (Malawi).

*Deuxième séance, 1er septembre 1993*

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

Après avoir examiné le rapport du Sous-Comité des Désignations et conformément à l'article 10 du Règlement intérieur et à la résolution AFR/RC41/R1, le Comité régional a élu à l'unanimité les personnes suivantes :

<b><i>Président</i></b>	:	Dr B. K. Temane Ministre de la Santé (Botswana)
<b><i>1er Vice-Président</i></b>	:	Mme H. Godinho Gomes Ministre de la Santé (Guinée-Bissau)
<b><i>2ème Vice-Président</i></b>	:	M. Mahamat Nouri Ministre de la Santé (Tchad)
<b><i>Rapporteurs</i></b>	:	M. Ahmed O. Ghnahallah Ministre de la Santé (Mauritanie)
		Dr J. H. Makumbi Ministre de la Santé (Ouganda)
		Dr L. Santos Simao Ministre de la Santé (Mozambique)

***Rapporteurs des discussions techniques :***

Dr Pius Achola (Kenya)  
Dr Kane Ibrahima (Mauritanie)  
Dr Ildo de Carvalho (Cap-Vert)

*Troisième séance, 1er septembre 1993*

### **3. Composition du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs**

Le Comité régional, conformément à l'article 16 du Règlement intérieur, a nommé un Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs composé des Représentants des 12 Etats Membres suivants : Namibie, Niger, Nigéria, Rwanda, Sao Tomé et Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Togo, Ouganda et Tanzanie.

Le Sous-Comité a élu le Dr Nickey Iyambo (Namibie) comme Président.

*Troisième séance, 1er septembre 1993*

### **4. Pouvoirs**

Le Comité régional, à la suite des propositions du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs, a reconnu la validité des pouvoirs présentés par les Représentants des Etats Membres ci-après : Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, République centrafricaine, Tchad, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé et Principe, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Togo, Zaïre, Zambie et Zimbabwe.

Le Sous-Comité n'a pas été en mesure de vérifier les pouvoirs de l'Algérie, de l'Ethiopie et du Sénégal.

*Huitième séance, 6 septembre 1993*

### **5. Choix du sujet des Discussions techniques de 1994**

Le Comité régional a approuvé que le sujet suivant soit celui des discussions techniques de la quarante-quatrième session : "Choix et Développement des Technologies sanitaires".

*Onzième séance, 7 septembre 1993*

### **6. Nomination du Président des Discussions techniques de 1994**

Le Comité a nommé le Dr A. R. Noormahomed (Mozambique), Président des discussions techniques de la quarante-quatrième session du Comité régional, et le Dr Yunkap Kwankan (Cameroun), Président suppléant.

*Onzième séance, 7 septembre 1993*

## **7. Ordre du jour de la quarante-quatrième session du Comité régional**

Le Comité régional a approuvé l'ordre du jour provisoire de la quarante-quatrième session du Comité régional proposé à l'Annexe 3 du document AFR/RC43/5.

*Onzième séance, 7 septembre 1993*

## **8. Ordres du jour de la quatre-vingt-treizième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Septième session de l'Assemblée mondiale de la Santé : Incidences régionales**

Le Comité régional a pris note des ordres du jour provisoires de la quatre-vingt-treizième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Septième session de l'Assemblée mondiale de la Santé ainsi que leur corrélation avec l'ordre du jour provisoire de la quarante-quatrième session du Comité régional.

*Onzième séance, 7 septembre 1993*

## **9. Méthode de travail et durée de la Quarante-Septième Assemblée mondiale de la Santé**

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

- 9.1 Le Président de la quarante-troisième session du Comité régional sera proposé pour le poste de Président de la Quarante-Septième Assemblée mondiale de la Santé en mai 1994. Si pour une raison ou une autre, le Président du Comité n'est pas en mesure d'assumer ses fonctions, l'un des Vice-Présidents du Comité le remplacera dans l'ordre établi après le tirage au sort (Premier et Deuxième Vice-Présidents). Si le Président en exercice du Comité et les deux Vice-Présidents ne sont pas en mesure d'assumer les fonctions de Président de l'Assemblée mondiale de la Santé, les chefs de délégations des pays d'origine du Président et du Premier et du Deuxième Vice-Présidents assureront dans cet ordre les fonctions de Président.

### *Membres habilités à désigner les personnes devant siéger au Conseil exécutif*

- 9.2 Le mandat de la Sierra Leone expirera à la clôture de la Quarante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 1994. Par conséquent, en suivant l'habituel ordre alphabétique anglais, le Comité régional a décidé que la Zambie sera le nouveau membre habilité à désigner une personne devant siéger au Conseil exécutif à partir de la quatre-vingt-treizième session du Conseil exécutif.

### *Clôture de la Quarante-Septième Assemblée mondiale de la Santé*

- 9.3 Le représentant du Bénin s'exprimera au nom de la Région africaine à la clôture de la Quarante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, si l'ordre du jour défini l'exige; voir décision 6 (11) de la trente-troisième session du Comité régional.

**Réunion informelle du Comité régional**

- 9.4 Le Directeur régional convoquera cette réunion le lundi 2 mai 1994, à 10 heures, au Palais des Nations, à Genève, pour confirmer les décisions prises par le Comité régional à sa quarante-troisième session.

*Onzième séance, 7 septembre 1993*

**10. Désignation du Représentant de la Région africaine au Comité de gestion du Programme mondial de lutte contre le SIDA (GPA)**

Etant donné que le mandat du Congo expirera à la fin de 1993, la Côte d'Ivoire remplacera le Congo et remplira un mandat de trois ans à partir du 1er janvier 1994. La Côte d'Ivoire siègera aux côtés du Botswana pour représenter la Région au Comité de gestion du Programme mondial de lutte contre le SIDA.

*Onzième séance, 7 septembre 1993*

**11. Dates et lieux des quarante-quatrième et quarante-cinquième sessions du Comité régional**

Le Comité régional a décidé de tenir sa quarante-quatrième session à Brazzaville (Congo), son siège régional, en septembre 1994, en application de la résolution AFR/RC35/R10. Sauf si un pays, s'engageant à assurer tous les frais supplémentaires mis à la charge de l'Organisation, l'invite à se tenir ailleurs, la quarante-cinquième session aura également lieu à Brazzaville.

*Onzième séance, 7 septembre 1993*

**12. Désignation du Représentant de la Région au Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine (HRP) : Comité d'orientation et de coordination (COC)**

Comme les mandats de la Sierra Leone et du Swaziland expireront à la fin de 1993, et en suivant l'ordre alphabétique anglais, le Comité régional a désigné la Tanzanie et le Zaïre pour siéger au Comité d'orientation et de coordination (COC) pendant les trois prochaines années. Les mandats de la Tanzanie et du Zaïre débiteront en janvier 1994.

*Onzième séance, 7 septembre 1993*

## RESOLUTIONS

**AFR/RC43/R1 Activité de l'OMS dans la Région africaine :  
Rapport biennal du Directeur régional pour 1991-1992**

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport biennal du Directeur régional sur l'activité de l'OMS dans la Région africaine pour 1991-1992;

Notant avec satisfaction que ce rapport couvre les domaines prioritaires tels que l'appui aux systèmes nationaux de santé, la protection et la promotion de la santé, la lutte contre la maladie y compris le SIDA et souligne avec pertinence non seulement les activités réalisées, mais aussi les perspectives et activités planifiées au niveau régional pour appuyer les programmes nationaux;

Ayant noté également avec satisfaction que du fait du consensus dont a fait l'objet le Cadre africain de Développement sanitaire de la part des pays et des bailleurs de fonds, beaucoup de districts deviennent opérationnels, ce qui nous amènera vers l'élimination et l'éradication de certaines maladies, une meilleure maîtrise du SIDA et du financement des services de santé;

Se félicitant de l'accent mis sur la concertation des efforts au niveau des districts et des communautés en guise de dernière ligne droite pour atteindre les objectifs fixés par les Etats Membres et la communauté internationale,

1. **APPROUVE** le rapport du Directeur régional, ainsi que les orientations qu'il contient;
2. **FELICITE** le Directeur régional de la qualité de son rapport et la présentation qui en a été faite par lui-même et son équipe;
3. **ENCOURAGE** le Directeur régional à poursuivre son effort en vue d'atteindre les cibles et objectifs fixés pour les années 90;
4. **PREND NOTE** avec satisfaction des nouvelles initiatives prises par le Directeur régional pendant le biennium, notamment celles qui visent :
  - i) à renforcer le rôle des Représentants de l'OMS grâce aux équipes OMS-pays mieux structurées et bien orientées;
  - ii) à développer le programme de financement des soins de santé (HECAFIP) pour soutenir le partenariat entre les gouvernements, les communautés et les autres partenaires dont les ONG;
  - iii) à prendre des initiatives nouvelles pour renforcer la lutte contre le SIDA en Afrique;
  - iv) à mobiliser les communautés pour instaurer la Santé pour Tous à partir des districts opérationnels;



- v) à accélérer l'élimination et l'éradication de certaines maladies conformément aux résolutions du Comité régional et de l'Assemblée mondiale de la Santé;
5. SE FELICITE du renforcement constant des relations entre le Bureau régional et d'autres organisations du système des Nations Unies, ainsi que les institutions régionales et sous-régionales;
6. INVITE les Etats Membres à intensifier et à développer les activités destinées à accélérer l'instauration de la Santé pour Tous en accordant une attention particulière aux programmes régionaux dont les délais de mise en oeuvre sont définis tel que rappelé dans le rapport biennal du Directeur régional;
7. PRIE le Directeur régional de poursuivre ses efforts pour mobiliser les ressources humaines, techniques et financières nécessaires à l'appui des programmes nationaux.

*Onzième séance, 7 septembre 1993*

**AFR/RC43/R2 Rapport sur la salubrité de l'environnement :  
Analyse des tendances dans la Région africaine**

Le Comité régional,

Ayant examiné le document sur l'analyse des tendances de la salubrité de l'environnement dans la Région africaine de l'OMS ainsi que le document d'information AFR/RC43/INF.DOC/1 intitulé : "L'Afrique en l'an 2000 : une initiative pour un programme international pour l'eau potable et l'assainissement en Afrique", présentés par le Directeur régional;

Considérant la Conférence des Nations Unies sur l'Environnement et le Développement et ses principaux résultats, la Déclaration de Rio sur l'Environnement et le Développement et l'Agenda 21;

Rappelant la résolution WHA42.25 appelant à un effort soutenu au cours des années 90 pour permettre l'extension et l'intensification des activités de la Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement dans les années 1990, et la résolution WHA46.20 sur la stratégie mondiale de l'OMS pour la santé et l'environnement ainsi que la résolution AFR/RC42/R7 sur la promotion du développement de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement dans la Région;

Notant avec préoccupation qu'en dépit des efforts appréciables et des progrès considérables réalisés pendant la décennie, le niveau d'assainissement dans la Région est toujours faible notamment en milieu rural et périurbain;

Sachant que l'insuffisance de l'alimentation en eau et les mauvaises conditions d'assainissement dans les pays d'Afrique ont été les principaux facteurs expliquant le niveau élevé de morbidité et de mortalité imputables aux maladies transmissibles dans la Région;

Reconnaissant l'ampleur de la tâche restant à accomplir pour maîtriser et gérer efficacement le problème des déchets solides produits dans les zones urbaines qui connaissent une croissance rapide dans notre Région;

Reconnaissant l'existence d'un lien entre la détérioration de l'environnement et la croissance démographique sauvage qui exercent une pression constante sur les richesses naturelles et engendrent davantage de déchets mettant en danger la santé de la population;

Reconnaissant l'urgente nécessité de prendre des mesures appropriées pour évaluer et maîtriser les risques croissants pour la santé associés à la pollution industrielle, à l'emploi aveugle de pesticides et à l'utilisation de combustibles tirés de la biomasse pour les besoins énergétiques quotidiens;

Affirmant qu'un assainissement approprié et une gestion rationnelle des déchets sont cruciaux pour la promotion et la protection de la santé humaine et de l'environnement qui sont tous deux nécessaires pour un développement durable;

Réaffirmant que les Ministères de la Santé devraient maintenir leur rôle d'autorité directrice en intégrant effectivement aux soins de santé primaires la salubrité de l'environnement, en tant que composante essentielle dans le Cadre africain de Développement sanitaire,

1. **FELICITE** le Directeur régional de son rapport et l'approuve au même titre que son Programme d'action;
2. **APPROUVE** le document intitulé : "L'Afrique en l'an 2000 : une initiative pour un programme international pour l'eau potable et l'assainissement en Afrique", et son processus opérationnel;
3. **EXPRIME** sa satisfaction des efforts accomplis par les Etats Membres pour promouvoir et développer la salubrité de l'environnement en dépit de nombreuses contraintes;
4. **PRIE INSTAMMENT** les Etats Membres :
  - i) de rédiger des politiques, des législations, des stratégies et des plans complets sur la salubrité de l'environnement en tant que composantes des plans nationaux de santé pour un développement durable; de mettre à jour les lois existantes en matière de santé publique;
  - ii) d'accorder la priorité au développement des ressources humaines afin de répondre aux besoins d'une meilleure capacité de gestion et d'assurer l'efficacité de la coordination et de la collaboration intersectorielles nécessaires pour résoudre les problèmes de salubrité de l'environnement;
  - iii) de développer davantage les actions en vue de mobiliser les ressources nationales et extérieures pour répondre aux besoins identifiés;
  - iv) de procéder immédiatement à l'évaluation de la situation des principales pollutions résultant des déchets domestiques et industriels, des gaz d'échappement et de la combustion de combustibles à base de biomasse, et d'assurer une surveillance régulière en vue de prendre des décisions sur les questions de développement et de gestion;
  - v) d'entreprendre des recherches sur l'application systématique de technologies sûres et abordables d'évacuation des excréta et de gestion des déchets solides et industriels;

- vi) de continuer à sensibiliser davantage le public à l'importance et aux bienfaits d'un bon assainissement à domicile, sur les lieux de travail, dans la collectivité et à l'école, grâce à une action éducative axée sur l'hygiène et l'environnement;
  - vii) de faire prendre conscience aux populations des rapports existant entre la croissance démographique et la dégradation de l'environnement, et de renforcer les programmes de planification familiale;
6. DEMANDE aux organisations internationales, gouvernementales et non gouvernementales :
- i) de renforcer leur soutien pour l'amélioration de la salubrité de l'environnement par des programmes de coopération, tels que "L'Afrique en l'an 2000 : une initiative pour un programme international pour l'eau potable et l'assainissement en Afrique";
  - ii) de continuer à promouvoir et à renforcer la coopération internationale en vue de la surveillance et de la maîtrise des mouvements de déchets dangereux et toxiques à travers les frontières;
7. PRIE le Directeur régional :
- i) de continuer à accorder son soutien aux pays dans la mise en oeuvre de la résolution AFR/RC42/R7 sur l'accélération de la mise en oeuvre du programme d'approvisionnement en eau et d'assainissement, en mettant l'accent sur la composante "assainissement" afin de réduire l'écart qui existe entre la couverture de l'assainissement et celle de l'approvisionnement en eau;
  - ii) de continuer à renforcer la coopération technique visant à se doter des capacités nécessaires en accordant une attention particulière au développement des institutions, des ressources humaines et des technologies appropriées;
  - iii) de continuer à collaborer avec les organisations internationales, gouvernementales et non gouvernementales dans la mobilisation des ressources, par l'intermédiaire de "L'Afrique en l'an 2000 : une initiative pour un programme international pour l'eau potable et l'assainissement en Afrique" et d'autres programmes visant à relever le niveau de l'assainissement, particulièrement en milieu rural et périurbain;
  - iv) de continuer à collaborer avec les organisations internationales et régionales dans la promotion et la mise en place d'un mécanisme de coopération technique entre les pays de la Région pour surveiller et maîtriser le mouvement des déchets dangereux et toxiques à travers les frontières;
  - v) de soumettre un rapport sur la mise en oeuvre de cette résolution à la quarante-sixième session du Comité régional.

*Onzième séance, 7 septembre 1993*

## **AFR/RC43/R3 Lutte contre le SIDA dans la Région africaine : Relever le défi de l'épidémie de SIDA**

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du Directeur régional contenu dans le document AFR/RC43/9 relatif à la situation de l'épidémie de SIDA et aux efforts des Etats Membres pour combattre cette épidémie;

Notant avec préoccupation la propagation continue de l'épidémie à des régions jusque-là épargnées par le VIH, en dépit de l'intensification des interventions visant à lutter contre cette infection dans les Etats Membres de la Région;

Rappelant la résolution AFR/RC40/R6, adoptée à sa quarantième session, invitant les Etats Membres à mettre l'accent sur des stratégies régionales pertinentes de lutte contre le SIDA et à accorder au programme tout l'engagement politique nécessaire;

Notant avec satisfaction l'engagement politique en faveur des efforts nationaux de lutte contre le SIDA exprimé dans les Déclarations des Chefs d'Etat de l'OUA (AHG/DECL.3 (XXVII) à Abuja en 1991 et AHG.DECL.1 (XXVIII) à Dakar en 1992) sur l'épidémie de SIDA en Afrique;

Notant, avec une grave préoccupation, qu'il y a eu une réduction importante du nombre des postes OMS/GPA dans les pays de la Région, qui est passé de 86 à 40, et que cette réduction des postes compromettra gravement la capacité de l'OMS d'assurer la coopération technique avec les Etats Membres;

Estimant que les efforts actuels de lutte contre le SIDA dans beaucoup d'Etats Membres doivent être davantage intensifiés par l'adoption de législations et d'instruments appropriés de politique nationale pour renforcer et mettre en oeuvre partout des stratégies efficaces de prévention de la transmission sexuelle et pour assurer la sécurité du sang;

Estimant en outre que les gouvernements devraient activement encourager la création d'organisations à tous les niveaux du gouvernement et de la société (niveaux national, intermédiaire et du district) afin d'apporter une réponse appropriée et durable aux épidémies de VIH/SIDA,

1. LANCE un appel à la communauté internationale pour renforcer la collaboration multisectorielle afin d'atteindre les objectifs de la stratégie mondiale de lutte contre le SIDA et d'accroître le soutien financier et matériel accordé à l'Organisation mondiale de la Santé et aux Etats Membres de la Région africaine qui est la plus gravement touchée par l'épidémie de SIDA;
2. FELICITE le Directeur régional de la manière efficace avec laquelle il a continué à jouer son rôle de défenseur des Etats Membres et du soutien et des directives techniques que le Bureau régional n'a cessé d'accorder aux programmes nationaux de lutte contre le SIDA;
3. PRIE INSTAMMENT les Etats Membres :

- i) d'intensifier leurs efforts pour faire en sorte que les objectifs et les activités convenus en commun par les pays et l'Organisation mondiale de la Santé pour la mise en oeuvre des stratégies mondiales et régionales soient atteints;

- ii) d'adopter les instruments politiques et juridiques nécessaires pour créer des organisations nationales appropriées, pour promouvoir et initier des activités essentielles à la lutte contre le VIH/SIDA;
  - iii) de redoubler d'efforts pour mobiliser des ressources financières et matérielles nationales pour la prévention du VIH et pour réduire son impact sur les individus, les familles et les communautés;
  - iv) d'encourager la participation multilatérale à la planification et au soutien en faveur des efforts nationaux de lutte contre le SIDA;
  - v) d'encourager le secteur privé et les organisations non gouvernementales à fournir des ressources financières et matérielles à la lutte contre le SIDA;
  - vi) d'assurer, conformément aux principes du Cadre africain de Développement sanitaire, une décentralisation et une intégration complètes des activités de lutte contre le VIH/SIDA;
4. PRIE le Directeur régional :
- i) de renforcer et de maintenir le rôle d'autorité directrice de l'OMS dans la lutte contre le VIH/SIDA;
  - ii) de poursuivre vigoureusement l'application du programme convenu de décentralisation du soutien technique de GPA du Siège vers AFRO, y compris le transfert des ressources appropriées pour permettre au Bureau régional de fournir un soutien technique efficace aux Etats Membres;
  - iii) d'intensifier la collaboration et la coordination avec les autres institutions du système des Nations Unies, les organisations internationales, les institutions bilatérales et les organisations non gouvernementales dans la planification et la mise en oeuvre des activités de lutte contre le VIH/SIDA;
  - iv) d'intensifier la collaboration de l'OMS avec les Etats Membres et de fournir un soutien technique selon les besoins;
  - v) de faire rapport sur la situation de l'épidémie dans les pays de la Région et sur les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de cette résolution au Comité régional à sa quarante-quatrième session.

*Onzième séance, 7 septembre 1993*

## **AFR/RC43/R4 Mesures à assise communautaire de prévention et de lutte contre les maladies cardio-vasculaires pour les années 1990**

Le Comité régional,

Considérant la résolution WHA42.35 (1989) de l'Assemblée mondiale de la Santé qui exhortait les Etats Membres à redoubler d'efforts en vue d'appliquer les connaissances disponibles en matière de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles grâce à des programmes intégrés, à assise communautaire, qui accordent la priorité aux besoins nationaux;

Rappelant également la résolution WHA36.32 (1983) qui lançait un appel urgent aux Etats Membres afin qu'ils accordent une attention particulière aux larges possibilités qu'offre la lutte contre les maladies cardio-vasculaires en tant que partie intégrante de leurs plans de santé nationaux;

Considérant que les Etats Membres ont approuvé le Cadre africain de Développement sanitaire en tant que moyen d'accélérer l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000;

Prenant note de toutes les études et enquêtes menées sur les maladies cardio-vasculaires dans la Région au cours des dix dernières années;

Conscient que les maladies cardio-vasculaires progressent à mesure que les populations vieillissent et que le personnel et les équipements de traitement des maladies cardio-vasculaires ne sont pas disponibles et ne le seront pas dans un proche avenir;

Ayant examiné le rapport du Directeur régional,

1. REMERCIE le Directeur régional de son rapport concis et complet;
2. LANCE un appel aux Etats Membres pour qu'ils :
  - i) évaluent l'étendue des problèmes liés aux maladies cardio-vasculaires dans leurs populations, notamment en milieu scolaire, et choisissent les domaines d'intervention prioritaires en utilisant les meilleures méthodes et stratégies de prévention, dans le but de réduire les facteurs de risque au sein des populations;
  - ii) lancent des programmes nationaux de formation du personnel de santé aux niveaux national, intermédiaire et de district;
  - iii) forment les agents de santé en matière d'activités de soins de santé primaires à assise communautaire et les utilisent dans la lutte contre les maladies cardio-vasculaires;
  - iv) mobilisent des ressources locales et extérieures pour ces activités;
  - v) renforcent ou créent des mécanismes de nature à permettre le diagnostic précoce des maladies cardio-vasculaires, soit grâce à des visites médicales systématiques dans le cadre des programmes de santé scolaire et de médecine du travail, soit à l'occasion de campagnes périodiques de dépistage, notamment dans les collectivités et districts ruraux;

3. DEMANDE aux organisations internationales, gouvernementales et non gouvernementales, ainsi qu'aux fondations bénévoles privées d'apporter leur assistance à la lutte contre les maladies cardio-vasculaires dans la Région africaine;

4. DEMANDE au Directeur régional :

- i) de fournir l'assistance technique nécessaire aux Etats Membres dans la formulation de leurs programmes nationaux de lutte contre les maladies cardio-vasculaires et l'intégration de ceux-ci aux soins de santé primaires;
- ii) d'organiser des activités de formation technique et gestionnaire à l'intention des nationaux dans le domaine de la lutte contre les maladies cardio-vasculaires, ainsi que des séminaires et des ateliers visant à faciliter l'échange d'expériences et la promotion des programmes aux niveaux national et régional;
- iii) de mobiliser davantage de ressources pour toutes les activités susmentionnées tant au niveau national qu'international;
- iv) de prendre les dispositions nécessaires pour favoriser l'adhésion des institutions spécialisées de la Région africaine au réseau de centres collaborateurs du projet de surveillance des tendances et des déterminants des maladies cardio-vasculaires (MONICA);
- v) de tenir le Comité régional régulièrement informé des progrès réalisés dans la mise en oeuvre de cette résolution.

*Onzième séance, 7 septembre 1993*

### **AFR/RC43/R5 Programme régional de lutte antipaludique**

Le Comité régional,

Constatant la persistance de la situation alarmante du paludisme dans la plupart des pays de la Région et ses conséquences désastreuses sur la santé et le développement;

Notant avec satisfaction l'engagement des Etats Membres et de la communauté internationale, exprimé à travers la Déclaration mondiale sur la lutte contre le paludisme adoptée lors de la conférence ministérielle d'Amsterdam tenue en octobre 1992;

Rappelant la résolution WHA46.32 adoptée lors de la Quarante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé;

Ayant examiné le rapport du Directeur régional contenu dans le document AFR/RC43/13 sur les progrès accomplis dans la lutte contre le paludisme;

Se félicitant des efforts accomplis par certains Etats Membres notamment dans la mise à jour des plans nationaux de lutte contre le paludisme et dans le domaine de la formation des personnels de santé;

Ayant pris note des cibles proposées pour un plan d'action régional de lutte contre le paludisme pour la période 1994-1997,

1. FELICITE le Directeur régional pour les actions déjà entreprises et les orientations contenues dans son rapport;

2. INVITE les Etats Membres à :

- i) maintenir leur engagement politique ainsi que celui du personnel de santé et à renforcer celui de leurs communautés en faveur de la lutte antipaludique;
- ii) poursuivre la formulation/reformulation de leurs programmes nationaux de lutte contre le paludisme conformément à la stratégie régionale en mettant l'accent sur les éléments appropriés (prise en charge des cas, lutte antivectorielle et chimioprophylaxie) en fonction de leur situation éco-épidémiologique;
- iii) déterminer dans les plans d'action nationaux des cibles précises et des indicateurs spécifiques permettant de guider la mise en oeuvre de leur programme;
- iv) surveiller étroitement l'évolution de la résistance du parasite du paludisme à la chloroquine et à d'autres antipaludiques, et partager les résultats de cette surveillance avec l'OMS et les pays limitrophes;
- v) mobiliser des ressources locales et extérieures, et faire figurer la lutte contre le paludisme dans les plans nationaux de développement sanitaire;

3. LANCE un nouvel appel aux institutions des Nations Unies, aux organisations bilatérales et multilatérales de développement, aux organisations non gouvernementales ainsi qu'aux fondations privées afin qu'elles soutiennent davantage les efforts déployés par l'OMS et les Etats Membres dans la lutte contre le paludisme;

4. PRIE le Directeur régional :

- i) de maintenir et renforcer l'appui technique fourni par le Bureau régional aux Etats Membres pour la formulation/reformulation des plans nationaux en conformité avec la nouvelle stratégie de lutte contre le paludisme;
- ii) de poursuivre les efforts visant à renforcer les compétences des personnels de santé dans la prise en charge correcte du paludisme à tous les niveaux du système de santé;
- iii) d'appuyer la surveillance de l'évolution de la résistance du parasite du paludisme à la chloroquine et à d'autres antipaludiques dans les pays, et d'en diffuser régulièrement les résultats aux pays;



- iv) de mobiliser davantage de ressources en faveur de la lutte antipaludique;
- v) de tenir les Etats Membres et le Comité régional au courant des progrès accomplis dans la mise en oeuvre de cette résolution.

*Onzième séance, 7 septembre 1993*

## **AFR/RC43/R6 Les Femmes, la Santé et le Développement**

Le Comité régional,

Rappelant les résolutions antérieures de l'Organisation mondiale de la Santé sur la santé des femmes et le développement, en particulier les résolutions WHA40.27, WHA42.42, WHA43.10 et WHA.45.25;

Notant avec préoccupation qu'en dépit des efforts appréciables déployés par les Etats Membres le niveau de scolarisation des filles reste toujours faible notamment dans les zones rurales;

Considérant les résolutions du Comité régional AFR/RC39/R9 (1989) sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants et AFR/RC40/R2 (1990) sur les programmes d'alphabétisation et les activités génératrices de revenus viables et durables;

Reconnaissant le rôle crucial joué par les femmes en Afrique dans les responsabilités des soins de santé pour les membres de la famille et la place importante qu'elles occupent dans le développement socio-économique du continent;

Ayant à l'esprit que la santé des femmes est un droit fondamental de l'Homme et doit être un domaine d'intervention prioritaire;

Notant avec grande consternation l'absence de rétroinformation sur les résultats de la mise en oeuvre de ces résolutions, l'absence de statistiques fondées sur la différenciation des sexes, les taux inacceptablement élevés de mortalité maternelle et la faible position socio-économique des femmes qui a été soulignée dans le rapport du Directeur régional;

Considérant que les Etats Membres ont endossé le Cadre de Développement sanitaire en Afrique pour accélérer l'instauration de la SPT/2000,

1. REMERCIE le Directeur régional de son rapport précis et détaillé;
2. ENREGISTRE son appréciation pour avoir initié la collecte et la présentation des données sur la mutilation génitale des filles;
3. DEMANDE aux Etats Membres :
  - i) d'élaborer un cadre légal permettant aux femmes de jouer leur rôle dans toutes les sphères du développement;

- ii) de réitérer les résolutions du Comité régional AFR/RC39/R9 sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants et en particulier la pratique de la mutilation génitale des filles; AFR/RC40/R2 sur l'accélération des programmes d'alphabétisation et la promotion des activités génératrices de revenu viables et durables dans toutes les communautés comme un moyen d'encourager la totale participation des femmes dans la santé et le développement;
- iii) de faire de la santé des femmes un domaine de priorité pour un investissement approprié dans l'éducation et les activités génératrices de revenu;
- iv) de mobiliser des ressources locales et externes pour les femmes, la santé et les activités de développement;
- v) de revoir leurs budgets/pays respectifs (AFROPOC) en vue de faire des allocations appropriées aux divers éléments de leur programme "Femmes, Santé et Développement";
- vi) de s'efforcer de permettre aux femmes d'avoir un plus grand accès à l'information, au savoir, au développement des ressources et à la prise de décision;
- vii) d'encourager le développement des technologies locales en collaboration avec l'OMS et les autres agences pour faciliter les activités domestiques des femmes;
- viii) de créer un secrétariat ou une structure similaire là où cela est possible et des ministères ou des commissions pour promouvoir et contrôler la mise en oeuvre des résolutions sur "Les Femmes, la Santé et le Développement";
- ix) d'intégrer les activités du programme "Femmes, Santé et Développement" dans les soins de santé primaires";

4. APPELLE les organisations internationales, gouvernementales et non gouvernementales ainsi que les fondations bénévoles privées à soutenir les activités de l'OMS axées sur les femmes, la santé et le développement dans la Région africaine;

5. DEMANDE au Directeur régional :

- i) d'assurer des efforts continus dans la mobilisation des ressources et d'accroître les allocations budgétaires de soutien au programme "Femmes, Santé et Développement";
- ii) d'accélérer la collecte systématique des données sur la mutilation génitale des filles, donner des conseils techniques appropriés aux Etats Membres et faire régulièrement rapport sur les progrès réalisés aux réunions du Comité régional;
- iii) de donner le soutien technique nécessaire aux Etats Membres dans la formulation et la mise en oeuvre des activités du programme "Femmes, Santé et Développement", y compris le développement d'une base de données sur les problèmes des femmes;
- iv) d'organiser des activités nationales, de formation technique et de gestion pour les responsables des femmes ainsi que des séminaires et des ateliers interpays pour faciliter l'échange d'expériences et la promotion du programme aux niveaux national et régional;

6. PRIE en outre le Directeur régional de faire rapport à la quarante-cinquième session du Comité régional sur les progrès réalisés sur "Femmes, Santé et Développement" dans la Région.

*Onzième séance, 7 septembre 1993*

**AFR/RC43/R7 Surveillance épidémiologique des maladies transmissibles  
au niveau du district**

Le Comité régional,

Considérant que l'apparition fréquente des épidémies dans la Région africaine, tels que le choléra, la peste, la fièvre jaune, la méningite cérébro-spinale, le paludisme et beaucoup d'autres occasionnent trop de souffrances et des pertes considérables en vies humaines;

Considérant la surveillance épidémiologique comme un puissant outil de gestion pour prévoir l'apparition des épidémies, permettant ainsi la mobilisation à l'avance des ressources pour la lutte contre des épidémies potentielles;

Ayant à l'esprit que les Etats Membres considèrent le district comme la pierre angulaire pour renforcer les systèmes de santé grâce à une approche de gestion décentralisée;

Ayant examiné le rapport du Directeur régional sur la surveillance épidémiologique des maladies transmissibles au niveau du district;

Ayant aussi examiné le rapport du Directeur régional sur "l'Extension du rôle des infirmiers et des sages-femmes dans la surveillance épidémiologique des maladies",

1. FELICITE le Directeur régional pour ses rapports;
2. APPROUVE les mesures proposées pour renforcer la surveillance épidémiologique à divers niveaux du système national de santé, y compris l'organisation d'activités de formation au niveau du district;
3. DECLARE les cinq prochaines années comme période quinquennale de la prévention de l'apparition des épidémies de maladies transmissibles et de la lutte contre celles-ci dans les Etats Membres par l'amélioration de la surveillance épidémiologique au niveau du district;
4. PRIE INSTAMMENT les Etats Membres :
  - i) d'examiner les activités actuelles de surveillance épidémiologique au niveau du district, de recenser les insuffisances et de prendre les mesures nécessaires pour leur amélioration;
  - ii) d'assurer la participation des infirmiers/sages-femmes et autres personnels de soins de santé à la surveillance épidémiologique des maladies transmissibles pour améliorer la lutte contre la maladie;

- iii) de préparer des directives spécifiques à utiliser par le personnel périphérique pour la surveillance et la prévention des maladies à potentiel épidémique d'importance locale;
- iv) de renforcer la formation en épidémiologie des équipes de santé du district en utilisant notamment les modules élaborés par l'OMS;
- v) de mettre en place des services de laboratoire bien dotés en personnel et correctement équipés;

5. PRIE le Directeur régional de :

- i) fournir un soutien technique et financier aux programmes de formation à court et à long terme en surveillance épidémiologique;
- ii) surveiller les progrès accomplis dans les activités de formation en surveillance épidémiologique dans les Etats Membres en utilisant les équipes OMS/pays;
- iii) diffuser les informations sur les épidémies de maladies transmissibles dans la Région et de continuer à soutenir les pays pour les combattre;
- iv) faire rapport à la quarante-sixième session du Comité régional sur les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de cette résolution.

*Onzième séance, 7 septembre 1993*

**AFR/RC43/R8 Programme élargi de vaccination : Interventions prioritaires pour l'accélération du programme**

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du Directeur régional contenu dans le document AFR/RC43/19 qui met l'accent sur les actions prioritaires susceptibles d'accélérer les progrès du PEV régional;

Rappelant la résolution AFR/RC35/R9 qui a marqué la phase d'accélération du PEV avec l'institution de l'"Année africaine de la Vaccination";

Considérant la résolution AFR/RC41/R1 mettant l'accent sur le renforcement des activités de vaccination district par district, afin de maintenir et accroître la couverture vaccinale;

Considérant la résolution AFR/RC42/R4 demandant la fixation par chaque pays des objectifs de réduction de l'incidence du tétanos néonatal et de la poliomyélite, d'amélioration des activités de surveillance épidémiologique au niveau du district et d'accroissement de la contribution des budgets nationaux aux fins de mise en oeuvre des programmes nationaux, y compris l'achat des vaccins;

Notant avec satisfaction que certains Etats Membres ont déjà mis en place des mécanismes de financement du programme, notamment pour l'achat des vaccins, conformément à la résolution AFR/RC42/R3;

Considérant que la nouvelle approche en vue de l'éradication de la poliomyélite exige en particulier la création de zones libérées de la transmission du poliovirus et l'application de la méthode progressive pour étendre ces zones libérées de la poliomyélite;

Notant avec satisfaction les progrès enregistrés dans une douzaine de pays de la Région qui ont atteint et maintenu une couverture vaccinale élevée et réduit significativement l'incidence de la poliomyélite, du tétanos néonatal et même de la rougeole, créant ainsi une première zone potentiellement libérée de la transmission du poliovirus dans notre Région;

Reconnaissant que les conflits socio-politiques que connaissent certains pays de la Région sont à la base d'une chute de la couverture vaccinale,

1. **FELICITE** le Directeur régional pour les informations et les orientations contenues dans son rapport;
2. **REAFFIRME** la priorité que les Etats Membres devraient accorder à l'accélération des programmes nationaux de vaccination, en vue d'atteindre les objectifs d'élimination du tétanos néonatal, d'éradication de la poliomyélite et de maîtrise de la rougeole;
3. **INVITE INSTAMMENT** les Etats Membres à :
  - i) établir une surveillance mensuelle rigoureuse de la couverture vaccinale et de l'incidence des maladies cibles prioritaires du PEV au niveau de chaque district;
  - ii) faire parvenir régulièrement au Bureau régional le rapport mensuel sur l'incidence de la poliomyélite, du tétanos néonatal et de la rougeole ainsi qu'un rapport semestriel sur la couverture vaccinale;
  - iii) adopter des stratégies opérationnelles plus agressives pour augmenter la couverture vaccinale dans chaque district;
  - iv) renforcer la coordination avec les partenaires du PEV afin de mobiliser davantage les ressources requises pour les activités;
  - v) établir, pour ceux qui ne l'ont pas encore fait, les mécanismes de financement de programmes, notamment pour l'achat des vaccins,
4. **LANCE UN APPEL** aux pays pour que toutes les dispositions soient prises afin que les interventions visant la protection des enfants, notamment par la vaccination, ne soient pas compromises même en période de difficultés économiques et de conflits socio-politiques;
5. **LANCE UN APPEL** aux agences du système des Nations Unies, aux agences gouvernementales de coopération et aux organisations non gouvernementales en faveur de la poursuite du soutien aux efforts des pays, notamment dans le cadre de l'approvisionnement en vaccins, du développement de la surveillance épidémiologique et de l'établissement d'un réseau de laboratoires pour l'identification des poliovirus;

6. PRIE le Directeur régional de :
- i) poursuivre la collaboration avec les Etats Membres pour renforcer la planification et la mise en oeuvre des stratégies d'accélération des programmes nationaux de vaccination au niveau des districts;
  - ii) coopérer avec les pays de manière à étendre progressivement les zones libérées de la poliomyélite et du tétanos néonatal, et accélérer le contrôle de la rougeole;
  - iii) poursuivre la collaboration avec les organisations des Nations Unies, les organisations de coopération bilatérale et multilatérale ainsi que les ONG et autres fondations afin de mobiliser davantage des ressources en faveur du programme;
  - iv) étudier avec les Etats Membres et les autres partenaires les meilleurs mécanismes d'approvisionnement en vaccins et d'achat de vaccins;
  - v) continuer à faire annuellement rapport au Comité régional sur les progrès réalisés.

*Onzième séance, 7 septembre 1993*

#### **AFR/RC43/R9 Eradication de la dracunculose**

Le Comité régional,

Ayant présent à l'esprit la résolution WHA39.21 de la Trente-Neuvième session de l'Assemblée mondiale de la Santé, la résolution AFR/RC38/R13 adoptée en 1988 par la trente-huitième session du Comité régional et la résolution AFR/RC41/R7 adoptée en 1991 par la quarante et unième session du Comité régional;

Notant que certaines des recommandations contenues dans la résolution WHA39.21 adoptée en 1986 par l'Assemblée mondiale de la Santé ainsi que dans la résolution AFR/RC38/R13 adoptée en 1988 par la trente-huitième session du Comité régional n'ont pas encore été totalement mises en oeuvre par un certain nombre d'Etat Membres;

Notant qu'à la suite de recherches actives de cas menées à l'échelle nationale dans plusieurs pays depuis 1988, la répartition de la dracunculose dans les communautés touchées a été déterminée;

Considérant qu'une mobilisation urgente des communautés, de leurs leaders et des ressources nécessaires pour organiser des interventions et renforcer la surveillance requiert une attention prioritaire;

Estimant que la stratégie régionale d'éradication de la dracunculose demeure toujours efficace;

Ayant étudié le rapport du Directeur régional relatif aux progrès réalisés en vue de l'éradication de la dracunculose dans la Région africaine de l'OMS,

1. **APPROUVE** le rapport du Directeur régional;
2. **SOUSCRIT** à la poursuite d'une stratégie combinée, portant sur un approvisionnement en eau saine, une surveillance active, l'éducation pour la santé, la lutte antivectorielle et la prophylaxie personnelle en vue de l'éradication de la dracunculose;
3. **PRIE INSTAMMENT** tous les Etats Membres touchés :
  - i) de renforcer la surveillance active au niveau des villages dans le cadre des soins de santé primaires et d'intensifier les activités portant sur l'éducation pour la santé et la prévention de la dracunculose en vue de l'éradication de cette maladie d'ici 1995;
  - ii) d'accorder une haute priorité aux villages endémiques en leur assurant un approvisionnement en eau saine et d'intensifier la surveillance nationale de la dracunculose;
4. **INVITE** les agences de développement bilatérales et internationales, les organisations bénévoles privées, les fondations, les organismes et autres organisations régionales et internationales appropriées à :
  - i) soutenir les pays pour qu'ils introduisent dans le cadre des soins de santé primaires une composante éradication de la dracunculose dans les programmes d'approvisionnement en eau dans les zones rurales et dans les programmes d'agriculture et d'éducation pour la santé dans les zones endémiques;
  - ii) procurer des fonds extrabudgétaires à cet effet;
5. **PRIE** le Directeur régional :
  - i) de renforcer le rôle technique déterminant que joue l'OMS dans l'éradication de la dracunculose;
  - ii) d'intensifier la coordination avec les autres organisations internationales et organismes bilatéraux, afin de mobiliser les ressources nécessaires en vue de soutenir les activités d'éradication de la dracunculose dans les pays touchés;
  - iii) d'intensifier la surveillance régionale de la maladie et d'encourager la coopération et la coordination entre pays endémiques voisins par des mécanismes CTPD;
  - iv) de soumettre au Comité régional, lors de sa quarante-quatrième session, un rapport sur l'exécution de ces activités dans les pays touchés.

*Onzième séance, 7 septembre 1993*

**AFR/RC43/R10 Mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous**

Le Comité régional,

Notant les progrès réalisés par les Etats Membres dans la mise en oeuvre des Stratégies de la Santé pour Tous dont il est question dans le rapport du Directeur régional;

Notant avec satisfaction à la lecture du rapport du Directeur régional que le personnel du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a continué de coopérer à l'étude de la Banque mondiale intitulée "*Meilleure santé en Afrique*";

Ayant reçu le message de la Banque mondiale sur le "Rapport sur le Développement dans le monde en 1993", sur "Investir dans la Santé" et sur "*Meilleure santé en Afrique*";

Considérant que, de par leur essence, les propositions contenues dans "*Meilleure santé en Afrique*" tombent dans le champ du Cadre africain de Développement sanitaire défini par le Bureau régional de l'Afrique;

Notant que des pays membres ont déjà entrepris des activités à assise communautaire centrées sur le district,

1. PRIE le Directeur régional de poursuivre et d'intensifier la coopération avec la Banque mondiale et d'autres organismes intéressés au sujet de "*Meilleure santé en Afrique*", et particulièrement sur son suivi au niveau international mais aussi des pays, en insistant sur les interventions à assise communautaire et centrées sur le district;
2. INVITE les donateurs bilatéraux et multilatéraux à fournir le soutien nécessaire à l'organisation d'activités de suivi, notamment la constitution d'un groupe consultatif et la tenue d'une conférence ministérielle après la publication de la version définitive de *Meilleure santé en Afrique*;
3. PRIE le Directeur régional, en consultation avec la Banque mondiale, de rendre compte de la mise en oeuvre de la présente résolution à la quarante-quatrième session du Comité régional.

*Onzième séance, 7 septembre 1993*

**AFR/RC43/R11 Motion de remerciements**

Le Comité régional,

Etant donné le temps et les efforts consentis ainsi que les moyens déployés par le peuple et le Gouvernement du Botswana pour assurer le succès complet de la quarante-troisième session du Comité régional, tenue à Gaborone du 1er au 8 septembre 1993;



Sensible à l'accueil particulièrement chaleureux et fraternel réservé aux délégués par le peuple et le Gouvernement du Botswana;

Constatant la ferme volonté politique des autorités nationales de hâter l'instauration de la santé pour tous en utilisant le Cadre africain de Développement sanitaire,

1. REMERCIE, très chaleureusement, Son Excellence Sir Ketumile Masire, N.Y.B., G.C.M.G., M.P., Président de la République du Botswana, d'avoir rehaussé de sa présence la cérémonie d'ouverture et officiellement ouvert la quarante-troisième session;
2. PREND NOTE avec satisfaction des termes de l'allocution pertinente et des plus encourageantes prononcée par le Président de ce pays digne d'envie lors de la cérémonie d'ouverture, et axée sur les principaux problèmes de santé qui se posent aux pays africains et sur les moyens de s'y attaquer;
3. EXPRIME très cordialement sa profonde reconnaissance au peuple et au Gouvernement du Botswana de l'exceptionnelle qualité de leur hospitalité;
4. DEMANDE au Directeur régional de transmettre la présente motion de remerciements à Son Excellence Sir Ketumile Masire, N.Y.B., G.C.M.G., M.P., Président de la République du Botswana.

*Onzième séance, 7 septembre 1993*

## OUVERTURE DE LA SESSION

1. La quarante-troisième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a été ouverte à Gaborone (Botswana septembre 1993, à 10 heures, par Son Excellence Sir Ketumile Masire, N.Y.B., G.C.M.G., M.P, Président de la République du Botswana. Assistaient à la cérémonie d'ouverture, Son Excellence Monsieur Pascal Gayama, Secrétaire général adjoint de l'Organisation de l'Unité africaine, le Dr Hiroshi Nakajima, Directeur général de l'OMS, le Dr G. L. Monekosso, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, des délégations des Etats Membres et des représentants d'organisations internationales, intergouvernementales et non gouvernementales ainsi que des membres du corps diplomatique.
2. Après avoir accueilli les participants et remercié très chaleureusement le Chef de l'Etat du Botswana de la qualité de son hospitalité, le Président sortant de la quarante-deuxième session, le Dr Kawimbe, Ministre de la Santé de la Zambie, a félicité le Directeur régional et son personnel du travail accompli au cours des années précédentes, puis a donné la parole au Dr G. L. Monekosso, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, qui a prononcé son allocution d'ouverture.
3. Dans son discours, le Dr Monekosso a dit que la quarante-troisième session se déroulait dans un contexte de profonds changements mondiaux. Le Neuvième Programme général de Travail ouvrant la période allant de 1996 à 2001 a été la réponse de l'OMS à ces changements - une réponse qui invite à favoriser de nouvelles façons de résoudre les problèmes de santé et de développement.
4. La santé est liée au développement et le Directeur régional s'est étendu sur cette idée en traitant du thème du DEVELOPPEMENT PAR LA SANTE. Le développement est un processus pluridimensionnel, tout comme la santé. Toutefois, comme le développement économique comporte certains risques pour la santé, il est important de tenir compte de la santé dans tous les projets de développement socio-économique.
5. Le Dr Monekosso a admis que si la santé est une condition nécessaire du développement socio-économique, elle n'en est pas pour autant une condition suffisante. Il faut aussi des capitaux, de l'énergie et des matières premières. De plus, des systèmes de santé solides, souples et bien gérés s'imposent également. Il y a dans le Cadre de développement sanitaire toute la place voulue pour mettre en valeur les liens qui existent entre la santé et le développement socio-économique. Des politiques de développement socio-économique correctement articulées - et les stratégies servant à les mettre en oeuvre - devront intégrer et privilégier également la concrétisation des politiques de santé.
6. Les gouvernements ne peuvent être les seuls artisans du développement sanitaire et socio-économique. Il leur faut agir en association avec les communautés, les districts, les zones d'administration locale, les familles et les individus, au besoin de concert avec des partenaires extérieurs. Dans ce domaine, d'authentiques initiatives de solidarité et d'auto-assistance pourraient encore s'articuler autour des préoccupations sanitaires prioritaires. Il est également plus facile d'obtenir la participation des artisans, commerçants et organismes communautaires locaux. Bref, le Dr Monekosso voit dans le développement par la santé, le fondement même de l'unité africaine et de la fraternité universelle. Pour cela, l'OMS a besoin non seulement de réaffirmer la mission que sa Constitution lui impartit, mais également des conseils du quarante-troisième Comité régional de l'Afrique.

7. Dans son allocution, le Directeur général de l'OMS, le Dr Hiroshi Nakajima, a déclaré que l'OMS n'est pas épargnée par les crises politiques et financières qui secouent le monde contemporain. La santé a donc pris une dimension politique et fait douter les gouvernements de leur aptitude à entretenir le processus de développement. Toutefois, il n'en existe pas moins de nouvelles possibilités d'élaborer des solutions novatrices aux nombreux problèmes qui se posent.

8. L'OMS a certainement marqué des points dans un certain nombre de domaines. La poliomyélite est poussée dans ses derniers retranchements; davantage d'établissements humains se libèrent de l'onchocercose; les décès par choléra sont en baisse; la couverture vaccinale en Afrique a dépassé 80 %; et plus d'un million de vies d'enfants sont sauvées chaque année. Cet acquis sera non seulement conservé mais renforcé pendant le second mandat du Directeur général.

9. Le Directeur général a ensuite appelé de ses vœux un monde dans lequel les peuples et les individus bénéficieraient de soins de santé de base d'un coût abordable et d'une qualité acceptable. Or, cela est impossible sans la paix. En effet, la paix et le développement durable, l'équité et la démocratie sont les principes qui doivent guider le développement.

10. Dans un monde en mutation, l'OMS elle-même évolue pour adapter ses structures et ses méthodes à ses fonctions, tout en améliorant sa pertinence et son fonctionnement, surtout au niveau des pays. Certes, le SIDA, le paludisme, la tuberculose et d'autres pandémies sont des problèmes persistants qui prennent des dimensions politiques et socio-économiques. Ceux-ci ont des répercussions qui interpellent les structures du marché et les pratiques commerciales. Une évolution des attitudes est nécessaire si l'on veut résoudre certains des problèmes qui se posent. La sécurité alimentaire, l'explosion démographique et les questions juridiques sont des problèmes complexes qui obligent à des réformes dans la politique des Etats et dans la façon dont l'OMS conçoit son action. Les réformes internes qui s'opèrent actuellement à l'OMS visent à trouver des solutions allant dans ce sens. Il faudra que les Régions apportent leur contribution à l'officialisation de stratégies au sein du Conseil de la politique mondiale qui vient d'être constitué. D'autres réformes concernent les relations entre le Siège, les Régions et les pays ainsi que les méthodes actuelles de délégation des pouvoirs. Tout cela ne pourra aboutir qu'avec le soutien et la participation des régions.

11. Certes, il n'est pas de solutions rapides aux problèmes du monde, surtout dans le domaine de la santé. L'Afrique connaît des difficultés encore plus sévères qui sont aggravées par la misère et les catastrophes naturelles et dues à l'homme. Il faut intervenir rapidement. Et, pour cela, tous les Chefs d'Etat et tous les professionnels de la santé doivent unir leurs forces dans le combat pour la vie et la dignité de leurs peuples.

12. Dans son allocution d'ouverture, Son Excellence Sir Ketumile Masire, Président de la République du Botswana, a souhaité la bienvenue aux délégués, et il a exprimé le souhait qu'ils aient la possibilité de visiter des sites intéressants de son pays. Il a fait observer qu'à l'instar du reste du monde, le Botswana suit avec attention l'évolution politique qui se produit en Afrique, et particulièrement en Afrique du Sud où il faut espérer que les pourparlers multipartites en cours ouvrent la voie à la démocratie.

13. Faisant allusion aux événements politiques de Somalie, du Mozambique, du Congo, du Zaïre, du Rwanda et du Libéria, le Président de la République a exprimé le souhait que des solutions soient rapidement trouvées afin que la collectivité africaine puisse se consacrer aux problèmes de santé.

14. Tout en reconnaissant l'importante progression des principaux indicateurs de santé, il a estimé que les pays africains avaient encore beaucoup à faire pour améliorer la santé de leurs populations et relever les redoutables défis qui s'appellent : pauvreté, malnutrition, pollution de l'environnement et assainissement insuffisant.

15. Il faut absolument restructurer le secteur de la santé pour l'aider à gagner en efficacité, maximiser la durabilité et réaliser une plus grande équité. L'approche multisectorielle est le meilleur moyen d'y parvenir. A son avis, l'un des moyens de faire mieux progresser la santé serait d'éliminer les contraintes du système de santé, d'améliorer la condition de la femme par l'éducation, et d'améliorer également l'alimentation en eau et l'assainissement. Aussi, il importe que les gouvernements de la Région africaine subventionnent les soins de santé dans les régions rurales où les populations sont pauvres.

16. Dans ces conditions, le secteur public doit s'attacher à :

- a) formuler clairement des politiques sanitaires nationales prévoyant une surveillance et une évaluation des progrès accomplis en direction des objectifs réalisables;
- b) promouvoir des interventions sanitaires rentables qui maximisent à la fois l'efficacité et l'équité;
- c) faire de l'information et de l'éducation sur des pathologies telles que le SIDA;
- d) définir des normes de santé et en promouvoir l'application (dans le domaine des médicaments essentiels, par exemple).

17. Les enquêtes épidémiologiques montrent clairement qu'un ensemble de services comprenant des soins préventifs, curatifs, promotionnels et de réadaptation aiderait énormément les groupes vulnérables.

18. En ce qui concerne le SIDA, le Chef de l'Etat a demandé que l'on empoigne le problème en recourant à une combinaison de stratégies alliant les préservatifs, la modification des comportements et la fidélité monogame.

19. Enfin, il a dit que le Botswana se bat très dur pour vaincre la maladie et a exposé les approches plurisectorielles auxquelles on a recours actuellement pour combattre le paludisme et réduire la morbidité et la mortalité.

20. A la fin de son allocution, le Président de la République du Botswana a déclaré ouverte la quarante-troisième session du Comité régional.

21. Parlant au nom du Secrétaire général de l'OUA, le Secrétaire général adjoint de cette Organisation, M. Pascal Gayama, a remercié le Directeur régional de son invitation à participer aux travaux de la quarante-troisième session du Comité régional.

22. Il a réaffirmé l'importance que l'OUA attache à la santé et au bien-être des peuples africains, particulièrement au cours des trois dernières années où les questions de santé ont figuré au premier plan de l'ordre du jour des Sommets des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'OUA.

23. Il a fait allusion aux Sommets d'Abuja, de Dakar et du Caire où les Chefs d'Etat et de Gouvernement africains ont pris des décisions sur les questions essentielles de santé comme un

fondement du développement, et ont en particulier adopté une déclaration sur la pandémie du SIDA et le plan d'action du Caire sur le même sujet. L'OUA est aussi déterminée à oeuvrer pour l'application totale et efficace de la stratégie de la Région africaine sur la nutrition, adoptée par le dernier Sommet des Chefs d'Etat et de Gouvernement africains.

24. Il a souligné la nécessité d'une coopération accrue entre les pays africains dans la production des produits pharmaceutiques, domaine directement lié aux impératifs de l'autosuffisance économique.

25. Il a promis que l'OUA examinerait sérieusement la situation sanitaire sur le continent au cours de la cinquième Conférence des Ministres africains de la Santé en 1995, mais il est conseillé qu'entre temps des mécanismes de coopération comme les comités nationaux de lutte contre le SIDA ainsi que d'autres structures de coordination, d'information et de mobilisation soient mis en place.

26. Il a loué les efforts faits par l'OMS, par l'intermédiaire du Bureau régional, pour accroître l'accès aux soins de santé dans les pays de la Région africaine. Il a dit que d'autres domaines de coopération à explorer avec l'OMS incluent la mise en forme définitive de la mission assignée au protocole sur la santé, l'hygiène et la nutrition qui sera annexé au traité créant la Communauté économique africaine. L'OUA renforcera aussi sa coopération avec l'UNICEF dans les mêmes domaines.

27. Il a souligné que le traitement souvent injuste infligé aux jeunes filles serait grandement atténué si les mesures préconisées dans le "Consensus de Dakar" et dans la Déclaration de Ouagadougou étaient exécutées en même temps. Il a noté qu'à l'instar d'autres sociétés, la société africaine connaît des changements radicaux et a besoin de la protection des départements des affaires médicales et sociales pour survivre. De même, les responsables politiques africains auront un rôle central à jouer pour relever les nombreux défis du secteur de la santé.

28. Il a ensuite remercié le peuple et le Gouvernement du Botswana d'avoir accueilli la session en dépit de la situation économique difficile, et rendu hommage au Président Masire pour ce geste exemplaire.

29. Dans son intervention, Madame Ishrat Husain, représentant de la Banque mondiale, a déclaré qu'elle voit une nouvelle ère de coopération émerger en Afrique entre l'OMS et la Banque mondiale. Accroître la capacité des individus, des ménages et des communautés à maîtriser leur santé constitue un défi pour l'Afrique, a-t-elle dit, mais c'est là une responsabilité qui incombe aux gouvernements. La Banque mondiale s'est engagée à assister les gouvernements dans ce sens, engagement que traduisent deux documents publiés cette année : "Investir dans la santé" (Rapport sur le développement mondial, 1993) et "Une meilleure santé en Afrique". Ces publications recommandent aux gouvernements d'agir dans trois domaines : information aux ménages et aux communautés sur les déterminants de la santé; mise en place par les ministères de la santé de services de santé à travers une participation communautaire accrue et la décentralisation; et, enfin, détermination de l'impact des politiques de santé. Le représentant de la Banque mondiale a demandé aux membres du Comité régional de donner leur avis et des directives.

30. L'orateur a indiqué qu'une conférence des ministres africains de la santé avec les responsables des institutions donatrices pourrait se tenir au début de 1994 pour lancer une équipe de consultation sur la santé en Afrique. Des ateliers au niveau des pays pourraient aussi être organisés pour intégrer et soutenir l'activité des différentes institutions.

31. Elle a conclu en disant que la Banque mondiale est en train d'accroître son engagement aux côtés des pays africains dans la lutte contre le SIDA et qu'elle est disposée à discuter les possibilités

d'intervention avec les délégations intéressées. La santé est le domaine qui connaît l'expansion la plus rapide dans la politique de prêt de la Banque mondiale.

32. Dans le discours qu'il a prononcé devant la quarante-troisième session du Comité régional, M. Cole Dodge, Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique australe et orientale, a donné des statistiques choquantes sur l'état critique des enfants américains. Il s'agissait notamment des décès imputables à la pauvreté, du nombre d'enfants soumis à de mauvais traitements, du nombre d'adolescentes mères de famille, des arrestations d'enfants pour des affaires de drogue, etc.

33. Le Gouvernement des Etats-Unis d'Amérique a mis au point une riposte en se dotant d'un programme national d'action (PNA). Monsieur Dodge a instamment invité les pays qui ne l'ont pas encore fait à se doter de leurs propres PNA.

34. Il s'est félicité des taux élevés de couverture vaccinale atteints dans la Région et a incité les pays à s'engager dans la lutte contre les troubles nutritionnels et la carence en iode, notamment grâce à la coopération interpays. Il a tout particulièrement mentionné la stratégie PEV-Plus à laquelle on a de plus en plus recours pour assurer des soins de santé primaires et atteindre d'autres objectifs : élimination de l'avitaminose A et utilisation de la TRO dans 80 % des cas. Cette stratégie présente des avantages tant pour la mère que pour l'enfant.

35. Le SIDA et le paludisme, de même que leur incidence sur la mortalité infanto-juvénile, constituent un autre domaine de préoccupation. Les pays qui possèdent des programmes cohérents de vaccination auront une bonne longueur d'avance lorsque l'on disposera d'un vaccin anti-SIDA. Des recherches ont montré que des progrès s'accomplissent actuellement en matière d'éducation et d'information et que de nouveaux partenaires, tels que le monde du commerce et de l'industrie, adhèrent aux stratégies de lutte.

36. En conclusion, Monsieur Dodge a souhaité que l'on adopte des plans d'action décentralisés, locaux et communautaires pour les enfants des pays de la Région.

## **ORGANISATION DES TRAVAUX**

37. L'ordre du jour adopté par le Comité régional figure à l'Annexe 1 et la liste des participants à l'Annexe 2. Les participants élus Rapporteurs des Discussions techniques sont énumérés dans la Décision de procédure No 2.

38. Dans ses remarques introductives, le Président de la quarante-troisième session, le Dr B. K. Temane, Ministre de la Santé du Botswana, a remercié les délégués d'avoir fait honneur à son pays et à lui-même en l'élisant à la présidence du Comité régional.

39. Le Comité a adopté l'horaire de travail suivant : 09 h 00 à 12 h 00 et 15 h 00 à 17 h 30, et a entamé l'examen de différents points à l'ordre du jour.

## **ACTIVITES DE L'OMS DANS LA REGION AFRICAINE EN 1991-1992 : RAPPORT BIENNAL DU DIRECTEUR REGIONAL (document AFR/RC43/3)**

### **Présentation**

40. Les travaux de la quarante-troisième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique ont démarré par la présentation du Rapport biennal du Directeur régional pour la période 1991-1992. Présentant oralement son rapport, le Dr G. L. Monekosso a donné aux membres du Comité régional

les informations les plus récentes sur la mise en oeuvre du Programme régional jusqu'en septembre 1993 et a indiqué les perspectives pour continuer l'action dans le biennium 1993-1994.

41. Le soutien au développement sanitaire dans les Etats Membres a continué à être fondé sur le Cadre africain de Développement sanitaire adopté par les Ministres de la Santé à Lusaka en septembre 1985. En termes opérationnels, l'action régionale a été divisée en trois parties, à savoir : a) promotion de politiques nationales de santé orientées vers les communautés ou centrées sur les populations, et collaboration avec les gouvernements et autres agences dans la définition des politiques explicites de santé; b) coopération technique avec les Etats Membres dans des domaines soigneusement sélectionnés en accordant une attention particulière à la mise en oeuvre des politiques, des résolutions et des programmes approuvés par les Organes directeurs de l'OMS et par les Etats Membres de la Région; le budget programme OMS/Pays dont l'exécution a été surveillée par l'outil gestionnaire que constitue l'AFROPOC s'est efforcé de compléter l'action dans les deux secteurs mentionnés ci-dessus; c) surveillance de la mise en oeuvre du programme en particulier là où il y a eu des cibles convenues en commun au plan international (par exemple l'élimination de la poliomyélite) et évaluation rapide de l'état de santé des communautés en utilisant les indicateurs régionaux d'AFRO.

42. Ces programmes ont été décrits dans le Rapport biennal en trois parties : a) le programme régional coordonné par le Bureau régional de l'OMS à Brazzaville; b) les activités de suivi et de terrain des équipes interpays de développement sanitaire basées à Bamako, à Bujumbura et à Harare respectivement, et c) les rapports pays sur la coopération technique avec les Etats Membres.

43. Le Dr Monekosso a déclaré que les points saillants du rapport sur lequel il convenait d'attirer l'attention du Comité seraient présentés par le Dr Ayite Manko D'Almeida, Directeur du Management du Programme. Ensuite, l'orateur sera suivi successivement par les Directeurs de Programmes responsables respectivement des principaux secteurs de programmes techniques relevant de la coopération technique OMS avec les Etats Membres. Chaque Directeur de Programme présentera les principaux domaines d'impulsion de l'activité future de son programme, en particulier les objectifs communs. Ils montreront comment toutes les ressources disponibles seront mises en commun pour aider les Etats Membres à s'assurer que les districts sanitaires ont développé la capacité de gérer et d'assurer un ensemble convenu d'interventions de soins de santé à l'appui des communautés et des villages dans leurs zones d'administration locale.

44. Le Dr Monekosso a souligné que ce fut une expérience passionnante pendant le biennium considéré de travailler avec les Etats Membres pour renforcer la gestion des systèmes nationaux de santé et pour assurer la formation appropriée, et dans quelques cas, organiser la recherche à l'appui de la mise en oeuvre des programmes de santé prioritaires adoptés par le Comité régional pour le biennium 1989-1990, à savoir la santé maternelle et infantile, planification familiale comprise, l'approvisionnement en eau et l'assainissement (habitat sain), la lutte contre la maladie en particulier la lutte contre le SIDA.

45. Le programme ainsi que le renforcement de la gestion des systèmes de santé ont été soutenus par le Bureau régional et les équipes interpays de développement sanitaire. Plutôt que de subdiviser les maigres ressources du budget OMS en plus de 12 programmes, le Bureau régional s'est plutôt concentré sur un nombre relativement faible de programmes prioritaires. Il a été réconfortant de noter que beaucoup de pays, conformément à la résolution appropriée du Comité, ont alloué au moins 15 % du budget OMS aux actions menées au niveau du district.

46. Le Directeur régional a noté que c'est pendant le biennium 1991-1992 que les équipes sous-régionales de développement sanitaire ont été demantelées et remplacées par des équipes similaires dans tous les Etats Membres, appelées équipes OMS/Pays. Le personnel international a ainsi été

largement remplacé par des experts nationaux. Cette expérience ne fait que commencer. Ce changement politique - passage des équipes interpays aux équipes/pays pour assurer la mise en oeuvre des soins de santé primaires - a été dicté par deux impératifs : a) les réductions financières dans le budget global de l'OMS; b) le fait bien établi que la plupart des pays ont accepté le Cadre africain de Développement sanitaire et concentré de plus en plus leur action sur les districts.

47. Les équipes interpays ont une nouvelle vocation - la lutte contre le SIDA; la préparation et la réponse aux situations d'urgence; le déploiement rapide pour la lutte contre les épidémies. Ces activités ont été en grande partie financées par des ressources extrabudgétaires.

48. Le Dr Monekosso s'est déclaré convaincu que beaucoup d'Etats Membres (à l'exception de ceux dans lesquels il y avait eu des conflits armés et des catastrophes naturelles) ont atteint le stade où ils pourront commencer à poursuivre l'objectif final commun du Cadre africain de Développement sanitaire. L'OMS/AFRO avec l'aide du Siège de l'Organisation et d'autres partenaires assistera les ministères de la santé et les gouvernements à mettre en oeuvre les soins de santé primaires axés sur les districts. Pour ce faire, il est nécessaire d'ajouter deux autres activités, à savoir la lutte à assise communautaire contre le SIDA et le financement de la santé communautaire par des fonds auto-renouvelables pour les médicaments essentiels (ou d'autres produits commercialisables).

49. Il y aura d'importantes activités de soutien telles que les systèmes d'information sanitaire du district pour la prise de décision, l'investissement dans des infrastructures physiques et des matériels et enfin, ce qui n'est pas le moins important, la formation et la formation continue du personnel de santé du district. Inspirer l'action des districts sanitaires dans beaucoup de pays a nécessité l'assistance des responsables de santé de la Région ou de la province. Ce n'est qu'ainsi qu'on pourra promouvoir l'autosuffisance nationale en matière de santé par la mise en place ou le renforcement des capacités nationales. Le Bureau régional a été créé pour ajuster structurellement nos programmes de coopération technique avec les Etats Membres afin de consolider les acquis déjà importants en matière de santé en travaillant au niveau du district sanitaire, notre objectif commun.

50. Après ces remarques introductives, le Directeur régional a déclaré que les activités menées dans la Région constituaient un travail d'équipe. Il a ensuite donné la parole au Dr A. D'Almeida, Directeur du Management du Programme, afin qu'il présente les points saillants des principales réalisations pendant le biennium 1991-1992. Après la présentation du Dr d'Almeida, les autres Directeurs des Programmes techniques donneront des orientations pour le Programme régional dans les années à venir.

51. Le Dr D'Almeida a déclaré que ces points saillants étaient décrits dans les chapitres 1 à 6 du rapport. Sous le parrainage des Organes directeurs, deux importants événements méritent d'être mentionnés : le lancement au cours de la quarante et unième session du Comité régional du Programme de Financement des Soins de Santé (HECAFIP) et l'Appel de Bujumbura de septembre 1991 qui ont conduit à la première Conférence internationale sur la Santé communautaire en Afrique (CISCA) et au renforcement de l'accent mis sur la *prestation de services de soins de santé de qualité*, spécialement au niveau de district. Ces deux événements ont suscité l'intérêt et la participation de beaucoup de partenaires parmi lesquels le PNUD, la Banque mondiale, l'UNICEF, et la BAD. L'ancien Président des Etats-Unis, Monsieur Jimmy Carter, a lancé un appel au cours de la quarante-deuxième session du Comité régional pour l'éradication de la dracunculose et pour l'adoption d'une Journée mondiale pour la Santé mentale.

52. Dans le domaine du développement et de la direction d'ensemble des programmes, la gestion du Bureau régional a été renforcée. L'utilisation du système AFROPOC a été bien établie et les pays



sont actuellement entièrement responsables de la planification, de la programmation, de la budgétisation, de la mise en oeuvre, de la surveillance des programmes de coopération technique OMS.

53. En 1992, les programmes techniques du Bureau régional ont été évalués avec la participation du bureau de la quarante-deuxième session du Comité régional. On en a tiré beaucoup de leçons pour une meilleure efficacité à l'avenir.

54. Au niveau régional et au niveau pays, il y a eu une coopération accrue et plus étroite avec le PNUD, l'UNICEF, la BAD et la Banque mondiale. Les pays bénéficiant d'une assistance pour la lutte contre les épidémies et pour faire face aux conséquences des catastrophes naturelles ont participé très activement à cette coopération. Ils ont même commencé à prévoir des crédits dans leurs budgets nationaux pour de telles interventions. Trente-sept pays sur les 44 ont préparé des documents explicites de politique sur le développement sanitaire national. La CISCA, grâce à un succès retentissant, a attiré l'attention régionale, nationale et internationale sur la valeur des initiatives communautaires en Afrique.

55. Dans le domaine du soutien aux systèmes nationaux de santé, l'exercice de surveillance et d'évaluation de la mise en oeuvre de la stratégie pour l'instauration de la SPT/2000 a été parachevé avec succès. Il appartient maintenant aux pays de traduire les résultats en actions dans leur processus gestionnaire pour le développement sanitaire national.

56. La promotion d'une culture de la recherche pendant le biennium a bénéficié d'un nouvel élan. Plus de 100 candidats ont bénéficié de subventions et de prix de recherche en santé publique et en sciences sociales. Parallèlement, les bourses ont continué à représenter 30 % du financement total de la recherche en santé dans les pays.

57. Deux facultés de médecine ont été ouvertes au Tchad et au Malawi. Parallèlement, le Bureau régional a soutenu les efforts déployés par ces établissements pour la réforme des programmes d'enseignement en sciences de la santé.

58. En matière de technologie sanitaire, les pays ont bénéficié d'un soutien pour l'organisation d'ateliers pour la formulation des politiques nationales du médicament. Les matériels de laboratoire fonctionnant à l'énergie solaire ont bénéficié d'une vigoureuse promotion.

59. On a accordé une attention particulière à la protection et la promotion de la santé pendant le biennium. Une banque régionale de données sur la nutrition a été constituée et la lutte contre les carences en micro-nutriments (en particulier en iode) a été intensifiée.

60. Le Bureau régional a été le témoin de changements encourageants dans le domaine de la santé maternelle et infantile. La mortalité infantile a baissé dans presque toute la Région. Toutefois, la mortalité maternelle reste un sujet préoccupant pour beaucoup de pays, pour la bonne raison que la couverture des soins prénatals et obstétricaux et la planification familiale restent toujours faibles. Les pays sont en train d'ajuster leurs programmes nationaux dans ces domaines.

61. Il convient aussi de mentionner les progrès réalisés pendant le biennium dans le domaine de l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement, en particulier en ce qui concerne l'impact croisé du programme dans la lutte contre le choléra et la dysenterie bacillaire. Les pays ont bénéficié d'un soutien très important dans la formulation de projets nationaux d'approvisionnement en eau et d'assainissement en faveur des districts et des communautés.

62. Le Dr D'Almeida a déclaré que le projet "Villes en Santé" a été lancé et devrait constituer un réseau de toutes les principales villes dans la Région africaine.

63. Dans le domaine de la lutte contre la maladie, des progrès significatifs ont été réalisés dans le programme élargi de vaccination. En fonction des antigènes considérés, la couverture moyenne a oscillé entre 52 % et 79 % dans la Région. Treize et quinze pays n'ont notifié aucun cas de poliomyélite et de tétanos néo-natal respectivement.

64. Les politiques et les stratégies de lutte contre le paludisme dans la Région ont été formulées et des progrès remarquables ont été réalisés au Cameroun, au Ghana et au Nigéria dans la lutte contre la dracunculose.

65. Les épidémies de choléra, de fièvre jaune, de dysenterie et de méningite ont été rapidement maîtrisées lorsqu'elles ont éclaté. Les plans de prévention ont été mis en oeuvre dans les pays avec l'aide des Représentants de l'OMS et du Bureau régional.

66. Pour conclure sa présentation, le Dr D'Almeida a fait allusion à quelques-unes des contraintes rencontrées dans la mise en oeuvre du programme régional en 1992-1993. Le SIDA a continué de constituer un problème important de santé, entraînant beaucoup de conséquences sanitaires et sociales. Le budget régional a souffert d'une croissance zéro, limitant ainsi la portée des actions régionales et augmentant la dépendance vis-à-vis des financements extrabudgétaires. Le budget pour l'exercice 1992-1993 a été réduit de 10 %. Chaque activité menée au niveau régional a été affectée, y compris dans les pays.

67. Le Dr D'Almeida a ensuite passé la parole aux différents directeurs des programmes techniques du Bureau régional pour présenter au Comité la direction d'ensemble du programme régional pour les années à venir.

### Orientations du Programme régional dans les années à venir

#### **Soutien aux systèmes nationaux de santé**

68. Le Dr Nguyen Khanh (Secrétariat) a déclaré que le programme intitulé "Soutien aux systèmes nationaux de santé", qui figure au chapitre 3 du Rapport biennal, définit dans ses grandes lignes les activités de coopération technique à mener avec les Etats Membres dans les domaines suivants :

- a) le développement des systèmes de santé;
- b) le développement des ressources humaines pour la santé; et
- c) la promotion des technologies sanitaires.

69. Sur la base de l'expérience et des résultats obtenus au cours du biennium qui vient de s'achever, il est clair que les efforts de l'OMS doivent être mieux ciblés, et parfois ajustés.

70. D'abord le développement des systèmes de santé doit être axé sur le développement et le renforcement de l'infrastructure sanitaire, en particulier les hôpitaux et les centres de santé. Dans ce domaine, le renforcement des districts supposera :

- a) la mise en place d'une infrastructure sanitaire dont les activités seraient bien coordonnées; l'évaluation de la capacité opérationnelle de chaque type d'institution étant définie, et les instruments élaborés en collaboration avec les Etats Membres;

- b) la promotion de la gestion des institutions de santé du district sur la base des principes de l'extension des interventions de la communauté;
- c) le mode de gestion, les instruments de gestion et les mécanismes de financement par la communauté à proposer aux institutions périphériques.

71. Tels sont les secteurs dans lesquels la recherche opérationnelle et l'échange de données d'expérience seraient nécessaires.

72. Dans ces secteurs, comme dans d'autres, le Bureau régional s'efforcerait de travailler en collaboration avec les Etats Membres à leurs politiques nationales au niveau du district.

73. En ce qui concerne le développement des ressources humaines pour la santé, par exemple, l'amélioration de la prestation du personnel de district et les orientations lui donner le cas échéant, en matière de soins communautaires, exigeraient l'adoption de conditions de formation au niveau du district.

74. Des stratégies de formation principalement axées sur le district devraient en outre être favorisées; et de plus en plus de pays devraient suivre l'exemple de ceux qui ont associé les universités et les écoles de formation en sciences de la santé aux institutions de santé du district, en choisissant le district comme périmètre de formation obligatoire ou en adoptant une matière connue sous le nom de "médecine du district".

75. Des technologies appropriées pour le diagnostic, le traitement et la prévention au niveau du district devraient être fournies aux équipes de santé et aux communautés pour garantir la qualité des services de santé. La qualité des soins de santé devrait respecter certaines normes qui seraient clairement définies. Des technologies telles que des "ordinogrammes" pour la prescription des médicaments essentiels ou des "arbres de décision" pour la prise en charge clinique devraient être élaborées, vulgarisées et appliquées au profit des communautés.

76. Au total, la coopération avec les Etats Membres doit passer à la phase du renforcement de l'infrastructure sanitaire pour améliorer la prestation des institutions et du personnel, ainsi que la qualité des soins de santé.

### **Protection et promotion de la santé**

77. En présentant le programme "Protection et promotion de la santé", le Dr M. Boal (Secrétariat) a déclaré qu'il était nécessaire de compléter le résumé présenté par le Directeur régional et par le Directeur du Management du Programme. Il a donné des précisions sur ce qu'il convenait de faire dans les différents programmes régionaux pour la protection et la promotion de la santé, pour prendre part aux efforts déployés actuellement au niveau des pays, pour améliorer l'état de santé des populations dans les districts et les communautés.

78. La contribution des programmes régionaux peut se traduire par un appui technique ou un complément financier pour mettre en oeuvre les activités programmées dans le cadre de la santé maternelle et infantile, planification familiale comprise, la nutrition, la santé et l'environnement et d'autres programmes pour la protection ou la promotion de la santé des individus, des familles ou des communautés à risque.

79. La contribution des programmes régionaux peut aussi se traduire par des activités destinées à mettre en oeuvre les résolutions votées par les Etats Membres dans les Organes directeurs de l'OMS, notamment l'Assemblée mondiale de la Santé et le Comité régional.

80. Voici quelques-unes des activités programmées pendant le prochain biennium 1994-1995 :

- a) évaluation rapide de l'état de santé de la mère et de l'enfant et élaboration de plans d'action destinés à réduire les taux inacceptablement élevés de mortalité maternelle et infantile;
- b) élaboration de programmes pour la formation des médecins et des personnels paramédicaux aux méthodes d'évaluation rapide de la situation sanitaire et d'identification des problèmes orientées vers l'action au niveau du district.
- c) assistance technique et financière aux pays pour la formulation et la mise en oeuvre de plans d'action, notamment en matière d'alimentation et de nutrition, comme recommandé par le Conférence internationale sur la Nutrition, qui a eu lieu à Lomé en décembre 1992, sous le patronage conjoint de l'OMS et de la FAO;
- d) contributions technique et financière pour le diagnostic et le traitement préventif du goitre endémique dans les communautés et en particulier les écoles, par l'utilisation du sel iodé;
- e) mêmes types d'actions que celles mentionnées ci-dessus en ce qui concerne les troubles dus à l'avitaminose A qui sévit dans 32 pays de la Région, et pour l'anémie qui peut être évitée par des méthodes facilement accessibles à la majorité des pays.

81. Vu les sérieuses insuffisances révélées par l'évaluation faite à la fin de la Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement, le Bureau régional a pris les mesures suivantes :

- a) exhorter la communauté internationale à donner un appui supplémentaire qui permette aux pays d'atteindre pleinement les objectifs de la Décennie, en particulier dans les districts ruraux;
- b) soumettre un document d'information au Comité régional;
- c) inciter les gouvernements des Etats Membres à s'associer l'OMS (Siège et Bureau régional) dans cet effort de mobilisation; les pays seront les premiers bénéficiaires de cet effort.

### **Lutte contre les maladies transmissibles**

82. Cette question a été présentée par le Dr Barakamfitye (Secrétariat). Il a déclaré qu'un plan d'action visant à soutenir les programmes nationaux a été préparé, fondé sur les objectifs fixés et sur les progrès accomplis, et en particulier la création dans un premier temps d'une zone potentiellement libérée de la polio, en tenant compte des contraintes recensées. Ce plan d'action comprend les activités mettant essentiellement l'accent sur les districts et les communautés. Ces activités sont les suivantes :

- a) surveillance rigoureuse de la couverture vaccinale, district par district, et notification tous les six mois;
- b) surveillance épidémiologique des maladies cibles du PEV, district par district, et notification mensuelle;
- c) élargissement progressif de la zone libérée de la polio et de la zone notifiant zéro cas de polio;
- d) surveillance rigoureuse et méticuleuse du financement du programme, particulièrement en matière d'approvisionnement en vaccins, tout d'abord avec les ressources nationales et, ensuite, en mobilisant des ressources extérieures en collaboration avec les partenaires du programme.

83. La situation actuelle de la lutte contre la paludisme est essentiellement caractérisée par une évidente volonté politique des Etats Membres et de la communauté internationale, ainsi que par l'existence d'instruments techniques pertinents (technologies thérapeutique et préventive, stratégie de lutte et documentation technique, y compris des matériels de formation pour les équipes de santé du district).

84. Les activités suivantes ont donc été considérées comme prioritaires et renforceront le plan d'action pour 1994-1995 :

- a) élaboration des plans nationaux de nature multisectorielle inspirés par la stratégie régionale et fondés sur la situation éco-épidémiologique nationale avec des activités clairement déterminées à entreprendre dans les districts, en particulier les activités liées au traitement des cas, à la chimioprophylaxie des femmes enceintes, et adoption de mesures de lutte antivectorielle, en particulier la protection des individus par des moustiquaires imprégnées;
- b) organisation de sessions de formation sur la stratégie de lutte antipaludique, pour les équipes de santé du district en utilisant les guides préparés par l'OMS;
- c) recherche opérationnelle;
- d) mobilisation de ressources locales et internationales.

85. Beaucoup de pays ont fait des progrès remarquables dans leurs campagnes d'éradication du ver de Guinée. Ils ont utilisé des stratégies et des technologies élaborées par l'OMS en collaboration avec d'autres partenaires.

86. Dans les deux prochaines années, les activités seront centrées sur les trois domaines suivants:

- a) renforcement de la surveillance et des activités de lutte, district par district;
- b) lancement et mise en place pour les pays qui n'ont pas encore entrepris de campagnes vigoureuses d'éradication, district par district, en utilisant les stratégies et les technologies existantes;
- c) démarrage du processus de certification de l'éradication.

87. En plus des mesures ad hoc prises pour aider les Etats Membres à lutter contre les épidémies, le Bureau régional a élaboré deux types de matériels de formation à moyen et à long terme pour permettre la surveillance des maladies transmissibles et la prévention des épidémies. Ces matériels sont les suivants :

- a) modules de formation intégrés à la lutte contre la maladie;
- b) modules de formation en épidémiologie pour les équipes de santé de district.

88. Parmi les activités prévues pendant les prochaines années figurent notamment :

- a) la formation intensive des équipes de santé du district en utilisant ces modules de formation;
- b) l'examen et le renforcement des activités de surveillance épidémiologique dans chaque district, pour des buts de prévention et de lutte contre les épidémies.

### **Lutte contre le SIDA**

89. En présentant ce secteur du programme régional, le Dr P. Fasan (Secrétariat) a indiqué que la propagation rapide de l'infection par le VIH au sein de la population a poussé le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique à prier instamment chaque Etat Membre de décentraliser complètement, et sans délai, les programmes nationaux de lutte contre le SIDA, et d'intensifier la mise en oeuvre des interventions de chaque district.

90. Dans les années à venir, l'accent sera mis sur l'organisation des activités de lutte contre le SIDA, en utilisant tous les éléments du Cadre africain de Développement sanitaire national que tous les Etats Membres de la Région ont mis en place maintenant.

91. Les pays seront incités à utiliser les organisations et les personnels de santé du district pour faire figurer le VIH/SIDA et les MST au nombre des maladies faisant l'objet d'une surveillance épidémiologique.

92. Afin d'assurer la sécurité des transfusions sanguines et des produits sanguins, l'OMS aidera les pays à former ou à recycler les techniciens de laboratoire et le personnel de santé responsables des centres de transfusion sanguine et des banques de sang de district afin qu'ils procèdent aux tests de dépistage du VIH et autres contrôles nécessaires pour garantir la sécurité sanguine.

93. L'OMS élaborera et distribuera des modules de formation aux programmes nationaux de lutte contre le SIDA pour la formation et le soutien psychologique des enfants de 6 à 14 ans. Ces matériels d'information et de formation devraient être utilisés et adaptés selon les besoins pour la formation des équipes de santé du district, des organisations à assise communautaire, des enseignants et des parents. Cette action prioritaire a pour but de s'assurer qu'on donne très tôt aux enfants les informations nécessaires sur le VIH/SIDA et les MST, afin qu'ils adoptent plus tard un mode de vie sain et évitent les comportements à risque.

94. On incitera les communautés à élaborer et à organiser des programmes de soutien pour les soins et le soutien psychologique aux individus infectés par le VIH, aux sidéens et à leurs familles. On devrait donner aux organisations basées dans le district, aux équipes de santé de district, aux ONG, aux associations de femmes et aux familles, les ressources et les directives nécessaires au soutien des activités de soins à assise communautaire. L'OMS a commencé et est décidée à continuer

à donner des conseils techniques, y compris l'élaboration de directives et de modules de formation aux programmes nationaux de lutte contre le SIDA, aux ONG et aux organisations de femmes, aux familles et aux organisations qui collaborent avec le Programme. Le Fonds spécial de la Santé pour l'Afrique pourra aussi soutenir des activités et des projets à assise communautaire correctement organisés.

95. Les associations de travailleurs et les organisations masculines du district pourraient être mobilisées par des activités d'éducation et d'information. L'objectif de cette impulsion est d'encourager les hommes à adopter des styles de vie plus sains.

96. Faire accéder les femmes aux responsabilités sociales et économiques est un moyen hautement souhaitable et efficace de lutte contre l'ensemble VIH/SIDA/MST. On devrait favoriser et aider les organisations féminines et les organisations masculines à atteindre cet objectif, par exemple, par l'organisation d'activités génératrices de revenus et la formation professionnelle des jeunes filles et des jeunes femmes.

97. On devrait favoriser activement la promotion et la distribution des préservatifs dans les districts et les communautés.

98. Quel que soit le fardeau que lui impose l'épidémie, l'Afrique ne succombera pas. La Région africaine de l'OMS, sous la direction éclairée de son Directeur régional, est persuadée que l'épidémie peut être enrayerée. Les résultats seront durables si les forces des districts et des zones d'administration locale sont bien exploitées.

#### **Programme de financement des soins de santé (HECAFIP)**

99. Le Dr E. Lambo (Secrétariat), en présentant l'orientation future du Programme de financement des soins de santé (HECAFIP), a rappelé aux délégués que ce programme doit aider les Etats Membres à déterminer les coûts des services et interventions de santé aux fins de planification et de prise des décisions; assurer un approvisionnement régulier et adéquat en médicaments essentiels, à des coûts abordables; mettre en place un système d'information approprié dans le secteur de la santé, renforcer la capacité de gestion et de recherche en vue d'une utilisation rationnelle des ressources, promouvoir des programmes novateurs de financement de la santé communautaire par la création de fonds auto-renouvelables pour la santé; et concevoir des programmes de financement équitables et appropriés des soins de santé primaires, secondaires et tertiaires.

100. Afin de pouvoir faire le point de la situation actuelle relative au financement des soins de santé dans les Etats Membres, on avait conçu un questionnaire détaillé pour obtenir des informations sur les sources et l'utilisation des fonds dans le secteur de la santé, les mécanismes de financement existants en faveur de la santé. Les actions futures dans ce domaine seront fondées sur les résultats de l'analyse préliminaire des 34 questionnaires remplis qui a révélé :

- a) une forte dépendance à l'égard des fonds extrabudgétaires et du financement par des bailleurs de fonds;
- b) une faible priorité accordée au secteur de la santé dans les affectations budgétaires;
- c) une insuffisance de dotations destinées aux dépenses renouvelables autres que celles relatives au personnel;

- d) l'affectation aux soins curatifs dispensés dans les hôpitaux de 60 à 85 % des budgets de la santé;
- e) des plans de financement novateurs destinés à couvrir les populations rurales, et notamment :
  - i) des affectations budgétaires directes ou des subventions aux districts ou aux zones d'administration locale (Nigéria, Zimbabwe);
  - ii) des efforts exclusivement communautaires (Mali);
  - iii) des régimes d'assurance-maladie s'efforçant de répartir les coûts sur l'ensemble de la population (Burundi, Guinée-Bissau et Rwanda);
  - iv) des programmes de financement communautaires appuyés par le gouvernement/donateurs (pays mettant en oeuvre l'Initiative de Bamako, Fonds spécial de financement de la santé de la province du nord-ouest au Cameroun).

101. Parmi les autres activités menées au cours de l'année 1991-1992, on peut citer : le renforcement des compétences (en collaboration avec le Siège de l'OMS) de presque tous les représentants-pays de l'OMS de la Région dans le domaine de la macro-économie et de la santé; le recrutement d'experts économistes nationaux dans les équipes de plus de 30 Etats Membres; l'établissement de contacts avec des donateurs et des banques de développement (par exemple la BAD) capables de financer la mise en oeuvre de l'HECAFIP au niveau des pays; l'appui technique à certains pays dans leurs efforts de réforme financière; et la collaboration avec le Siège de l'OMS pour recenser les institutions pouvant servir de centres de formation interpays en matière d'économie sanitaire dans la Région.

102. Outre l'assistance technique à apporter à plus d'Etats Membres dans leurs efforts de réforme du système de financement des soins de santé, les activités prévues dans le futur programme sont les suivantes : la poursuite de la collaboration avec l'UNICEF pour accroître le nombre de pays mettant en oeuvre l'Initiative de Bamako, ainsi que le nombre de districts couverts dans chaque pays; la promotion d'autres programmes novateurs de financement des soins de santé communautaire et l'élaboration de documents sur de tels programmes, en vue de leur diffusion dans les Etats Membres; et la collaboration avec les organismes de développement d'Afrique pour renforcer les capacités de gestion et de recherche des systèmes de santé de district et garantir leur autonomie en matière de financement des services de santé.

103. Après que ses collaborateurs aient présenté les points saillants des réalisations régionales pendant le biennium 1991-1992 et donné des orientations pour les activités futures, le Directeur régional a alors résumé son rapport biennal. Il a dit à quel point il était satisfait de voir les pays mettre en oeuvre les programmes prioritaires convenus en commun par les gouvernements nationaux et l'OMS. Le fait que les pays consacrent 5 % de leur budget de la santé aux communautés rurales ou aux districts était un bon signe et cela confirme que la Région dans son ensemble était prête à se mettre sur la LIGNE DU DEPART FINAL.

104. Il a souligné les changements mondiaux et noté les défis qui favorisent la crise actuelle de la santé face à laquelle, la coopération technique de l'OMS avec les Etats Membres doit tendre vers des approches novatrices visant l'excellence en particulier pour la gestion des programmes, la diffusion de l'information sanitaire, le renforcement des systèmes nationaux de santé. Pour atteindre



ces objectifs, il est nécessaire de bénéficier de l'appui opérationnel des Bureaux de Représentation au niveau pays dotés d'équipes ayant de grandes qualités techniques et humaines, recevant par ailleurs les soutiens techniques et stratégiques du Bureau régional et du Siège respectivement.

105. En ce qui concerne le SIDA, le Directeur régional a rappelé que l'effet de crainte de ce mal nous pousse à en parler mais il a insisté sur la nécessité de combattre la peur et de considérer la lutte contre le SIDA comme un combat que nous devons gagner à tout prix en un temps limité. Combattre le SIDA revient à promouvoir la santé et aussi à lutter contre la crise économique. Devant l'urgence de l'action attendue, la bureaucratie ne doit pas être un frein qui pénalise la mise en oeuvre des programmes adoptés par les Etats.

106. Il convient de mobiliser des fonds à répartir au niveau des groupes appelés à entreprendre le combat contre la pandémie du SIDA en se rappelant que la responsabilité est avant tout individuelle, avant d'être familiale, et ensuite collective. La solidarité est un héritage de l'Afrique qui doit être organisé au niveau national.

107. Il est important, a-t-il déclaré, de se concentrer sur des objectifs et des cibles réalisables grâce à un choix judicieux d'activités qui seront mises en oeuvre par les pays dans les années à venir. Pour ce faire, ils ont besoin du soutien de l'OMS, travaillant en association avec d'autres partenaires.

108. Ayant noté que dans certains pays de la Région, des conditions socio-économiques et politiques difficiles ont entraîné la réduction de la couverture vaccinale, le Directeur régional a recommandé l'Initiative de Bamako ou toute autre approche permettant l'acquisition des biens et services en rapport avec la prévention et la protection de la santé des enfants et de leurs mères. La participation collective et individuelle réelle à la santé pour tous devra faire l'objet d'information à travers des forums de santé ainsi qu'au cours des réunions de coordination intersectorielle sur la santé et les secteurs apparentés.

109. Le Dr Monekosso a terminé la présentation de son rapport biennal en donnant aux délégués les dernières informations sur le Fonds spécial de la Santé pour l'Afrique. Il a signalé que toutes les dispositions pratiques, y compris le fait que ce soit l'OUA qui parraine le fonds et que ce soit la Banque africaine de Développement qui en soit le dépositaire, avaient été arrêtées et que le fonds sera opérationnel bientôt. Il a ajouté que le fait que plusieurs pays aient par eux-mêmes créé des fonds spéciaux et sollicitent leur adhésion au Fonds spécial de la Santé pour l'Afrique est certainement un signe qui augure bien de l'avenir.

110. Avant que la quarante-troisième session du Comité régional ne commence les débats sur le Rapport biennal, le Président a demandé au Dr Serara Kupe, Professeur de Santé communautaire à l'Université du Botswana, de présenter son nouveau livre intitulé : *"Uneasy walk to quality : The evolution of black nursing education"*.

111. Au cours de son exposé, elle a exhorté les Ministres africains de la Santé à se détacher des ouvrages rédigés pour la formation aux soins infirmiers de type occidental, à favoriser l'approfondissement de l'enseignement des soins infirmiers et à fournir des moyens à cette fin, de telle sorte que des infirmiers africains puissent rendre compte des expériences locales, notamment dans les districts et en milieu rural. Le Dr Kupe a ensuite remis des exemplaires dédicacés de son livre au Dr H. Nakajima, Directeur général de l'OMS, et au Dr G. L. Monekosso, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique.

112. Après cette brève cérémonie, le Président a ouvert la discussion du Rapport biennal du Directeur régional sur l'activité de l'OMS dans la Région africaine pour le biennium 1991-1992.

## **Discussion**

113. Pendant la discussion très animée qui a suivi la présentation du rapport, 34 pays et deux organisations ont pris la parole pour féliciter le Directeur régional de la qualité de son rapport, de la richesse de son contenu, de sa concision et de sa présentation magistrale au Comité. Les orateurs se sont déclarés satisfaits des réalisations accomplies pendant le biennium et des indicateurs pour les actions futures présentées par le Secrétariat.

## **Développement et gestion d'ensemble des programmes**

### ***Processus gestionnaire***

114. Les honorables délégués de la quarante-troisième session du Comité régional ont noté avec satisfaction que le système AFROPOC était un excellent outil de gestion de la coopération entre les Etats Membres et l'OMS/AFRO. Pour la quasi totalité des délégués, le système AFROPOC stimule la coopération technique en mettant en exergue :

- la transparence dans la gestion rationnelle des ressources;
- les activités de coopération plus explicites, mieux adaptées et mieux coordonnées;
- la collaboration interagences pour la mise en oeuvre du plan national de santé.

Beaucoup de délégués ont fait des propositions utiles visant à améliorer l'achat des matériels, à rendre le système AFROPOC plus efficace et à accroître la participation des nationaux à la gestion.

115. Dans sa réponse, le Directeur régional a pris note des propositions faites et a remercié les Honorables Ministres de la Santé de la Région pour leurs encouragements. C'est à eux qu'il a attribué le choix judicieux des membres de l'équipe OMS/AFRO comprenant les représentants de tous les pays de la Région. Il a souhaité qu'un effort soit également entrepris par les Etats pour la désignation des femmes dans les propositions adressées à l'Organisation, les femmes étant aussi compétentes que les hommes.

116. Il a noté que le système AFROPOC était non seulement appliqué au niveau des Etats mais également fort apprécié. Il a rappelé que ce système était flexible et permettait la reprogrammation des activités. Quant au plan trimestriel, il permet d'une part, l'exécution plus efficace et plus efficient du plan annuel en permettant de regrouper les activités qui vont bénéficier pour un trimestre des fonds pour leur mise en oeuvre; d'autre part, c'est un moyen qui limite la reprogrammation ainsi que des activités ad hoc en privilégiant une gestion plus rigoureuse et plus saine.

117. En reconnaissant l'importance de la participation des nationaux à la programmation-budgétisation concertée avec AFRO, le Directeur régional a mentionné les contraintes budgétaires des deux dernières années et a indiqué que ces exercices reprendraient dès 1994, si les conditions financières le permettent.

### ***Coordination des stratégies de la santé pour tous***

118. Le Bureau régional a assisté les Etats Membres dans la définition des politiques nationales de santé orientées vers les communautés, dans la mobilisation générale en faveur de la santé et notamment en ce qui concerne la promotion des initiatives de santé communautaire. Il a aussi pris note de l'intervention du délégué de l'Algérie liée aux besoins et aux problèmes spécifiques des pays à revenu intermédiaire qui sont dans un stade épidémiologique transitoire. A cet effet, l'organisation devra à l'avenir accorder l'attention à cette question, en particulier à l'Algérie, à la Mauritanie, etc.

119. Un accent particulier a été mis sur la surveillance des progrès et changements au sein de la communauté grâce aux indicateurs de santé communautaire utilisés dans les enquêtes dans les ménages et grâce à l'évaluation de l'opérationnalité des districts.

120. Dans 43 Etats Membres, la mise en place des équipes OMS-Pays a contribué à orienter les actions de santé vers la communauté et à renforcer la coopération technique avec les Etats Membres. La formation de ces équipes a déjà commencé.

121. Le Directeur régional a pris acte de la volonté réaffirmée des délégués de tenir compte des systèmes nationaux de santé existants actuellement fondés sur le Cadre africain de Développement sanitaire et de les renforcer en mettant un accent particulier sur le district qui constitue le "Final Common Path" dans la mise en oeuvre des soins de santé primaires. Les diverses interventions ont révélé que le district est devenu une réalité dans la Région africaine. Il a noté la requête du Gabon en vue d'une assistance dans le domaine de la restructuration du système national de santé. Le Bureau régional réagira positivement à cette demande.

122. Le Bureau régional a noté l'intérêt des délégués concernant le renforcement des bureaux des Représentants de l'OMS par les équipes OMS-Pays. Le sociologue de l'équipe pourrait contribuer aux recherches dans le domaine des sciences comportementales qui figurent parmi les préoccupations exprimées par certains délégués.

123. La participation des individus, des familles et des communautés à la mobilisation des ressources a été soulevée par un délégué qui a souhaité qu'une réflexion dans ce domaine puisse être enregistrée. Le Bureau régional en a pris acte.

#### **Soutien aux systèmes nationaux de santé**

124. Au cours des interventions des Etats Membres, la coopération avec l'OMS a été jugée essentielle en matière de soutien aux systèmes nationaux de santé, notamment dans les domaines suivants :

- a) la formation et le développement des ressources humaines;
- b) le développement et le renforcement des systèmes de santé de district;
- c) l'élaboration des plans nationaux de développement sanitaire;
- d) le renforcement des systèmes nationaux d'information sanitaire.

125. Parmi les faits notables au niveau des pays, le Comité régional a noté les progrès en matière de décentralisation de la gestion des systèmes de santé vers les régions et les provinces, de décentralisation de la prise en charge de la formation et le recyclage des personnels, d'autonomie de gestion des hôpitaux, de restructuration du système national de santé, en général.

126. Les préoccupations des Etats Membres concernent essentiellement l'insuffisance de la couverture sanitaire, la nécessité de développer et de renforcer l'infrastructure sanitaire, le manque de qualité des soins, le manque, parfois chronique, de médicaments essentiels à la périphérie.

127. Dans son intervention, en réponse aux discussions générales, le Directeur régional a relevé que le concept du district constitue non seulement un consensus, mais est devenu aussi, une réalité vivante au quotidien. L'objectif est d'affiner les actions afin de toucher davantage les individus, les familles et les villages. A ce propos, il ne semble pas nécessaire, pour les partenaires internationaux, d'investir directement et individuellement sur tel ou tel district; il faudrait appuyer les Ministères de la Santé dans l'élaboration et la mise en oeuvre de leur politique nationale au niveau du district.

## Protection et promotion de la santé

128. Un nombre très important de programmes suivants a particulièrement retenu l'attention des délégués. Les délégations du Bénin, du Nigéria et de Sierra Leone ont demandé que l'on adopte des politiques et des stratégies clairement définies qui permettent de faire face aux différentes pathologies bucco-dentaires, de plus en plus fréquentes dans la Région, et que l'on prévoit d'urgence des mesures préventives afin d'inverser cette tendance.

129. Le programme de santé maternelle et infantile et planification familiale a été jugé ultra-prioritaire par la quasi-totalité des délégations qui sont intervenues au sujet du rapport. Celles-ci se sont inquiétées de l'état des indicateurs de santé maternelle et infantile, notamment de la mortalité maternelle et infantile.

130. Deux délégations ont exposé les activités menées dans leurs pays au titre du programme. Le Comité a ainsi été informé de la place particulière faite aux programmes de santé maternelle et infantile et de nutrition au Bénin où des progrès appréciables ont déjà été accomplis grâce à l'initiative dite des "Hôpitaux amis des bébés".

131. En ce qui concerne la faiblesse des indicateurs de santé en général et de santé maternelle et infantile en particulier, la délégation du Malawi a indiqué qu'après un large débat national sur la SMI/PF, un certain nombre de décisions sont actuellement appliquées portant notamment sur la mise à disposition sans restrictions de méthodes modernes de contraception à toutes les intéressées, y compris aux adolescentes, dans l'espoir de réduire la fréquence des grossesses non désirées, et de faire baisser le taux de mortalité maternelle.

132. Le programme de nutrition, également jugé important dans les pays de la Région, est partiellement intégré au programme de santé maternelle et infantile, notamment en ce qui concerne la surveillance de la croissance et du développement des enfants de moins de cinq ans ainsi que des tendances de la malnutrition protéino-énergétique.

133. Toutefois, il a également été question d'autres activités dans le cadre des soins de santé primaires, et notamment de celles qui ont trait à la lutte contre les troubles liés à la carence en oligo-nutriments. La lutte contre les effets de la carence en iode a été évoquée par le délégué de la Guinée qui a fait état des résultats de l'utilisation de gélules d'huile iodée et de l'élaboration, actuellement en cours, d'une législation destinée à jeter les bases de la commercialisation et de la distribution de sel iodé ainsi que du contrôle de sa qualité.

134. La délégation de la Sierra Leone a également traité du problème de la nutrition lorsqu'il a été question de la dénutrition des populations déplacées à cause de la guerre.

135. Au chapitre des maladies non transmissibles, il convient d'observer que celles-ci n'ont guère été mentionnées au cours de l'examen du rapport biennal du Directeur régional. Seul le délégué des Seychelles a attiré l'attention sur leur augmentation dans l'île, où elles représentent déjà 40 % des causes de mortalité et de morbidité. Les différentes interventions nécessaires au diagnostic et au traitement des maladies cardio-vasculaires et du cancer exigeront du pays des services spécifiques, disposant d'un personnel hautement spécialisé, ainsi que l'installation de coûteux équipements de haute technicité.

136. On a évoqué la nécessité, toujours plus impérieuse dans ce domaine des maladies non transmissibles, de mener des recherches dans les domaines du comportement et des sciences sociales

afin de mieux programmer les interventions destinées à prévenir et combattre les accidents, la consommation excessive d'alcool, les maladies cardio-vasculaires, le SIDA et d'autres maladies liées au mode de vie.

137. La protection du milieu en vue d'une meilleure qualité de la vie a été largement évoquée. Elle a été l'occasion de solliciter le soutien technique de l'OMS afin d'élaborer la législation nécessaire à la prévention de la pollution industrielle et à l'amélioration de l'assainissement des agglomérations urbaines.

### **Lutte contre la maladie**

138. Le Comité régional a évoqué la nécessité d'assurer un soutien plus accru de ressources conséquentes par les gouvernements et les bailleurs de fonds pour le programme élargi de vaccination.

139. L'initiative d'éradication de la poliomyélite devrait être perçue comme prioritaire par tous les Etats Membres car l'objectif final (zéro cas de poliomyélite et interruption de la transmission du poliovirus) ne peut être atteint à moins que chaque pays s'y engage efficacement.

140. Les épidémies de rougeole ont été rapportées par plusieurs pays. Elles ont surtout touché les populations urbaines et indiquent une insuffisance de la couverture vaccinale.

141. Certains Etats Membres qui ont atteint une couverture vaccinale élevée avec les six antigènes du PEV, devraient être soutenus dans leurs efforts pour introduire la vaccination contre l'hépatite B, affection qui constitue un problème de santé publique en Afrique.

142. Plusieurs délégués ont fait part de faibles progrès enregistrés dans la mise en oeuvre du programme de lutte contre les infections aiguës des voies respiratoires, quand bien même son importance - en termes de mortalité et de morbidité infantiles - a été soulignée.

143. Le Comité régional a prié les Etats Membres et le Directeur régional d'accélérer la mise en oeuvre de ce programme prioritaire.

144. Au cours des discussions, il a été souligné que les maladies transmissibles constituent un très sérieux obstacle aux efforts de développement sanitaire. Parmi les maladies le plus souvent mentionnées, citons : le paludisme, la tuberculose, la dracunculose, la dysenterie bacillaire, la lèpre, les filarioses y compris l'onchocercose et la dengue. La gravité du paludisme dans la Région apparaît nettement dans les rapports de plusieurs pays sur les programmes nationaux de lutte contre le paludisme dont les stratégies sont conformes à la stratégie régionale contre le paludisme mise au point l'année précédente. Il y a eu une collaboration avec le Bureau régional pour réorienter les plans d'action nationaux. On a fait état de la collaboration entre le Siège de l'OMS et le Bureau régional et les participants s'en sont félicités. Dans la plupart des interventions, le soutien technique que les pays reçoivent de l'OMS a été jugé comme étant le plus important. Ce soutien technique va de l'assistance pour l'élaboration des politiques nationales sur des programmes spécifiques à l'élaboration des objectifs et des cibles du programme, des indicateurs pour l'évaluation des programmes ainsi que le soutien pour la formation des équipes de santé.

145. On a mentionné l'utilité du mécanisme de planification et de surveillance du programme (AFROPOC) dans la lutte contre les maladies transmissibles. Compte tenu de la crise économique qui sévit dans le monde entier et du budget à croissance zéro de l'Organisation mondiale de la Santé, il a été proposé d'accorder davantage d'attention à la mobilisation de ressources extrabudgétaires et on a recommandé de solliciter le soutien de l'OMS dans cette activité.

146. Un autre domaine de coopération dont on s'est félicité concerne la mise à disposition de matériels de formation en particulier pour l'épidémiologie et la surveillance de la maladie. Dans ce type de collaboration, on a mentionné que le soutien accordé par le Bureau régional aux Etats Membres dans la production d'un manuel de formation en surveillance épidémiologique pour les agents de santé du district était une activité qui devait être développée afin que beaucoup plus de pays en bénéficient. Les intervenants ont souvent qualifié d'approche réaliste le principe de l'intégration des programmes de lutte contre la maladie, qui permettra de sélectionner les problèmes nationaux que posent les maladies prioritaires et d'organiser la lutte par l'intermédiaire des services généraux de santé. La lutte contre l'onchocercose grâce au traitement à assise communautaire par l'Ivermectine dans les pays hors OCP a été mentionnée comme une activité appropriée pour l'intégration de cette activité dans les services généraux de santé.

147. En ce qui concerne la lutte contre les épidémies, le Comité régional a noté encore une fois la persistance et la recrudescence de nombreuses épidémies de maladies transmissibles, notamment le choléra, la dysenterie bacillaire, la peste, la dengue, la méningite cérébrospinale à méningocoques. Les efforts déployés par les Etats Membres et le Bureau régional dans la lutte contre ces épidémies ont été appréciés.

148. Il a été notamment fait état des activités entreprises dans la formation en épidémiologie, orientée particulièrement vers les équipes de santé de district. Du matériel de formation a été mis au point par le Bureau régional. Le Directeur régional a été prié de mettre ce matériel à la disposition des pays, et les aider à organiser la formation des équipes de santé.

149. D'autres questions relatives à la lutte contre les maladies transmissibles ont été discutées par le Sous-Comité du Programme et les orientations et conclusions du Comité régional se trouvent aux chapitres appropriés du présent rapport.

150. En ce qui concerne le rapport sur les progrès réalisés dans la lutte contre le SIDA, de nombreuses délégations ont souligné la menace croissante de cette épidémie dans leurs pays ainsi que les efforts déployés pour combattre sa propagation.

151. Plusieurs pays ont signalé que les programmes nationaux de lutte contre le SIDA ont été décentralisés et que l'information, l'éducation et le soutien psychologique sont devenus prioritaires dans les activités d'intervention. Plusieurs pays dont les premiers plans à moyen terme (PMT) ont pris fin, les ont remplacés par une seconde génération de PMTs multisectoriels. Les nouveaux plans encouragent la participation active d'autres secteurs public et privé. Plusieurs pays essaient d'élaborer des stratégies et des activités pouvant être efficaces pour assurer des changements de comportement, en particulier parmi la population adulte.

152. Il y a eu un accord général sur la nécessité d'accorder une attention spéciale et intensive aux enfants de 6 à 14 ans dans les programmes d'éducation et de conseils en vue de stimuler l'adoption de styles de vie sains et d'éviter les comportements à risque.

153. Dans sa réponse, le Directeur régional a déclaré qu'il avait pris bonne note de tous les commentaires utiles et des demandes générales et particulières faites par les distingués délégués. En ce qui concerne les commentaires sur le SIDA, il a déclaré qu'il est prévu de reporter l'examen approfondi de ce point de l'ordre du jour à la seconde moitié de la réunion du Comité.

## EXAMEN DU RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME (document AFR/RC43/7)

### Assainissement de l'environnement : Analyse de la tendance (document AFR/RC43/8)

154. Ce point du rapport du Sous-Comité du Programme a été présenté par le Dr L. Tapsoba (Burkina Faso). La présentation du document a été suivie d'un exposé détaillé sur "L'Afrique en l'an 2000 : une initiative pour un programme international de l'approvisionnement en eau potable et de l'assainissement en Afrique" (document AFR/RC43/INF.DOC/1) par le Dr W. Kreisel, Directeur de la Division de l'Hygiène du Milieu au Siège de l'OMS.

155. Dans son exposé, le Dr Kreisel a souligné que les avantages sanitaires et économiques d'une eau saine et d'un bon assainissement, de même que d'un environnement propice à la santé, dépassent très largement le coût économique de la prestation de ces services. Pourtant, en Afrique, la couverture des services d'approvisionnement en eau et d'assainissement reste épouvantable puisque quelque 310 millions d'individus n'ont pas accès à l'eau potable et que 385 millions ne disposent d'aucun moyen d'assainissement. En s'en tenant aux mêmes politiques, stratégies, répartition des moyens et modalités d'application que dans les années 80, le fossé séparant ceux qui sont desservis de ceux qui ne le sont pas se creuserait de 30 % d'ici à l'an 2000. De nouvelles stratégies, visant à accélérer le flux des ressources vers le secteur, grâce à un meilleur partenariat entre les Etats Membres et la communauté extérieure s'occupant du développement, constituent un préalable pour atteindre l'objectif de l'accès universel à l'eau potable et à l'assainissement adéquat d'ici l'an 2000.

156. Le chef de la délégation du Zimbabwe, désirant faire partager l'expérience de son pays, a fait un exposé très complet des effets de la pire sécheresse qui, en 1991, ait frappé quatre pays d'Afrique australe. Cette sécheresse a gravement hypothéqué la production alimentaire et industrielle, l'alimentation en eau potable des villes et des campagnes, l'évacuation des eaux usées, la production d'électricité, l'élevage, la faune sauvage et la végétation. Elle a entraîné une augmentation de la prévalence des maladies transmissibles liées à l'eau telles que la diarrhée, suivie d'une flambée de choléra dans les camps de réfugiés.

157. Cela montre la nécessité d'une gestion globale de nos ressources limitées en eau potable, tant sur le plan de la qualité que sur celui de la quantité, en faisant appel à tous les usagers pour garantir le meilleur usage possible des ressources disponibles et prévenir la pollution causée par les effluents industriels et les vidanges municipales non-traités, les pesticides et les engrais. On a souligné que ces problèmes et bien d'autres encore entraînent une dégradation de l'environnement et des risques pour la santé dans les pays de la Région : excès de fluor dans l'eau souterraine, sources ponctuelles de pollution atmosphérique, pollution de l'air par les émissions des véhicules, déversement de métaux lourds et de substances toxiques organiques et inorganiques dans les lacs et les cours d'eau, eutrophisation, déforestation, croissance rapide de la population urbaine, production de grandes quantités de déchets urbains solides, et pratiques et tendances actuelles de l'exploitation de nos ressources naturelles, renouvelables et non-renouvelables.

158. Les ministères de la santé ont utilisé plusieurs méthodes pour promouvoir l'assainissement au niveau des ménages et de la communauté en mobilisant tous les secteurs de la communauté. La participation de la communauté, l'éducation pour la santé et l'accroissement du rôle des écoles par l'introduction de l'hygiène dans les programmes des écoles primaires ont été des stratégies efficaces à cet égard.

159. Il s'est dégagé un consensus général sur la nécessité d'une réaffirmation, par les ministères de la santé, de leur engagement à améliorer les conditions écologiques qui contribuent à la mauvaise santé et à la mort prématurée de millions de personnes dans la Région, par la mise en place d'un mécanisme de coordination intersectorielle efficace à tous les niveaux et en sollicitant le soutien politique au plus haut niveau pour leur permettre de retrouver le rôle d'autorité directrice qui est le leur.

160. En acceptant l'initiative "L'Afrique en l'an 2000", il a été demandé aux Etats Membres de poursuivre leurs efforts pour la mise en oeuvre d'activités axées sur le district dans le domaine de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement en élaborant un mécanisme approprié de coordination intersectorielle au niveau local, en attendant que le programme international soit entièrement mis en place. L'orientation à suivre est la suivante : "Penser à l'échelle mondiale, planifier à l'échelle nationale et agir à l'échelle locale".

### **Rapport d'activité sur la lutte contre le SIDA dans la Région africaine** (document AFR/RC43/9)

161. Le Dr H. Mahmat Hassan (Tchad) a présenté le rapport et les recommandations du Sous-Comité du Programme portant sur le document AFR/RC43/9 "Rapport d'activité sur la lutte contre le SIDA dans la Région africaine". Tout en approuvant l'accent mis sur les communautés et les familles, le Sous-Comité a estimé que le Bureau régional devrait aider les programmes nationaux à assurer un soutien suffisant aux communautés pour faciliter leurs activités. Il a demandé au Bureau régional de fournir des lignes directrices et des modules de formation aux communautés et groupes de femmes qui assurent des soins aux sidéens et à leurs familles. Le Sous-Comité a également demandé au Directeur régional de mobiliser des ressources pour l'application de la stratégie de lutte contre le SIDA axée sur les femmes. Les Etats Membres devraient élaborer une politique nationale de transfusion sanguine en s'inspirant des principes directeurs OMS/GPA et considérer comme inacceptable la transmission du VIH en milieu médico-hospitalier.

162. Le Sous-Comité a instamment invité tous les Etats Membres de se préoccuper tout particulièrement de la protection des enfants de 6 à 14 ans, grâce à une action d'éducation pour la santé et de soutien psychologique. La formation et la protection des personnels de santé doivent également bénéficier d'une attention particulière au sein du programme national de lutte contre le SIDA. Le Sous-Comité s'est dit très préoccupé par la réduction du soutien assuré au programme SIDA par les donateurs, et singulièrement de l'aide qui parvient aux programmes nationaux par l'intermédiaire de l'OMS, réduction qui pourrait entraver la capacité de la Région africaine de l'OMS d'apporter son appui technique aux Etats Membres. Il a instamment invité les pays à mobiliser les organisations nationales et communautaires, les personnes physiques et morales, et le secteur privé afin qu'ils contribuent à la lutte contre le SIDA. En outre, étant donné l'incidence socio-économique du VIH/SIDA, la mise en oeuvre des programmes nationaux de lutte contre le SIDA doit être multisectorielle. Le Sous-Comité prie le Directeur régional de continuer à solliciter la collaboration et le soutien actifs de la communauté internationale et des organisations donatrices.

163. De nombreuses délégations (Botswana, Burkina Faso, Cameroun, Cap-Vert, Gabon, Guinée-Bissau, Lesotho, Libéria, Malawi, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Sierra Leone, Togo et Zambie) ainsi que les représentants de l'ANC, de l'UNICEF et de la Banque mondiale ont formulé des observations sur le rapport. Tous les pays ont félicité le Directeur régional de la qualité et du contenu du rapport qui fait ressortir les réalisations des programmes nationaux de lutte contre le SIDA de même que les contraintes qui entravent l'exécution des activités programmatiques.



164. La plupart des délégués se sont inquiétés de la diminution du soutien financier assuré par les donateurs aux pays de la Région et au Bureau régional de l'Afrique ainsi que des effets pervers qu'une telle contraction des ressources ne manquera pas d'exercer sur les efforts de lutte contre le SIDA. En particulier, les pays ont regretté la réduction draconienne des effectifs de personnel OMS/GPA travaillant au niveau de la Région ou des pays que GPA/Siège a imposée à la Région africaine.

165. Plusieurs pays ont fourni des données nationales actualisées sur la séroprévalence du VIH et le nombre de cas de SIDA, en attirant l'attention sur l'intensification de l'épidémie et sa propagation aux districts et aux zones rurales. Le délégué de l'Ouganda a décrit la prolifération littéralement explosive des ONG qui, toutes, s'occupent de tel ou tel aspect de la lutte contre le SIDA, y compris les soins aux sidéens et à leurs familles. Quelques ONG ne sont pas très efficaces bien que la majorité d'entre elles s'acquittent bien de leur mission, comme le démontre quelques changements visibles de comportement dans la majorité de la population. Pour coordonner tous ces intérêts divergents, le Gouvernement ougandais a créé une Commission de lutte contre le SIDA pour s'assurer que les activités des ONG poursuivent le même objectif : la lutte contre le SIDA.

166. De nombreux pays ont exprimé des craintes face à la prolifération rapide des ONG spécialement créées pour combattre le SIDA, et à l'ampleur du gaspillage financier que l'on constate lorsqu'elles sont parrainées. Plusieurs des plus grandes ONG ont mis en place des programmes parallèles aux PNLS et s'avèrent souvent difficiles à coordonner et à encadrer. Il a été instamment demandé aux Etats Membres d'insister pour que les personnels et les experts engagés pour travailler dans des ONG soient des gens qui coopèrent et oeuvrent au sein de programmes choisis par les PNLS. Il leur faudra également respecter pleinement l'autorité et la direction des programmes nationaux de lutte contre le SIDA et du Ministère de la Santé.

167. Le Comité régional a recommandé que la décentralisation des programmes s'accompagne du transfert de moyens suffisants pour la mise en oeuvre des programmes.

168. Le Comité régional est tombé d'accord avec le délégué de la Zambie pour que l'on utilise judicieusement le sang, en limitant la transfusion aux situations où elle est fortement indiquée. Les délégués du Malawi et de Sao Tomé et Principe ont approuvé la recommandation tendant à ce que les administrateurs de programmes soient des professionnels chevronnés et relèvent directement du Directeur des Services de Santé ou du Ministre de la Santé. Le délégué du Nigéria a instamment demandé à l'OMS d'entreprendre davantage de recherches sur l'interaction entre la tuberculose et le SIDA.

169. De nombreux délégués ont approuvé la recommandation dans laquelle il est dit que l'action d'information et d'éducation menée auprès des jeunes est une activité aussi indispensable que rentable. Le délégué de l'Ouganda a demandé au Bureau régional de lui donner davantage d'informations sur les couples désunis et sur la transmission transplacentaire du VIH. Le représentant de l'ANC a décrit les activités de son organisation ainsi que le réseau de lutte contre le SIDA mis en place en Afrique du Sud et a invité le Bureau régional à prendre part à la réunion prévue pour examiner le document de la stratégie préparé pour l'Afrique du Sud. Le délégué du Lesotho a souhaité ardemment qu'on continue à sensibiliser les décideurs politiques et les administrateurs principaux dans tous les pays. Les problèmes que posent les travailleurs migrants, les réfugiés et les populations nomades pour la réussite de la lutte contre le SIDA ont été mentionnés par le Burkina Faso, le Lesotho et le Togo. Le Lesotho a aussi souligné le fait que le SIDA est un problème de développement autant qu'un problème de santé. La Guinée-Bissau a souligné la nécessité d'assurer la formation des personnels de santé ainsi que leur protection contre l'infection par le VIH sur les lieux où sont assurés les soins

de santé. Le délégué du Burkina Faso a souligné l'extension des activités aux zones rurales reculées souvent mal desservies et hors de portée des émissions de la radio et de la télévision dans beaucoup de pays africains.

170. Le délégué du Malawi a prié le Directeur régional de fournir une liste complète des activités de recherche sur le SIDA ainsi que celle des interventions menées dans la Région africaine à la prochaine réunion du Comité régional. Le délégué du Botswana a instamment prié le Directeur régional de donner des directives aux Etats Membres sur l'utilisation des ressources mises à la disposition des programmes nationaux et a proposé que les pays soient consultés sur le choix des experts internationaux qui seront retenus par les programmes nationaux lorsqu'on réduira les effectifs. Ce délégué s'est réjoui de la création d'un groupe spécial sur les femmes au Bureau régional et a prié le Directeur régional d'aider à élaborer une stratégie de lutte contre le SIDA axée sur les femmes, adaptée au plan culturel et acceptable.

171. Le représentant de l'UNICEF a insisté sur l'élaboration d'une stratégie régionale d'éducation pour la santé et sur la nécessité de faire une étude sur les aspects culturels du SIDA en Afrique, dont les résultats seraient utilisés pour concevoir des interventions appropriées.

172. Le représentant de la Banque mondiale a souligné le fait que le SIDA est avant tout un problème de santé tout en étant en plus un problème de développement. Il y a eu des activités menées conjointement par la Banque mondiale et la Banque africaine de Développement. La Banque mondiale est disposée à examiner les demandes des pays pour obtenir des prêts à des conditions avantageuses pour combattre le SIDA. Il a aussi été proposé de combiner les stratégies de promotion de l'utilisation des préservatifs et de promotion de la planification familiale.

173. Dans son intervention, le Directeur exécutif de GPA, le Dr Merson, a déclaré qu'il y avait eu une baisse très importante des financements attendus par les programmes de lutte contre le SIDA, par l'entremise de l'OMS, en dépit du fait que GPA s'est engagé à soutenir 151 pays dans leur lutte contre le SIDA. Le Dr Merson a expliqué les aspects de la gestion du programme de lutte contre le SIDA, qui n'encourage pas les bailleurs de fonds à faire des contributions substantielles. Parmi ces aspects, citons : le fait que les Etats Membres aient manqué de faire suivre leur engagement en faveur du SIDA par des allocations budgétaires nationales pour les activités de lutte contre le SIDA, le souhait des bailleurs de fonds de voir les pays faire preuve de discipline dans la gestion financière et la responsabilisation et respecter "la valeur de l'argent" dans l'allocation financière aux diverses composantes de l'effort national de lutte contre le SIDA, l'insuffisance des données, l'absence de preuves sur l'impact des interventions sur la propagation de l'épidémie.

174. Expliquant la situation relative au développement d'un vaccin, le Dr Merson a déclaré que plusieurs candidats vaccins, préventifs et thérapeutiques étaient en cours d'essai dans des groupes de populations et de volontaires sélectionnés. Aucune percée significative ne doit être attendue avant plusieurs années. De même, la recherche d'agents thérapeutiques continuait sans relâche. Cependant, on n'a signalé aucune découverte positive et le sentiment général qui prévaut c'est qu'il s'écoulera beaucoup de temps avant de trouver un remède efficace. Il a conseillé aux Etats Membres de concentrer leurs efforts sur la prévention de la transmission sexuelle du VIH/SIDA et sur le traitement des maladies sexuellement transmissibles.

175. Répondant aux commentaires des délégués, le Directeur régional a convenu que, en ce qui concerne l'épidémie du SIDA, l'Afrique était confrontée à un défi redoutable mais a instamment prié les pays d'être fermement décidés à enrayer la propagation de l'infection. Il a souligné qu'il était nécessaire que les Etats Membres recherchent les voies et moyens d'obtenir des crédits pour la lutte contre le SIDA en faisant appel à la Banque mondiale et au secteur privé. Si on ne parvient pas à

maîtriser la propagation du SIDA, le segment productif et économiquement actif de la population sera très largement décimé, sans compter que la désorganisation sévère de l'économie nationale entraînera dans son sillage des conséquences néfastes pour le développement national et régional. Après l'achèvement de la décentralisation du soutien technique de GPA du Siège vers AFRO, le Bureau régional sera en mesure d'assumer entièrement la responsabilité de guider les Etats Membres dans tous les aspects du développement et de la gestion du programme. Les activités essentielles ont été détaillées dans un guide d'orientation pour les programmes nationaux de lutte contre le SIDA, qui a été récemment publié, et que le Bureau régional a distribué aux programmes nationaux.

176. Les Etats Membres devraient décentraliser complètement les programmes nationaux de lutte contre le SIDA, promouvoir et soutenir les activités dans le district. On devrait coordonner et encourager activement les ONG mais on ne devrait pas les laisser proliférer dans des proportions qui les rendraient incontrôlables. Le Bureau régional est en train d'être renforcé pour lui permettre d'assurer efficacement une responsabilité croissante dans les activités liées au VIH/SIDA. Tout le personnel du Bureau régional est en train d'être mobilisé pour prendre part à la lutte contre le SIDA dans tous les pays de la Région, en dépit du coût très élevé de l'assistance technique.

177. Le Directeur régional a assuré le Comité régional qu'il ne ménagera aucun effort pour fournir un soutien technique aux Etats Membres dans la lutte contre le SIDA, et les a instamment prié de s'assurer que les déclarations de Dakar et d'Abuja des Chefs d'Etat de l'OUA se traduiront par des actions concrètes, par des dotations budgétaires et par des moyens permettant de mener les activités de lutte.

#### **Maladies cardio-vasculaires : Examen de la situation (document AFR/RC43/10)**

178. Le rapport du Sous-Comité relatif à ce point de l'ordre du jour a été présenté par le Dr H. M. Hassan (Tchad), membre du Sous-Comité. Le débat qui a suivi fut l'occasion pour les délégués au Comité régional de se faire mutuellement part d'expériences vécues dans leurs pays respectifs, et de proposer des recommandations aux Etats Membres et à l'OMS à prendre en considération dans le projet de résolution.

179. On a souligné la fréquence élevée de l'hypertension artérielle, presque toujours ignorée des malades et, de ce fait, considérée comme un "agresseur silencieux". Il a été proposé que l'OMS et les autorités nationales compétentes prennent les dispositions nécessaires en vue d'un dépistage systématique sous la forme d'examens médicaux obligatoires effectués en différentes occasions de la vie de chaque citoyen.

180. On s'est également préoccupé du problème particulier que pose le rhumatisme articulaire aigu et ces complications cardiaques et, à ce sujet, il a été recommandé de procéder au dépistage précoce de ces manifestations dans le cadre des programmes de santé scolaire. Ces programmes devraient bénéficier, de la part des gouvernements africains, d'une bien plus grande attention qu'ils n'en ont actuellement, compte tenu des énormes possibilités qui s'offrent de recourir à des mesures de prévention de toutes sortes ainsi que de promouvoir des comportements salutaires parmi les jeunes.

181. La fréquence préoccupante des maladies cardio-vasculaires et des autres formes de comportements et de modes de vie peu propice à la santé ont conduit à envisager l'importance et la possibilité d'organiser des actions d'information et d'éducation du public, en privilégiant le recours à des messages qui sont conçus en une langue simple accessible à toutes les classes sociales.

182. L'existence du réseau de centres collaborateurs du projet MONICA de surveillance des tendances et des déterminants des maladies cardio-vasculaires a été évoquée. On a noté qu'en Afrique les institutions spécialisées d'Addis-Abeba, Harare, Ibadan, Nairobi, Kampala et Yaoundé ont adhéré au réseau, tandis que d'autres comme l'Institut de Pathologie cardio-vasculaire d'Abidjan peuvent également contribuer utilement aux études en cours dans la Région. Il a été recommandé que le Bureau régional étudie la possibilité d'élargir le réseau de centres collaborateurs du projet MONICA à l'Afrique subsaharienne.

183. Le projet de résolution a été modifié de manière à inclure les recommandations sur le dépistage précoce des maladies cardio-vasculaires et concernant des activités d'éducation et d'information plus dynamiques et plus accessibles à l'ensemble de la population.

#### **Elargir le rôle du personnel des soins infirmiers et obstétricaux en matière de surveillance épidémiologique des maladies (document AFR/RC43/11)**

184. Le document AFR/RC43/11 a été présenté par le Dr F. Mrisho (Tanzanie) qui a fait un bref rapport sur les recommandations du sous-Comité du Programme. Les discussions ont donné aux délégués l'occasion de partager leurs expériences et d'approuver les recommandations.

185. On a fait allusion au titre du document "Elargir le rôle du personnel des soins infirmiers/obstétricaux en matière de surveillance épidémiologique des maladies" pour relever que les pays ont déjà accepté le rôle des infirmiers/sages-femmes dans la surveillance épidémiologique comme faisant partie de leurs activités régulières dans le cadre des soins de santé primaires. Il ne reste donc plus qu'à les former pour qu'ils soient mieux équipés pour leurs missions dans le cadre des soins de santé primaires. Il a été demandé aux pays d'apporter les ressources matérielles et financières nécessaires.

186. On a estimé qu'il fallait faire l'inventaire des infirmiers/sages-femmes qui ont participé à la surveillance épidémiologique pour en faire des formateurs. Toutes les activités de formation devraient contribuer à développer un "noyau et un groupe critique" d'infirmiers et de sages-femmes et de surveillance épidémiologique.

187. La Guinée équatoriale a demandé au Bureau régional de fournir aux infirmiers et aux sages-femmes le matériel didactique en langue espagnole, et le Malawi a demandé au Bureau régional de soutenir les pays dans l'analyse des tâches et du rôle des infirmiers et des sages-femmes en matière d'épidémiologie.

188. Un délégué a estimé que la formation des infirmiers et sages-femmes serait trop longue s'ils devaient être formés en épidémiologie. Il a donc proposé que leur rôle en matière de soins de santé se limite aux soins infirmiers et obstétricaux. Ce sentiment était déjà exprimé dans le rapport présenté au Comité régional. Mais cette enquête n'était pas une évaluation exacte faite par les professionnels des soins infirmiers/obstétricaux eux-mêmes.

189. Le Comité régional a appuyé le point de vue exprimé dans le document pour le renforcement du rôle des sages-femmes en matière d'épidémiologie, compte tenu du faible nombre de médecins et d'épidémiologistes, et compte tenu du rôle vital que jouent les sages-femmes dans ce domaine au niveau du district.

**Rapport du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS)**  
(document AFR/RC43/12)

190. Le Dr C. Mendes (Angola), Rapporteur du Sous-Comité du Programme a présenté au Comité régional le document AFR/RC43/12 - Rapport du CCADS, session du 14 au 18 juin 1993 à Brazzaville, ayant eu pour thèmes :

- a) santé, condition préalable au développement socio-économique;
- b) adaptation de l'OMS aux changements mondiaux;
- c) les femmes, la santé et le développement;
- d) développement de l'infrastructure sanitaire au niveau du district (sujet des discussions techniques du RC43);
- e) recherche et surveillance en santé communautaire.

191. Enfin, le CCADS a examiné quatre candidatures pour la bourse de la Fondation Jacques Parisot.

192. Compte tenu de l'importance de la mobilisation générale en faveur de la santé, le CCADS a proposé la création de la confédération internationale de la santé communautaire.

193. Le Comité régional a pris bonne note du rapport du CCADS et estimé pertinentes les suggestions et recommandations notamment pour les programmes "Les Femmes, la Santé et le Développement", la formation du personnel de santé, le développement des infrastructures sanitaires du district, la recherche et la surveillance en santé communautaire.

**Programme de lutte antipaludique (document AFR/RC43/13)**

194. Le Directeur régional a été félicité d'avoir présenté un document clair et complet, faisant succinctement le point du programme régional de lutte antipaludique, et le Sous-Comité du Programme a été complimenté de son rapport informatif.

195. Pendant la discussion, plusieurs aspects de l'application de la stratégie régionale ont été évoqués. Parmi ceux-ci, il convient de signaler l'accélération de la formation de tous les personnels de santé et, particulièrement, de ceux des districts au traitement du paludisme maladie; l'amélioration de la surveillance continue de la résistance du parasite paludéen ainsi que du contrôle de la qualité des antipaludiques; le recours opportun à la lutte antivectorielle; l'intensification de l'éducation pour la santé et la promotion de l'emploi des moustiquaires; la prévention du paludisme par la prophylaxie chez la femme enceinte; une approche exhaustive de la lutte antipaludique conjuguant le plus grand nombre possible de ces méthodes en un programme national de lutte antipaludique.

196. On a fait remarquer qu'il fallait promouvoir la protection personnelle contre les piqûres de moustiques, particulièrement en milieu rural. A cet égard, on a recommandé d'avoir plus largement recours aux moustiquaires, aux rideaux et aux stores imprégnés. On a également fait observer que la chimioprophylaxie du paludisme pendant la grossesse devait figurer dans la stratégie antipaludique régionale et que le document devait être modifié de manière à inclure cette méthode.

197. On a fait état du dilemme auquel sont confrontés les pays qui utilisent actuellement le DDT comme insecticide de choix dans leur programme de lutte antipaludique, étant donné les avantages et les inconvénients connus du DDT. Dans les pays où l'on a montré que le moustique vecteur est sensible au DDT, on a convenu que, sur la base des quantités de DDT effectivement utilisées par

les pulvérisations domiciliaires, le risque pour l'environnement était considéré comme négligeable. Toutefois, on a jugé nécessaire de surveiller en permanence la sensibilité du vecteur de même que l'accumulation de l'insecticide dans l'environnement.

198. Les orientations techniques données par l'OMS aux programmes nationaux de lutte contre le paludisme ont été très appréciées. Le Bureau régional a été prié de continuer à donner aux pays les orientations techniques et les matériels de formation nécessaires sur les divers aspects de la lutte contre le paludisme. La nécessité d'assurer la formation du personnel du district au traitement du paludisme a été soulignée par le Secrétariat.

199. En outre, la situation actuelle étant caractérisée par une résistance répandue du parasite aux médicaments disponibles, il a été recommandé aux pays de redoubler d'efforts dans la surveillance in vivo de la sensibilité du parasite du paludisme, district par district, et de se fonder sur cette surveillance pour élaborer une politique rationnelle d'utilisation des médicaments antipaludiques. En ce qui concerne le fait que les médicaments antipaludiques classiques contribuent à rendre inefficace le traitement des cas, il a été proposé que les lots suspects d'antipaludiques soient envoyés à l'OMS qui les transmettra à des laboratoires sélectionnés où l'analyse chimique appropriée des médicaments pourrait être effectuée et les résultats communiqués aux autorités intéressées. Les pays ont été assurés de pouvoir bénéficier du soutien technique continu de l'OMS et du Bureau régional en particulier pour la planification, la mise en oeuvre et l'évaluation de leurs programmes nationaux de lutte antipaludique.

**Rapport sur l'adaptation de l'OMS aux changements mondiaux (documents AFR/RC43/14 et AFR/RC43/14 Add.1) et sur le Neuvième Programme général de Travail**

200. Les documents appropriés mis à la disposition du Comité sur ce point de l'ordre du jour étaient les suivants : documents AFR/RC43/14 et AFR/RC43/14 Add.1, EB92/94, EBPC18/WP/3, EBPC18/Conf. Paper No. 1, Rév.1, EBPC/WP/4. Ces documents ont été examinés et discutés à fond par le Sous-Comité du Programme qui a formulé ses observations et ses recommandations, conformément au paragraphe 66 de son rapport, à savoir le document AFR/RC43/7.

201. Les membres du Comité régional ont tous été d'accord que l'OMS doit *s'adapter stratégiquement* aux changements mondiaux pour être en mesure de mener sa mission et de jouer le rôle d'autorité directrice qu'on attend d'elle.

202. Les délégués ont été satisfaits du processus suivi par l'Organisation pour une adaptation stratégique aux changements mondiaux. Ils ont été d'accord avec les mesures prises jusqu'à présent par le Directeur général et le Directeur régional à cet égard et les ont instamment priés de prendre d'autres mesures pour mettre en oeuvre les diverses recommandations contenues dans les documents EB92/4, EBPC18/WP/3 et EBPC18/Conf.1 Paper No 1 Rév.1. En d'autres termes, le Comité a approuvé la mise en oeuvre des recommandations du Groupe de Travail du Conseil exécutif (GTCE).

203. Le Comité régional a néanmoins relevé qu'à son avis toutes les recommandations faites par le présent Comité et par tous les autres Comités régionaux seront renvoyées devant le Conseil exécutif lors de sa quatre-vingt-treizième session en janvier 1994 et le Conseil exécutif à son tour fera des recommandations à la Quarante-Septième Assemblée mondiale de la Santé en mai 1994. Ce n'est qu'une fois que l'Assemblée mondiale de la Santé aura pris des décisions sur la base des recommandations formulées par le Conseil exécutif que celles-ci pourront être mises en oeuvre, moyennant ou non une modification de la Constitution actuelle, selon la nature des décisions prises.

3204. Le Comité régional a examiné à fond les recommandations du Sous-Comité du Programme et les a adoptées avec quelques modifications et ajouts ainsi que quelques interprétations sur la base du paragraphe 203.

205. Les recommandations finales faites par le Comité régional sur les questions particulières figurent dans les points a) à d) ci-dessous :

**a) *A propos de la fonction, du nombre de mandats et de la sélection des Directeurs généraux/Directeurs régionaux***

Le Comité régional recommande ce qui suit :

- i) il est nécessaire que les profils des Directeurs généraux et des Directeurs régionaux soient bien appropriés à leurs fonctions;
- ii) il conviendrait de fixer un calendrier pertinent pour les Directeurs généraux/Directeurs régionaux avec des cibles précises permettant aux Etats Membres de surveiller la manière dont ils s'acquittent de leurs fonctions;
- iii) la durée du mandat du Directeur général/Directeur régional devrait être de cinq ans renouvelable pour un nouveau mandat de cinq ans; si les Etats le souhaitent, le titulaire pourrait être prié de briguer un autre mandat de cinq ans, ce qui fera que le nombre maximal d'années qu'une personne pourra passer comme Directeur régional/Directeur général sera de quinze ans;
- iv) conformément à la Constitution de l'OMS, le choix du Directeur régional devrait continuer à être la prérogative du Comité régional;
- v) la fonction de Directeur général devrait être remplie en faisant appel à un des Directeurs régionaux sans préjudice de tout autre candidat aspirant à occuper cette fonction.

**b) *A propos des bureaux OMS/Pays, des Représentants de l'OMS et du recours aux consultants***

Le Comité régional a recommandé qu'il est nécessaire :

- i) de parachever le processus de décentralisation de l'Organisation au niveau pays en déléguant davantage de pouvoirs aux Représentants de l'OMS;
- ii) de réaffecter les ressources (en particulier les ressources humaines) de l'Organisation de telle façon que plus de ressources soient affectées au niveau pays et moins de ressources aux deux autres niveaux en particulier au Siège;
- iii) d'élaborer un profil approprié pour le titulaire et la fonction de Représentant de l'OMS;

- iv) de faire participer les Représentants de l’OMS aux travaux de l’Assemblée mondiale de la Santé et du Comité régional pour leur permettre d’en assurer le suivi nécessaire au niveau pays;
- v) d’offrir des meilleures conditions d’emploi aux membres des équipes OMS/Pays, un concept qui s’avère excellent;
- vi) d’assurer une interaction plus étroite au niveau pays entre les conseillers régionaux et les Représentants de l’OMS.

**c) *A propos des relations avec les autres organisations des Nations Unies***

Le Comité régional a recommandé que les diverses organisations collaborent plus étroitement afin d’optimiser l’utilisation des ressources du système des Nations Unies dans son ensemble.

**d) *Divers***

Le Comité a recommandé que la surface géographique d’un Etat Membre soit un des critères utilisés pour répartir les ressources de l’Organisation entre les Etats Membres.

**Production locale de médicaments essentiels (document AFR/RC43/15)**

206. Le Comité a exprimé son accord avec les recommandations du Directeur régional, ainsi que celles formulées par le Sous-Comité du Programme dans son rapport (AFR/RC43/7).

207. Les délégués considèrent que la production locale de médicaments essentiels reste une stratégie valable, néanmoins une plus grande coordination entre les pays de la Région, dans le sens d’une meilleure rentabilité économique, est indispensable.

208. L’importance du contrôle de la qualité des médicaments a été rappelée, ainsi que le problème de la maîtrise des importations et des ventes illicites. Sur ces questions, le Comité régional a appelé le Directeur régional à poursuivre ses efforts afin d’assister les pays en la matière.

209. Le Comité régional a accordé une attention particulière à la mise en place des mécanismes d’achat groupé de vaccins et de médicaments, qui devraient faire l’objet d’une étude de faisabilité par le Bureau régional, en concertation avec les organismes et les institutions travaillant dans ce domaine, dans la Région.

**Les femmes, la santé et le développement (document AFR/RC43/16)**

210. Le document a été présenté au Comité régional par le Dr H. Mahamat Hassan (Tchad) qui a résumé les délibérations du Sous-Comité du Programme relatives à ce document.

211. Les délégués ont félicité le Directeur régional d’avoir inscrit ce point à l’ordre du jour du Comité régional, car il leur fournit l’occasion d’examiner une fois de plus la situation des femmes en Afrique dans le contexte du développement d’ensemble du continent, sachant qu’il existe encore des disparités entre les hommes et les femmes. On a convenu que les femmes ne joueront efficacement et pleinement leur rôle dans le processus de développement qu’à partir du moment où sera levée l’hypothèque qui pèse sur leur état de santé.



212. Beaucoup de délégués se sont inquiétés que l'on ne sache rien de la mise en oeuvre des nombreuses résolutions adoptées au fil des ans portant sur les problèmes des femmes tels que l'éducation des femmes, les recherches sur l'un des sexes en particulier, la maternité sans risque et les possibilités de se constituer des revenus. Plusieurs délégués ont souligné qu'il appartenait aux pays d'élaborer des politiques pour concrétiser les principes énoncés dans les résolutions. Cette responsabilité doit incomber à tous les partenaires du processus de développement mais plus particulièrement aux hommes qui ont tendance à entraver l'application des politiques qui ont trait aux femmes.

213. Conscient de la recommandation du Sous-Comité du Programme, formulée dans son rapport pour que les femmes juristes prennent la tête du mouvement de contestation des politiques et dans des législations en vigueur, le Comité a estimé que cette responsabilité incombe à toute les personnes concernées par le développement en général. Il faut qu'on réexamine la législation, car les lois sont généralement injustes pour les femmes, comme dans le cas des viols où les hommes ne sont pas punis comme il le faudrait.

214. En ce qui concerne la condition actuelle des femmes dans la Région, il a été convenu à l'unanimité que les femmes ne doivent plus être considérées comme des citoyens de deuxième classe. L'amélioration de la situation des femmes passe par l'éducation. Il faut que les femmes apprennent à lire et à écrire pour éliminer les barrières à la communication et rester plus longtemps à l'école. L'éducation pour la vie familiale doit être dispensée aux adolescentes. Et il faut accélérer la mise en oeuvre de programmes novateurs pour réduire les taux de mortalité maternelle et d'avortements illégaux.

215. Profondément préoccupé par la "place inférieure" occupée par les femmes sur la scène nationale et internationale dont on a tant parlé, un délégué a fait état de l'expérience de son pays en ce qui concerne la condition de la femme dans des postes clés de son gouvernement. Il a informé le Comité d'une loi adoptée par le Parlement selon laquelle deux-tiers des candidats doivent être des femmes. Il a noté avec satisfaction que les femmes ont obtenu de meilleurs résultats que leurs homologues masculins. Un autre délégué a déclaré que son pays n'a pas eu beaucoup de mal à introduire les femmes dans les cercles de prise de décisions pour les intégrer au processus de développement social, économique et politique. Son pays compte actuellement 42 femmes députés et 5 femmes ministres. Le Parlement a également adopté une loi sur la mutilation génitale des femmes pratiquée dans une petite région, et les femmes députés ont fait du porte-à-porte pour faire cesser cette pratique nuisible.

216. On a estimé qu'il était hautement prioritaire d'améliorer l'autonomie des femmes sur le plan économique. Il faut apprendre aux femmes à mieux gérer leurs ressources financières, leur accorder des prêts bancaires leur permettant de gagner de l'argent et ainsi de conquérir leur liberté économique. Les femmes doivent avoir accès à des technologies appropriées et simples pour améliorer leur condition.

217. La plupart des délégués ont noté avec inquiétude le crédit actuellement inscrit au budget du Bureau régional, au titre du programme "Les Femmes, la Santé et le Développement" et ont expressément demandé au Directeur régional d'accroître à l'avenir la dotation budgétaire de ce programme.

218. Les délégués ont, dans leur écrasante majorité, félicité l'Ouganda pour les succès enregistrés dans l'amélioration de la condition de la femme, en particulier du point de vue de leur pouvoir de décision. Ils ont été d'accord sur la nécessité de s'inspirer de ces succès de l'Ouganda ainsi que de ceux du Mali.

219. La nécessité de passer de la rhétorique à l'action a été soulignée à la fin des débats. Il faut dégager des ressources pour assurer l'intégration des femmes à tous les secteurs d'activité et contribuer ainsi à l'amélioration de leur condition dans la Région.

220. Le Comité régional a félicité le Directeur régional de son rapport et a approuvé les recommandations et les actions entreprises. Il a approuvé le rapport et adopté la résolution AFR/RC43/R6.

#### **Développement des systèmes nationaux d'information sanitaire (document AFR/RC43/17)**

221. Ce document a été présenté au nom du Sous-Comité du Programme par le Dr F. Mrisho (Tanzanie). Le Comité régional considère que les orientations présentées dans le document constituent une approche appropriée et une base susceptible de renforcer la coopération nécessaire entre l'OMS et les Etats Membres dans le domaine du développement des systèmes nationaux d'information. Une attention particulière devrait être accordée à :

- l'harmonisation et la standardisation de la collecte et la présentation des informations sanitaires tant au plan national qu'international;
- la sélection des informations à collecter en prenant en compte des besoins explicitement exprimés en matière de prise de décision, principalement au niveau local.

#### **Surveillance épidémiologique des maladies transmissibles (document AFR/RC43/18)**

222. Le Comité régional a félicité le Directeur régional d'avoir inscrit ce sujet important à l'ordre du jour de ses travaux et préparé un rapport détaillé sur le renforcement de la surveillance épidémiologique des maladies transmissibles au niveau du district.

223. Les recommandations issues des travaux du Sous-Comité du Programme sur ce sujet ont été approuvées par le Comité régional. Il s'agit surtout de la formation du personnel de santé au niveau du district et de l'appui nécessaire des niveaux intermédiaire et central. Le Comité régional a toutefois tenu à relever que le développement concomitant de services de laboratoire est indispensable dans le cadre de la surveillance épidémiologique. Ces laboratoires devraient être bien équipés et disposer d'un personnel compétent. Le Comité régional est d'avis qu'il serait bon de définir un minimum d'informations requises au niveau du district pour l'action et au niveau central pour la prise de décision.

#### **Programme élargi de vaccination : Progrès accomplis (document AFR/RC43/19)**

224. Le Comité régional a noté avec satisfaction les progrès accomplis dans plusieurs pays en ce qui concerne la réalisation d'une couverture vaccinale élevée et la réduction significative de l'incidence des maladies cibles prioritaires. Ceci concerne plus particulièrement la confirmation de l'absence de cas de poliomyélite dans 13 pays dont six sont situés dans la partie australe du continent, formant ainsi la première zone d'Afrique potentiellement libérée de la transmission du poliovirus.

225. Le Comité régional a cependant fait état de ses préoccupations concernant la durabilité de ce programme prioritaire. Les Etats Membres ont relevé notamment que les coûts des vaccins sont de plus en plus élevés au moment où plusieurs pays sont en train de prendre en charge une partie ou l'ensemble des coûts des vaccins du PEV. Les délégués ont convenu que les pays devraient davantage mobiliser des fonds de leurs budgets nationaux afin de pallier à la fatigue des bailleurs de fonds et

maintenir les résultats déjà acquis par le programme. Dans ce contexte, le Comité régional a noté que certains Etats ont conçu et mis en oeuvre différentes formes de financement du programme, y compris la création de fonds spéciaux pour le PEV et l'inclusion des vaccins dans le système national d'achat des médicaments essentiels.

226. Eu égard aux contraintes financières évoquées plus haut, il a été admis que l'introduction de nouveaux vaccins (fièvre jaune, hépatite virale A et B) dans le PEV dépendrait des capacités de mobilisation de fonds additionnels au niveau des pays mais aussi des efforts concertés à l'échelon régional et mondial, notamment pour ramener les prix de ces vaccins à des niveaux plus abordables.

227. Concernant les mécanismes d'approvisionnement en vaccins au niveau régional, le Comité régional a noté les propositions concernant l'achat groupé ou la création des dépôts régionaux. Toutefois, il a souhaité que l'on tienne compte des systèmes d'achat existants, notamment le système d'approvisionnement mis en place au niveau de l'UNICEF. En tout état de cause, il est nécessaire de garantir la qualité des vaccins mis à la disposition des Etats Membres.

#### **Programme régional de lutte contre la dracunculose (document AFR/RC43/20)**

228. Les délégués se sont félicités de la clarté et de l'utilité du rapport du Directeur régional et du rapport du Sous-Comité du Programme sur ce sujet. Quelques pays ont fait savoir que la date cible d'éradication de la dracunculose - 1995 - était certainement possible à respecter mais que les pays endémiques devront redoubler d'efforts pour intensifier l'éducation pour la santé, la distribution de matériels de filtration de l'eau et le renforcement des systèmes nationaux de surveillance. D'un autre côté, d'autres pays ont déploré le fait que leurs programmes nationaux ne progressaient pas. On a recommandé à ces pays d'améliorer la coopération intersectorielle ainsi que la collaboration avec l'OMS et d'autres organisations et institutions. Il a été souligné que bien que l'approvisionnement en eau saine de boisson soit une composante coûteuse du programme, la mobilisation des ressources provenant des institutions internationales, en particulier de l'UNICEF, avait contribué au succès des programmes nationaux d'éradication et qu'il conviendrait de recommander cette approche à d'autres pays.

#### **Subventions aux études (document AFR/RC43/21)**

229. Le document AFR/RC43/21 a été présenté au Comité régional par le Dr C. Mendes (Angola), Rapporteur du Sous-Comité du Programme, qui a rappelé les dispositions générales d'attribution des bourses et subventions aux études avant de parler des avantages des subventions qui constituent un outil d'avenir plus souple que les bourses, et qui est mieux adapté aux formules de formation que proposent les pays et plus approprié pour maximiser l'utilisation des ressources disponibles.

230. Le Comité régional a félicité le Directeur régional de la pertinence de l'approche proposée pour les subventions aux études et recommandé aux Etats Membres de recourir à ce mécanisme plus conforme aux besoins spécifiques de formation en fin de spécialisation et à la formation locale des membres de l'équipe de santé.

#### **Rapport sur le Prix du Dr Comlan A. A. Quenum (document AFR/RC43/22)**

231. Le rapport sur le Prix du Dr Comlan A. A. Quenum a été présenté au nom du Directeur régional par M. D. E. Miller, Directeur du Programme de Soutien. Le document a fait brièvement l'historique du Prix depuis le moment où le Gouvernement du Cameroun a proposé sa création au

Comité régional en 1986. Le Prix d'une valeur de US \$2000 dollars est attribué tous les deux ans et a été présenté jusque-là en 1989, 1991 et 1993.

232. Le Prix de 1993 a été attribué au Projet du Programme élargi de Vaccination du Bénin et a été présenté à l'Assemblée mondiale de la Santé à Genève au Ministre de la Santé du Bénin qui l'a reçu au nom du Projet.

233. Le Comité qui a sélectionné les candidats au Prix de 1993 a émis l'avis qu'on devrait accroître le montant du Prix. Pour ce faire, le Comité a demandé qu'on consente des efforts pour augmenter les contributions, ce qui permettrait d'accroître le montant du Prix qui est financé par les intérêts produits par le capital déposé. Le Sous-Comité du Programme a été invité à prier instamment les Etats Membres qui n'ont pas encore contribué au Prix de le faire, en remettant peut-être des sommes qui soient des multiples de US \$500. Les contributions ne se limitent pas aux gouvernements; elles sont aussi ouvertes aux individus et aux organisations.

234. Il a été convenu de prier instamment les Etats Membres et les individus de bonne volonté de contribuer généreusement au capital du Prix afin d'accroître la valeur du Prix et sa durabilité.

#### **Bourse de la Fondation Jacques Parisot (document AFR/RC43/31)**

235. Le document a été présenté au Comité régional par le Dr C. Mendes (Angola), Rapporteur du Sous-Comité du Programme, qui a rappelé que le choix des candidats pour cette bourse revient cette année à la Région africaine de l'OMS.

236. Le Comité régional a approuvé les recommandations du Sous-Comité du Programme quant à la désignation de trois candidats ci-après (par ordre de mérite) :

- a) Dr A. Ole Sulul
- b) Mlle A. Ruganda
- c) Dr Densdedit Kibinda

et demande au Directeur régional de transmettre son rapport au Conseil exécutif à sa session de janvier 1994.

237. Le Comité régional a approuvé le rapport du Sous-Comité et a remercié ses membres de leur excellent travail.

#### **Composition du Sous-Comité du Programme pour 1994**

238. Le Président a annoncé qu'en application de la résolution AFR/RC25/R10 et de la décision 14 prise à la quarantième session, les six membres suivants se retireront du Sous-Comité à la fin de leur mandat, en 1993 : Algérie, Angola, Bénin, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe. Il les a remerciés chaleureusement de leurs précieuses contributions aux travaux du Sous-Comité. Conformément aux mêmes textes, le nouveau Sous-Comité du Programme a été constitué. Il se compose de 12 pays suivants : Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cap-Vert, République centrafricaine, Tchad, Comores, Congo, Guinée équatoriale, Ethiopie, Gabon et Gambie.

### **Mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous**

239. Dans le cadre de sa coopération avec la Banque mondiale, le quarante-troisième Comité régional a adopté une résolution sur la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous dans la Région africaine.

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

#### **Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif (document AFR/RC43/4)**

240. Au nom du Directeur régional, M. D. Miller, Directeur du Programme de Soutien, a présenté le document AFR/RC43/4 relatif au point 7.1 de l'ordre du jour, le document AFR/RC43/5 relatif au point 7.2 de l'ordre du jour et le document AFR/RC43/6 relatif au point 7.3 de l'ordre du jour.

241. Le document AFR/RC42/4 est le rapport du Directeur régional sur les modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional qui ont été adoptées par la Quarante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé et la quatre-vingt-onzième session du Conseil exécutif.

242. Le rapport ne contient que les paragraphes tirés du dispositif des résolutions. Chaque résolution est accompagnée de propositions concernant les mesures à prendre. Les propositions ont été regroupées par programmes en fonction de la liste ordonnée des programmes du Huitième Programme général de Travail.

243. Le Directeur régional a soumis ce rapport à l'examen du Comité régional, conformément à la résolution WHA33.17 de l'Assemblée mondiale de la Santé, qui prie le Comité régional de prendre une part active aux travaux de l'Organisation et en particulier de soumettre au Conseil exécutif des recommandations et des propositions sur des questions d'intérêt régional.

244. Le Comité régional a été invité à examiner les propositions faites par le Directeur régional et a donné des directives précises pour leur mise en oeuvre dans le programme régional, conformément au paragraphe 3 du dispositif de la résolution AFR/RC30/R12.

245. Le Comité a approuvé les propositions du Directeur régional et a adopté le document.

#### **Ordres du jour de la quatre-vingt-treizième session du Conseil exécutif et de la quarante-septième Assemblée mondiale de la Santé : Incidences régionales (document AFR/RC43/5)**

246. Le document AFR/RC43/5 est le rapport du Directeur régional sur les ordres du jour de la quatre-vingt-treizième session du Conseil exécutif qui aura lieu du 17 au 26 janvier 1994 et de la Quarante-Septième Assemblée mondiale de la Santé qui sera tenue du 2 au 13 mai 1994. Figure aussi dans le rapport le projet d'ordre du jour provisoire de la quarante-quatrième session du Comité régional qui aura lieu du 7 au 14 septembre 1994.

247. Ce rapport a été soumis conformément à la résolution AFR/RC30/R6 du Comité régional qui a approuvé la procédure pour coordonner les ordres du jour des Organes directeurs aux niveaux régional et mondial. Le Comité a été invité à noter la corrélation qui existe déjà entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale en ce qui concerne les points suivants de l'ordre du jour :

- a) Rapports des Directeurs régionaux
- b) Stratégie mondiale de lutte contre le SIDA
- c) Nutrition du nourrisson et du jeune enfant
- d) Usage rationnel des médicaments
- e) Elimination du tétanos néonatal et lutte contre la rougeole
- f) Eradication de la dracunculose
- g) Elimination de la lèpre et de la tuberculose en tant que problèmes de santé publique.

248. Le Comité a noté la corrélation qui existe entre les ordres du jour des Organes directeurs aux niveaux régional et mondial et a adopté le rapport du Directeur régional. Il a aussi adopté une décision de procédure approuvant l'ordre du jour de la quarante-quatrième session du Comité régional.

**Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé**  
(document AFR/RC43/6)

249. La cérémonie d'ouverture de la Quarante-Septième Assemblée de la Santé aura lieu le lundi 2 mai 1994, à 12 heures. Elle sera suivie immédiatement par la réunion du Comité des Désignations qui fera des propositions conformément à l'Article 25 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé afin que les élections aient lieu le lundi après midi.

250. Afin de faciliter les travaux de l'Assemblée mondiale de la Santé et en particulier les deux premiers jours, il est nécessaire de préparer très sérieusement cette réunion pour faciliter les travaux du Comité des Désignations le lundi après-midi. Dans le rapport principal, le Directeur régional a proposé au Comité les mesures concrètes visant à rendre le plus efficace et le plus efficient possible les travaux de l'Assemblée mondiale de la Santé. Les propositions spécifiques qui ont été faites concernent :

- i) l'élection du Président et des Vice-Présidents de l'Assemblée mondiale de la Santé;
- ii) l'élection du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs des Commissions A et B;
- iii) l'élection des membres habilités à désigner une personne devant siéger au Conseil exécutif;
- iv) la cérémonie de clôture de la Quarante-Septième Assemblée mondiale de la Santé;
- v) la réunion informelle du Comité régional avant l'ouverture de l'Assemblée mondiale de la Santé; et
- vi) la réunion quotidienne des délégations africaines à l'Assemblée mondiale de la Santé.

251. En additif de ce document, le Directeur régional a rappelé qu'au cours d'une des réunions quotidiennes des délégations africaines à la Quarante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, les délégués de la Région africaine ont exprimé le désir de parler collectivement sur quelques problèmes communs afin que la voix de l'Afrique puisse être efficacement entendue.

252. Il a été noté que, bien que les rapports individuels de chaque pays seront toujours préparés et présentés, afin que ces rapports puissent être incorporés dans le rapport global de l'Assemblée mondiale de la Santé, les présentations de groupe sur des problèmes d'intérêt commun pourraient être

faites devant la communauté internationale présente à l'Assemblée mondiale de la Santé afin de solliciter plus efficacement un soutien pour résoudre ces problèmes. L'additif fait des propositions sur des regroupements nationaux à envisager.

253. Un délégué se félicitant de la pratique des réunions quotidiennes a souhaité que des discussions soient franches et ouvertes pour permettre de résoudre les problèmes. D'autres délégués se sont félicités de l'utilité des réunions quotidiennes.

254. Le Directeur régional a fait remarquer que le Président de la quarante-troisième session du Comité régional sera désigné pour présider la Quarante-Septième Assemblée mondiale de la Santé. En ce qui concerne les réunions quotidiennes, d'autres groupes de pays en ont établi la pratique et l'ont même utilisée pour élaborer des stratégies réussies d'intervention dans les débats dans un ordre bien déterminé afin que leurs points de vue soient bien compris. En relation avec les interventions collectives mentionnées dans l'additif, des sujets tels que la sécheresse récente et l'éradication de la dracunculose seront traitées de cette manière.

255. Le Comité régional a adopté le rapport du Directeur régional et a approuvé les propositions en prenant des décisions de procédure appropriées.

## **DISCUSSIONS TECHNIQUES**

### **Rapport du Comité régional sur les Discussions techniques (document AFR/RC43/23)**

256. Le Dr O. Bangoura (Guinée), Président des Discussions techniques, a présenté le rapport des Discussions techniques (AFR/RC43/23) tenues le 4 septembre 1993 sur le thème "Développement de l'infrastructure sanitaire du district dans la Région africaine".

257. Sur la base des documents de travail AFR/RC43/TD/1 et AFR/RC43/TD/2 préparés par le Secrétariat et dont ils ont apprécié la qualité, les participants aux discussions techniques ont analysé les questions fondamentales en rapport avec :

- a) la situation de l'infrastructure sanitaire du district dans la Région;
- b) les rôles, les fonctions et les relations entre les institutions sanitaires du district;
- c) leurs modalités d'organisation;
- d) leur conception architecturale, leur mise en oeuvre et leur exploitation;
- e) les indicateurs pour l'évaluation de leur opérationnalité.

258. Ils ont émis des recommandations en vue d'un développement harmonieux et rapide de l'infrastructure sanitaire du district dans la Région africaine.

259. Dans les discussions qui ont suivi, le Comité régional a apprécié la qualité du rapport AFR/RC43/23 qui lui a été soumis et qu'il considère comme un cadre susceptible d'inspirer les pays dans leurs efforts pour améliorer l'infrastructure sanitaire du district. Il a demandé au Directeur régional de prendre des dispositions appropriées en vue d'une large diffusion des documents dans les pays.

### **Désignation du Président et du Président suppléant et choix du thème des Discussions techniques de 1994 (document AFR/RC43/26)**

260. Le Président du Comité régional (43ème session) a proposé de désigner le Dr A. R. Noormahomed (Mozambique) comme Président des Discussions techniques de 1994, et du Dr Yunkap

Kwankam comme Président suppléant. Le Comité régional a approuvé ces désignations; il a confirmé, par ailleurs, le thème des Discussions techniques de 1994, à savoir "Sélection et Développement des technologies sanitaires".

#### **DATES ET LIEUX DES QUARANTE-QUATRIEME ET QUARANTE-CINQUIEME SESSIONS DU COMITE REGIONAL EN 1994 ET 1995 (document AFR/RC43/26)**

261. Le Comité régional a confirmé, en application de son Règlement intérieur, la décision qu'il avait prise à sa quarante-deuxième session de tenir sa quarante-quatrième session à Brazzaville, en septembre 1994.

262. Le Comité régional a également décidé de tenir sa quarante-cinquième session à Brazzaville à moins qu'un pays l'invite à se réunir ailleurs et accepte d'acquitter la totalité des frais supplémentaires entraînés par l'organisation de la session hors du Siège du Bureau régional.

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

264. M. Stanislas Adotevi, Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique occidentale et centrale a fait un discours stimulant et plein d'inspiration aux Ministres. Il a loué l'hospitalité de ce charmant pays qu'est le Botswana, qu'il a défini comme un havre de paix et de prospérité, comme le prouve le succès de la quarante-troisième session du Comité régional.

265. Il a rendu particulièrement hommage à la coopération continue entre l'UNICEF et l'OMS, fondée sur des objectifs communs et sur la préoccupation constante d'assurer le bien-être des femmes et des enfants dont les principaux artisans sont le Dr Mary Racelis et le Dr G. L. Monekosso. La réunion conjointe de juillet 1993 a constitué un moment décisif plein de promesse pour une collaboration plus étroite sur le terrain. Le cercle interne des partenaires s'est élargi pour y inclure la Banque mondiale, la Banque africaine de Développement et le FNUAP, le but de toutes ces organisations étant de faciliter la coordination des activités de santé publique dans la Région africaine.

266. L'orateur a exprimé la certitude que le but recherché, à savoir renforcer davantage les districts sanitaires, en tant que stratégie pour atteindre les objectifs à moyen terme de la Conférence de Dakar sur la survie de l'enfant, sera atteint grâce en particulier à l'Initiative de Bamako et au Scénario de Développement sanitaire en Trois Phases. La Banque mondiale et l'OUA soutiennent fermement cette initiative et il est réconfortant de noter que quelques pays travaillent déjà pour mettre effectivement en pratique cet engagement politique.

267. L'élément moteur de la coopération UNICEF/OMS reste le programme élargi de vaccination, la promotion de l'allaitement au sein (Initiative "les hôpitaux amis des bébés"), le bien-être et le développement des femmes, la lutte contre le paludisme et contre le SIDA. Avec une référence particulière pour cette dernière maladie, l'UNICEF est prête à organiser des campagnes d'information dans les pays pour créer la prise de conscience à tous les niveaux de la société.

268. En ce qui concerne la vaccination, le but reste toujours d'atteindre 90 % de couverture vaccinale, mais les pays doivent progressivement prendre en charge l'achat des vaccins. Les médicaments essentiels continueront à être achetés par l'intermédiaire de la structure de l'UNICEF à Copenhague et l'UNICEF est prête à soutenir la production locale de médicaments essentiels.

269. Monsieur Adotevi a terminé ses remarques de clôture en lançant un appel aux gouvernements pour qu'ils développent des sources locales et nationales de financement et qu'ils soutiennent pleinement le Fonds spécial de la Santé pour l'Afrique. Il a déploré le gâchis résultant des crises



politiques stériles, des dépenses militaires insensées, des projets inutiles de prestige alors que les pauvres et les groupes vulnérables sont lentement laissés de côté.

270. Le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique a été prié de faire les remarques de clôture. Il a remercié les Ministres d'avoir délibéré pendant une semaine et d'avoir approuvé son rapport biennal pour l'exercice 1991-1992. C'est un privilège pour lui de servir le continent et il se réjouit de la coopération qui existe entre lui et les Ministres depuis plusieurs années.

271. La quarante-troisième session du Comité régional a élu un bureau qui supervisera le Bureau régional. Le Président a été invité à se rendre à Brazzaville au nom des autres Ministres pour examiner l'activité du Bureau et pour donner des conseils.

272. Le Dr Monekosso prévoit trois principaux problèmes dans les années à venir : a) le défi que pose le SIDA pour lequel nous avons besoin de redoubler d'efforts et de contre-attaquer; b) les difficultés économiques qu'on doit surmonter en utilisant l'Initiative de Bamako comme arme principale; c) un plus grand besoin de revitaliser la coopération entre le Bureau régional et les pays afin que les insuffisances soient corrigées à mesure qu'elles vont apparaître.

273. Il a fait allusion aux réformes qu'il a introduites après son élection en 1985; ces réformes ont été dictées par les insuffisances de 1985 dans le système de représentation OMS/pays, par la complicité entre ce qu'il a appelé les "grands garçons" et par les insuffisances générales de gestion. Il a été heureux que ces réformes aient pu réussir grâce à la coopération d'hommes et de femmes compétents servant dans les pays. Le Conseil exécutif a reconnu le rôle essentiel des Représentants de l'OMS.

274. Le Dr Monekosso a fait allusion à la possibilité de créer des Forums de santé ou des Comités de coordination de la santé dans les pays avec l'assistance des Représentants de l'OMS. Il croit fermement qu'il ne faut ni plus ni moins qu'une conférence nationale sur la santé pour faire prendre conscience au continent de l'importance de la santé. La littérature de l'OMS n'est pas bien connue et on n'en tient pas suffisamment compte dans la formulation des politiques de santé et un changement est tout à fait nécessaire.

275. Il a à nouveau rappelé le Fonds spécial de la Santé pour l'Afrique qui deviendra bientôt opérationnel et a encouragé chaque pays de la Région à suivre l'exemple du Bénin et de l'Ile Maurice qui se sont affiliés au Fonds.

276. Enfin, il a partagé l'optimisme de M. Stanislas Adotevi, Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique occidentale et centrale, à propos de l'avenir du continent. L'Afrique a connu beaucoup de crises aux niveaux local et régional avant les crises européennes. Elle a joué un rôle de stabilisation dans l'Organisation et a contribué substantiellement à son bien-être, pas nécessairement en termes monétaires. Mais le continent a été marginalisé. Il est temps d'oublier sa marginalisation et de rechercher des solutions internes aux problèmes africains. Le Fonds spécial de la Santé pour l'Afrique est une initiative africaine qui pourrait être utilisée pour stimuler la participation communautaire en matière de santé et qui pourrait donner des résultats méritant d'être imités.

277. Son Excellence Alphonse Gombadi, Ministre de la Santé de la République centrafricaine, a présenté une motion de remerciements au nom des délégués. Il a remercié le Gouvernement et le peuple du Botswana de leur accueil chaleureux et fraternel aux participants et de leur généreuse hospitalité africaine. Le Comité régional a été très honoré par le fait que Son Excellence Sir Ketumile Masire, Président de la République du Botswana, ait ouvert la quarante-troisième session.

278. Il a remercié le Directeur régional et son Secrétariat d'avoir porté devant le Comité les questions de santé et de développement les plus importantes auxquelles est confronté le continent et les a remercié de leurs efforts pour l'élimination du tétanos néonatal, l'éradication de la dracunculose et de la poliomyélite et la lutte continue contre le SIDA.

279. Le Président a été félicité de la manière dont il a conduit les débats et d'avoir demandé qu'on observe une minute de silence pour la paix en Afrique du Sud. Les interprètes et les traducteurs ont été félicités de leur excellent travail. Tous ceux qui ont travaillé pour contribuer au succès de la réunion ont été chaleureusement remerciés.

280. Dans ses remarques de clôture, le Président a parlé de l'acquisition de la sagesse. Il a très sincèrement souhaité la paix en Afrique du Sud, la paix au Libéria, la paix et la cessation du carnage en Somalie ainsi que la durabilité de la paix au Mozambique. La paix est une condition préalable pour la santé et aussi pour le développement national.

281. Les fils et les filles d'un très haut niveau d'éducation en Afrique doivent utiliser leur pouvoir intellectuel pour réveiller ce géant endormi qu'est l'Afrique. Bien que l'Afrique soit entrée dans le processus de développement plusieurs décennies après l'Europe, il espère que l'Afrique avancera plus vite, évitera les erreurs des guerres médiévales et parviendra à se développer en moins de temps. Les ressources et les capacités intellectuelles existent. La sagesse de la coopération s'y ajoutera.

282. Il a mentionné les autres ministères et organisations du Botswana qui ont aidé à la réussite de l'organisation de la réunion. Il les a tous remerciés y compris le Protocole d'Etat, l'Assemblée nationale et la Police.

283. En clôturant la réunion, l'orateur a remercié les participants, de leurs contributions enrichissantes ainsi que le Secrétariat de l'OMS de la coopération et du soutien continu dont ils ont fait preuve depuis les premiers stades de la planification jusqu'à la fin de la réunion elle-même. Il a remercié tous les participants et leur a souhaité un bon voyage de retour chez eux.

284. A 12 h 40, le Président de la quarante-troisième session du Comité régional, Son Excellence M. B. K. Temane, Ministre de la Santé du Botswana, a déclaré close la quarante-troisième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

**PARTIE III**

**ANNEXES**

**ORDRE DU JOUR <sup>1</sup>**

1. Ouverture de la quarante-troisième session (document AFR/RC43/INF/01)
2. Adoption de l'ordre du jour provisoire (document AFR/RC43/2)
3. Constitution du Sous-Comité des Désignations
4. Election du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs
5. Nomination du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
6. Activités de l'OMS dans la Région africaine
  - 6.1 Rapport biennal du Directeur régional pour la période 1991-1992 (document AFR/RC43/3)
7. Corrélation entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé
  - 7.1 Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et par le Conseil exécutif (document AFR/RC43/4)
  - 7.2 Ordres du jour de la quatre-vingt-treizième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Septième Assemblée mondiale de la Santé : Incidences régionales (document AFR/RC43/5)
  - 7.3 Méthodes de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé (documents AFR/RC43/6 et AFR/RC43/6 Add.1)
8. Examen du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC43/7)
  - 8.1 Assainissement de l'environnement : Analyse de la tendance (document AFR/RC43/8)
  - 8.2 Rapport d'activités sur la lutte contre le SIDA dans la Région africaine (document AFR/RC43/9)
  - 8.3 Maladies cardio-vasculaires en Afrique : Examen de la situation (document AFR/RC43/10)
  - 8.4 Elargir le rôle du personnel de soins infirmiers/obstétricaux en matière de surveillance épidémiologique des maladies (document AFR/RC43/11)
  - 8.5 Rapport du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS) (document AFR/RC43/12)
  - 8.6 Programme régional de lutte antipaludique (document AFR/RC43/13)

---

<sup>1</sup> Document AFR/RC43/2 Rév.2.

- 8.7 Rapport sur la réponse de l'OMS aux changements mondiaux (documents AFR/RC43/14 et AFR/RC43/14 Add.1) et le Neuvième Programme général de Travail
- 8.8 Production locale de médicaments essentiels dans les pays de la Région africaine : Rapport d'activités (document AFR/RC43/15)
- 8.9 Femmes, Santé et Développement (document AFR/RC43/16)
- 8.10 Développement des systèmes nationaux d'information sanitaire (document AFR/RC43/17)
- 8.11 Surveillance épidémiologique des maladies transmissibles (document AFR/RC43/18)
- 8.12 Programme élargi de vaccination : Progrès accompli (document AFR/RC43/19)
- 8.13 Programme régional de lutte contre la dracunculose (document AFR/RC43/20)
- 8.14 Subventions aux études (document AFR/RC43/21)
- 8.15 Rapport sur le Prix du Dr Comlan A. A. Quenum (document AFR/RC43/22)
- 8.16 Bourses de la Fondation Jacques Parisot (document AFR/RC43/31)
9. Discussions techniques : Développement de l'infrastructure sanitaire (document AFR/RC43/TD/1)
  - 9.1 Présentation du rapport des Discussions techniques (document AFR/RC43/23)
  - 9.2 Nomination du Président et du Président suppléant des Discussions techniques pour 1994 (document AFR/RC43/24)
  - 9.3 Choix du sujet des Discussions techniques pour 1994 (document AFR/RC43/25)
10. Dates et lieux de la quarante-cinquième et de la quarante-sixième sessions du Comité régional en 1995 et en 1996 (document AFR/RC43/26)
11. Adoption du rapport du Comité régional (document AFR/RC43/27)
12. Clôture de la quarante-troisième session.

**LIST OF PARTICIPANTS<sup>1</sup>**  
**LISTE DES PARTICIPANTS**  
**LISTA DOS PARTICIPANTES**

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

**ALGERIA**  
**ALGERIE**  
**ARGÉLIA**

M. Y. Ait. Chellouche  
Conseiller, Chef de délégation

Dr A. Chakou  
Directeur de la Prévention

**ANGOLA**

Dr Martinho S. Epalanga  
Ministro da Saúde  
Chefe da Delegação

Dr Carlos Francisco Mendes  
Vice-Ministro da Saúde

Dr João Miguel Nlemvo Kiasekoka  
Director Nacional da Saúde Pública

Dr António Maria  
Delegado Provincial da Saúde de Luanda

Dr Basilio Epomba Cassoma  
Director do Programa de Luta contra a Cólera

**BENIN**  
**BENIM**

Dr (Mme) V. Lawson  
Ministre de la Santé  
Chef de délégation

---

<sup>1</sup> Document AFR/RC43/28 Rév.1.

M. E. Ayeko  
Directeur des Infrastructures, de l'Équipement  
et de la Maintenance

Dr (Mme) G. Dossou  
Directrice Adjointe de Cabinet  
Ministère de la Santé

**BOTSWANA  
BOTSOUANA  
BOTSUANA**

Hon. Bahiti K. Temane  
Minister of Health  
Leader of delegation

Dr Edward T. Maganu  
Permanent Secretary  
Ministry of Health

Dr John K. Mulwa  
Deputy Permanent Secretary  
and Director of Health Services

Mrs Kegalale Gasennelwe  
Under Secretary, Health Manpower

Mr B. M. Kuswane  
Under Secretary for Health  
Ministry of Health

Dr Phillip L. Mmatli  
Public Health Specialist  
Head of Primary Health Care Division  
Ministry of Health

Mrs Kealeboge Makhwade  
Assistant Director  
Hospital Services

Mrs Safora Molefane  
Assistant Director  
Technical Support Service (Acting)

Mrs Monica Tselayakgosi  
Senior Planning Officer  
Ministry of Health

Miss K. G. Motlanka  
Nursing Sister  
IEC Officer, Family Planning for Workers

Mr Pilate Khulamani  
Principal Research Officer  
Ministry of Health, Research Unit

Dr M. R. Moeti  
Public Health Specialist  
Manager, National AIDS Programme

Mrs Rosina Diseko  
Malaria Control Programme Coordinator

Mrs Virginia Chakalisa  
Mental Health Coordinator

Mr L. T. Lesetedi  
Principal Family Health Officer

Mrs R. O. Mamdevu  
Chief Community Health Officer

Mrs S. D. Mosiieman  
Principal, Institute of Health Sciences, Gaborone

Dr T. Hetland  
Principal Primary Health Care Officer  
Ministry of Local Government, Lands and Housing

Dr Sheila Tlou  
Senior Lecturer, University of Botswana

Dr Patrick Molotsi  
Senior Lecturer, Department of Sociology  
University of Botswana

Mr M. Z. Madonsela  
Senior Economist  
SADC Secretariat  
P/B. 0085  
Gaborone, Botswana

## **BURKINA FASO**

Dr Léonard Tapsoba  
Secrétaire général du Ministère de la Santé,  
de l'Action sociale et de la Famille  
Chef de délégation

Dr Yacouba Zina  
Directeur des Etudes et de la Planification (DEP)  
Ministère de la Santé et de l'Action sociale et Famille



**BURUNDI**

Dr Jean Minani  
Ministre de la Santé publique  
Chef de délégation

Dr Déogratias Nshimirimana  
Médecin-Inspecteur général de la Santé

**CAMEROON  
CAMEROUN  
CAMARÕES**

Prof. J. Mbede  
Ministro de la Santé  
Chef de délégation

Dr R. Owona  
Directeur de la Médecine préventive et rurale

Dr C. N. Bekoe  
Inspecteur général de la Santé

**CAPE VERDE  
CAP-VERT  
CABO VERDE**

Dr Rui A. De Figueiredo Soares  
Ministro da Saúde

Dr Carlos Pedro Brito  
Director, Serviço de controle Doenças e Meio Ambiente

Dr. Ildo A. de S. Carvalho  
Director de Gabinete de Estudos e Planificação  
do Ministério da Saúde

**CENTRAL AFRICAN REPUBLIC  
REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE  
REPÚBLICA CENTRO-AFRICANA**

Général de Brigade A. Gombadi  
Ministre de la Santé  
Chef de délégation

Dr P. Namkona  
Directeur général de la Santé publique

Dr Jean Limbassa  
Inspecteur central des Services de Santé et des Affaires sociales

Dr E. Nguembi  
Directeur de la Santé maternelle et infantile  
et Planification familiale

**CHAD  
TCHAD  
CHADE**

M. Mahamat Nouri  
Ministre de la Santé publique  
Chef de délégation

Dr H. Mahamat Hassan  
Directeur général du Ministère de la Santé publique

Dr L. N'Garmadjigaye NGaradje  
Directeur des Etablissements socio-sanitaires

M. Mahamat Senoussi Abdoulaye  
Conseiller aux Affaires sociales

**COMOROS  
COMORES**

M. Hamidi A. El-Harif  
Ministre de la Santé  
Chef de délégation

Dr Petit Said Ali  
Directeur général de la Santé

M. Said O. A. Achiraf  
Conseiller technique du Ministre de la Santé

**CONGO**

Prof. J. P. Ekoundzola  
Ministre de la Santé et de la Population  
Chef de délégation

Dr R. Cuddy Zitsamele  
Directeur général de la Santé publique

Dr J. J. Moka  
Conseiller à la Coopération du Ministère de la Santé  
et de la Population

**COTE D'IVOIRE**

Prof. Alain Ekra  
Ministre de la Santé  
Chef de délégation

M. Yao S. Attamah  
Chef du Service de Coopération régionale et internationale

**EQUATORIAL GUINEA  
GUINEE EQUATORIALE  
GUINÉ EQUATORIAL**

M. J. Obama Mve  
Director, Regional Hospital (Bata)  
Ministério de Sanidad

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

**GABON  
GABÃO**

Dr Roger Mavoungou  
Directeur général de la Santé publique

M. Engongah-Beka  
Conseiller du Ministre de la Santé publique,  
Chargé des Relations extérieures et de la  
Population

Dr Abel Roger  
Directeur général adjoint technique  
Ministère de la Santé

Mme Léa Medzo  
Chef de Service, Relations extérieures

Mme A. Nyomba  
Directeur Adjoint du Génie sanitaire et de l'Hygiène publique

---

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

**THE GAMBIA  
GAMBIE  
GÂMBIA**

Dr Malang K. Sawo, M. P.  
Parliamentary Secretary  
Ministry of Health and Social Welfare

Mr Eddie Bright  
Deputy Permanent Secretary  
Ministry of Health and Social Welfare

**GHANA  
GHANA**

Dr Kofi Osae Adadey  
Regional Director of Health Services  
Accra Region

Dr Nii Ayikuma Adamafio  
Director, Technical Coordination  
Research Directorate

**GUINEA  
GUINEE  
GUINÉ**

M. Ousmane Bangoura  
Secrétaire général au Ministère de la santé  
publique et des Affaires sociales

Dr Sandouno Saa  
Inspecteur général de la Santé

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

Mrs H. A. S. Godinho Gomes  
Minister of Public Health  
Leader of the delegation

Mr Augusto Silva  
Director of Primary Health Care

Mr Antonio P. Gomes  
Director of Projects and Cooperation  
Ministry of Public Health

**KENYA  
QUENIA**

Hon.(Mr) Joshua Mulanda Angatia  
Minister of Health

Dr P. S. Achola  
Senior Deputy Director of Medical Services

**LESOTHO  
LESOTO**

Dr D .K. Raditapole  
Minister of Health  
Leader of delegation

M. L. Lechesa  
Principal Secretary  
Ministry of Health

Dr P. Ntsekhe  
Head, Disease Control Unit  
Ministry of Health

**LIBERIA**

Dr Eric D. Sohnsen  
Minister of Health a.i

**MADAGASCAR**

Pr S. Rakotomanga  
Secrétaire général du Ministère de la Santé  
Chef de délégation

Dr Givance  
Directeur des Services médicaux  
Ministère de la Santé

Dr Barrysson Andriamahefazafy  
Directeur des Etudes et de la Planification

**MALAWI**

Dr H. M. Ntaba  
Minister of Health  
Leader of delegation

Dr P. C. Chimimba  
Chief of Health Services

Dr A. M. Phoya  
Nursing Officer

Mr T. D. C. Muva  
Deputy Secretary

**MALI**

Pr. Abdoulaye Ag Rhaly  
Conseiller Technique  
Ministère de la Santé  
Chef de délégation

M. Abdoul K. Diallo  
Directeur des Infrastructures Sanitaires

**MAURITANIA  
MAURITANIE**

M. Ahmed O. Ghnahallah  
Ministre de la Santé et des Affaires sociales  
Chef de délégation

Dr Ibrahima Kane  
Directeur de la Protection sanitaire

**MAURITIUS  
MAURICE  
ILHA MAURICIA**

Dr A. K. Purran  
Chief Medical Officer

**MOZAMBIQUE  
MOÇAMBIQUE**

Dr Leonardo Santos Simão  
Ministro da Saúde  
Chefe da delegação

Sr Lucas Jeremias Chomera  
Director Nacional da Saúde  
Adjunto

Mr Martinho do Carmo DgeDge  
Chefe do Departamento de Parasitologia de Sangue  
Instituto Nacional de Saúde  
Ministério da Saúde

**NAMIBIA**  
**NAMIBIE**

Dr Nickey Iyambo  
Minister of Health  
Leader of delegation

Dr K. J. Mupaine  
Health Planner

Mr Michael Malepani Likando  
Control of Professional Nursing,  
(Family Planning for Workers)

**NIGER**

M. Mahamane Koullou  
Ministre de la Santé  
Chef de délégation

Dr M. Boukar Amsagana  
Secrétaire général  
Ministère de la Santé publique

**NIGERIA**

Dr Christopher G. Okojie  
Secretary of Health  
Leader of delegation

Dr G. A. Williams  
Director, Primary Health Care and Disease Control

Dr A. O. O. Sorungbe  
Executive Director, National Primary Health Care Development Agency

Dr (Mrs) N. S. Benebo  
Consultant, Primary Health Care and Disease Control

**RWANDA  
RUANDA**

Dr C. Bizimungu  
Ministre de la Santé  
Chef de délégation

Dr J. B. Kanyamupira  
Directeur de la Santé

Mme F. Mukantambara  
Chef de Division, Affaires juridiques,  
éducationnelles et Planification

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

Dr António Soares Marques de Lima  
Director dos Cuidados de Saúde

**SENEGAL\*****SEYCHELLES  
ILHAS SEYCHELLES**

Mr Ralph Adam  
Minister of Health  
Leader of delegation

Mrs Medgee Pragassen  
Director-General, Primary Health Care

**SIERRA LEONE  
SERRA LEOA**

Dr Sheku T. Kamara  
Chief Medical Officer

Mr Solomon K. Gerber  
Deputy Secretary, Department of Health and Social Services

---

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



**SWAZILAND  
SOUAZILAND  
SUAZILÂNDIA**

Mr C. M. Mkhonza  
Principal Secretary  
Chief of delegation

Dr J. J. M. Mbambo  
Director of Health Services

Mrs Esther Dlamini  
Deputy Chief Nursing Officer

Miss M. Riba  
Assistant Planning Officer

Mr Vusit P. Hlophe  
Senior Environmental Health Officer

Mrs. Amos Zwane  
Health Statistician  
Ministry of Health

**TOGO**

M. K. A. Michel Kudzu  
Ministre de la Santé et de la Population  
Chef de délégation

Dr Vignon R. Devo  
Conseiller technique du Ministre de la Santé et de la Population

**UGANDA  
OUGANDA**

Dr J. G. S. Makumbi  
Minister of Health  
Leader of delegation

Dr J. H. Kyabaggu  
First Commissioner for Medical Services  
Ministry of Health

Dr E. M. Kaijuka  
Commissioner for Medical Services  
Ministry of Health

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

Hon. Amran H. Mayagila  
Minister of Health  
Leader of delegation

Hon. Mohamed A. Khamis  
Deputy Minister of Health

Dr. Omar Makame Shauri  
Principal Secretary  
Ministry of Health, Zanzibar

Dr (Mrs) F. Mrisho  
Assistant Chief Medical Officer  
Preventive Service

**ZAIRE**

Dr (Mme) Ekota Nsombe Mboyo  
Ministre de la Santé  
Chef de délégation

Dr Muana'Mbo Kankienza  
Directeur général de l'Institut national de Recherche biomédicale

**ZAMBIA  
ZAMBIE**

Dr B. Kawimbe  
Minister of Health  
Leader of delegation

Dr Kawaye Kamanga  
Permanent Secretary  
Ministry of Health

Dr J. C. Masange  
Group Medical Advisor

Dr G. K. Bolla  
Executive Director, Kitwe Hospital Board of Management

**ZIMBABWE  
ZIMBABUE**

Dr T. T. Stamps  
Minister of Health & Child Welfare  
Leader of delegation

Dr R. R. Chatora  
Permanent Secretary  
Ministry of Health and Child Welfare

Mrs J. C. Kadandara  
Deputy Secretary for Health and  
Support Services

**2. OBSERVERS INVITED IN ACCORDANCE WITH RESOLUTION WHA 27.37  
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 R. Ralph Mgiijima  
Secretary for Health  
P.O. Box 61884  
Marshalltown  
South Africa

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

Mrs. Palollo Litheko  
Health Policy Director  
P.O.Box 1231  
Ga-Rapulana 9781  
South Africa

Dr Selva Saman  
Secretary for Health  
P.O.Box. 45419  
Durban, South Africa

Mrs Pumza Dontsa  
Primary Health Care Director  
Population Development Programme  
Private Bag 6000 UMTATA 5100  
Transkei, South Africa

**ERITREA  
ERYTHREE  
ERITREIA**

Dr Abraham Afewori  
Head, Health Care Division  
Ministry of Health  
P.O. Box 212  
Asmara  
Eritrea

Mr Yohannes Embaye  
Head, Project Office,  
Ministry of Health,  
P.O. Box 212  
Asmara  
Eritrea

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

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

Mr. Magdy Z. Ghieth  
Deputy Representative of FAO in Zimbabwe and Botswana  
P.O.Box 3730  
Harare  
Zimbabwe

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

Ms Gladys K. Romothlwa

Mr Dira F. Molotsi

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

---

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

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

Mr Cole Dodge  
Regional Director (ESARO)  
P.O. Box 4415  
Nairobi  
Kenya

Dr Gladys Martin  
Senior Officer for Health  
UNICEF  
P.O. Box 44145  
Nairobi  
Kenya

Prof. Kopano Mukelabai  
Regional Adviser (Primary Health Care)  
UNICEF (ESARO)  
P.O. Box 44145  
Nairobi  
Kenya

M. Stanislas Adotevi  
Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique centrale et occidentale  
B.P. 443  
Abidjan 04  
Côte d'Ivoire

M. Jean Michel Ndiaye  
Chargé de Programme Santé  
UNICEF (WCARO)  
B. P. 3420  
Ouagadougou  
Burkina Faso

Mrs Jacqueline Piter  
UNICEF  
Rep. Congo

Mr. Siye O. Ndomabi  
UNICEF Health Officer  
P.O. Box 20678  
Gaborone  
Botswana

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

Dr S. I. Looky  
Directeur du FNUAP (Congo/Gabon)  
B.P. 465  
Brazzaville  
République du Congo

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

Mr. Joseph Nsanusi Kawuki  
P.O.Box 288  
Gaborone  
Botswana

**United Nations Volunteer Programme (UNV)\***  
**Programme des Volontaires des Nations Unies\***  
**Programa dos Voluntarios das Nações Unidas\***

**African Development Bank (ADB)\***  
**Banque Africaine de Développement (BAD)\***  
**Banco Africano de Desenvolvimento (BAD)\***

**World Bank**  
**Banque mondiale**  
**Banco Mundial**

Mrs Ishrat Z. Husain  
Chief, Human Resources Division  
Technical Department, African Region  
1818H Street N.M  
Washington D.C. 20433  
USA

Mr A. Edward Elmendorf  
Principal Managment Specialist  
Human Resources and Poverty Division  
Africa Technical Department  
1818H Street N.M  
Washington D.C. 20433  
USA

---

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

**4. REPRESENTATIVES OF INTERGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS  
REPRESENTANS DES ORGANISATIONS INTERGOUVERNEMENTALES  
REPRESENTANTES DAS ORGANIZAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS**

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

M. Pascal Gayama  
Assistant Secretary-General of OAU  
Secrétaire général adjoint de l'OUA

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

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

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

Dr Joiner Kabba  
Executive Director  
P.O. Box 2023  
6 Tailor Drive,  
Medical Compound  
Yaba, Lagos  
Nigeria

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

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

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

**International Committee of Military Medicine  
and Pharmacy (ICMMP)\***  
**Comité international de Médecine et de Pharmacie militaires\***  
**Comité Internacional de Medicina e de Farmácia Militares\***

**International Federation of Pharmaceutical Manufacturers  
Associations (IFMA)\***  
**Fédération internationale de l'Industrie du Médicament (FLIM)\***  
**Federação Internacional da Indústria Farmacêutica\***

**Solidarity and Development\***  
**Solidarité et Développement\***  
**Solidariedade e Desenvolvimento\***

**Panafrican Institute for Development\***  
**Institut Panafricain pour le Développement (IPD)\***  
**Instituto Pan-Africano para o Desenvolvimento\***

**Rotary International of Botswana**  
**Rotary International de Botswana**

Mr Christopher P. Sharp  
National Polio Plus Chairman  
Rotary Clubs of Botswana  
P.O. Box 802  
Gaborone

Mr Nduka M. Okwectime  
Chairman of National Polio Plus Committee  
Nigeria Rotary International Representative in Africa  
37 Aigonhasimwin Crescent GRA  
P. B. 1409  
Benin City, Edo State  
Nigeria

---

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



**6. OBSERVERS  
OBSERVATEURS  
OBSERVADORES**

**Association for Preventive Medicine  
Association pour la Médecine préventive A.P.M.P.  
Associação para a Medicina Preventiva**

Dr Parent du Chatelet Isabel  
Représentant APMP  
3, Avenue Pasteur  
B.P. 10  
92430 Marnes la Coquette  
France

Dr Alfred Da Silva

**Association of Medical Missions for Botswana**

Rev. Kgolo Felix Mokobi  
Executive Coordinator  
P.B. 0038, Gaborone  
Botswana

**African and Malagasi Council for Higher Education  
Conseil Africain et Malgache pour L'Enseignement Supérieur  
C.A.M.E.S  
Conselho Africano e Malgaxe para o Ensino Superior**

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

**Commonwealth Regional Health Secretariat  
Secrétariat sanitaire régional du Commonwealth  
Secretariado Regional da Commonwealth para a Saúde**

Mr L. O. S. Mantiziba  
Administrative Secretary  
P.O.Box. 1009  
Arusha  
Tanzania

**Medical Women's International Association**  
**(M.W.I.A.)**

Dr. H. R. Sanders  
Vice-President: Africa and Near East  
14 Florentia  
329a Beach Rd  
Bantry Bay  
Cape 8001  
South Africa

**Center on Integrated Development for Africa (CIRDAFRICA)**  
**Africa Medicine and Health\***

**International Baby Food Action Network (IBFAN)\***  
**Réseau d'action internationale concernant l'Alimentation des**  
**Nourrissons\***  
**Accção Internacional de Alimentos para Lactentes\***

**Inter-African Committee (IAC)**  
**Traditional Practices Affecting The health of Women and Children in Africa\***  
**Comité inter-Africain (CI-AF)**  
**Pratiques Traditionnelles ayant effet sur la santé des femmes et des enfants**  
**en Afrique\***

**Comissao Inter-africana para as práticas tradicionais**  
**que afectam a saúde das mulheres e crianças em África\***

**World Federation for Medical Education (WFME)\***  
**Fédération mondiale pour l'Éducation médicale (FMEM)\***  
**Federação Mundial de Educação Médica (FMEM)\***

---

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

**ALLOCUTION PRONONCEE PAR LE DR G. L. MONEKOSSO,  
DIRECTEUR REGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE <sup>1</sup>**

Excellence, Monsieur le Président de la République du Botswana,  
Excellence, Monsieur le Président de la quarante-deuxième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique,  
Excellences, Mesdames et Messieurs les Ambassadeurs et Membres du Corps diplomatique et des organisations internationales,  
Monsieur le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé,  
Mesdames et Messieurs,

C'est pour moi un grand honneur et un insigne privilège de m'adresser à cette auguste assemblée à l'occasion de la cérémonie d'ouverture de la quarante-troisième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. C'est une occasion historique. Tous les Etats Membres de la Région africaine sont présents. Aucun n'est absent. Et 39 des 44 délégations sont conduites par des Ministres de la Santé.

Excellence, Monsieur le Président, permettez-moi de vous remercier au nom de l'Organisation mondiale de la Santé en général et du Bureau régional de l'Afrique en particulier de l'aimable invitation fort opportunément exprimée par la République du Botswana pour abriter la quarante-troisième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Nous remercions votre Gouvernement et le Ministère de la Santé des excellentes dispositions qui ont été prises pour garantir le succès de la réunion.

A l'heure où le monde entier connaît de graves problèmes à l'échelle planétaire, régionale et locale et où des bruits de discorde, de contestation et de guerre se font entendre presque partout, il est providentiel de trouver un havre de paix ici au Botswana. Nous rendons hommage à Votre Excellence pour la façon dont elle dirige le Botswana; pour la manière exemplaire dont elle s'occupe des populations de ce pays; et pour la gestion éclairée de ses ressources. C'est pourquoi, de nombreux experts africains réunis à Maastricht en 1992 ont été heureux de vous voir co-présider la coalition mondiale pour l'Afrique avec M. McNamara, ancien Président de la Banque mondiale. Nous prions le Dieu Tout-Puissant de continuer à soutenir vos efforts.

Permettez-moi également de souhaiter une très chaleureuse bienvenue à la délégation du nouvel Etat indépendant et souverain de l'Erythrée, 187ème membre de l'Organisation mondiale de la Santé, qui est parmi nous aujourd'hui. Puisse votre présence renforcer notre détermination à relever les défis du développement, à commencer par la santé.

Messieurs les Ministres de la Santé, j'ai à nouveau l'honneur de vous présenter, cette année encore, le rapport d'activités de l'OMS dans la Région africaine. Nous avons traversé ensemble de nombreux orages et continuons résolument notre marche vers l'amélioration de la santé pour tous les Africains. Nous avons commencé à Lusaka en 1985 lorsque vous avez adopté - au milieu des crises croissantes qui ont marqué cette "décennie perdue" des années 80 - un plan d'action connu sous le nom de "Cadre africain du Développement sanitaire". Il s'agissait alors de conduire tous les pays au moins sur la ligne de départ de la course vers la "Santé pour Tous". Nous avons poursuivi notre route malgré les fortes turbulences inattendues, provoquées en particulier par la pandémie du SIDA.

---

<sup>1</sup> Document AFR/RC43/Conf.Doc/1.

Nos objectifs sont devenus de plus en plus clairs et nous avons atteint certains buts que nous nous étions fixés au départ. C'est ainsi que la résolution sur la vaccination universelle des enfants, adoptée à Lusaka en 1985 pour lancer le Cadre du Développement sanitaire, a enregistré de brillants résultats. Et nous sommes sur la bonne voie dans la mise en oeuvre de certains objectifs bien définis. Cette année, nous espérons proposer des stratégies permettant de mener à bien certaines de nos initiatives. Nous avons mis en déroute certains défenseurs de l'ennemi et devrions maintenant commencer à tirer pour marquer des buts.

C'est pourquoi nous vous souhaitons la bienvenue, Monsieur le Directeur général, en tant que représentant de la communauté internationale tout entière, de même qu'à nos nombreux collaborateurs des autres organismes, tels que la Banque mondiale, l'UNICEF et autres. C'est grâce à vos interventions de soutien aux côtés de l'OMS/AFRO que tant de progrès ont été réalisés. Mais il reste encore beaucoup à faire. Et c'est pourquoi l'OMS examine actuellement ses structures et ses fonctions à la lumière des importants changements politiques, sociaux et économiques intervenus dans le monde et prend des mesures pour renforcer son action, afin que le médecin du monde soit suffisamment armé pour répondre aux changements capricieux de la santé dans le monde.

L'une des principales armes de l'OMS en ces dernières années du vingtième siècle est le Neuvième Programme général de Travail qui couvre la période 1996-2001. C'est la réponse programmatique de l'OMS aux changements mondiaux. Ce programme s'efforce de proposer une nouvelle définition de la santé publique qui met la santé en exergue dans le développement et intègre la santé et le développement dans les politiques publiques. C'est pourquoi il m'a semblé utile de dire quelques mots sur le thème : "Le Développement pour la Santé".

Il existe une corrélation entre la *santé et le développement*. Un bon état de santé va de pair avec le développement socio-économique, alors que la pauvreté accompagne toujours l'ignorance et la maladie. Il existe une forte corrélation entre le revenu par tête, le niveau de vie et l'état de santé. Des personnes en bonne santé ont toujours été considérées comme un élément du progrès social et économique, car "l'énergie humaine" est la force motrice du développement.

La santé se définit comme un "état de complet bien-être physique, mental et social et non pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité". L'objectif social que poursuivent actuellement tous les gouvernements et la communauté internationale consiste à emmener tous les peuples du monde à un état de santé leur permettant de mener une vie économique et sociale productive. Les principaux déterminants de la santé psycho-socio-somatique sont liés au comportement, à l'environnement, à la population et aux services de santé.

On peut définir le *développement* comme un processus multidimensionnel qui entraîne de profonds changements des structures sociales, des attitudes de la population et des institutions nationales. On peut également le définir comme une accélération de la croissance économique, la réduction des inégalités et l'élimination de la pauvreté. Les principaux déterminants (ou conditions) du développement sont d'ordre économique (rendement et revenus), technologique (conditions de production), social (niveau de vie), comportemental (attitudes envers la vie et le travail), institutionnel (organisations, structures, institutions) et politique (par exemple, choix des politiques de développement).

Il existe beaucoup de similitudes entre les facteurs ou conditions qui déterminent la santé d'une part et ceux qui déterminent le développement d'autre part. Cette corrélation à double sens entre la santé et le développement signifie que la santé influe sur le développement tout comme le développement influe sur la santé.

Mais il convient de souligner que le développement économique peut engendrer des risques supplémentaires pour la santé. Par conséquent, la santé doit être prise en compte dans tous les projets sectoriels et de développement.

Les avantages que le développement socio-économique tire de la santé ne sont qu'un préalable (condition nécessaire) et non une condition suffisante du développement socio-économique. Une population en bonne santé ne suffit pas pour remplir les six conditions (ou aspects) du développement socio-économique présentées plus haut. Le processus de développement nécessite en effet d'autres facteurs tels que les capitaux, l'énergie et les matières premières.

L'Afrique doit mettre en place des systèmes de santé *très solides*, bien gérés et appuyés par des organismes de formation et de recherche appropriés. Le Cadre africain de Développement sanitaire reconnaît la corrélation qui existe entre la santé et le développement et met l'accent sur des politiques de santé axées sur la population.

Par conséquent, le cadre : i) encourage des initiatives de santé communautaire menées par les individus, les ménages et les groupes communautaires ou villages; ii) considère le "district" comme l'unité opérationnelle permettant d'organiser les soins de santé primaires, au sein de laquelle le système de santé du district/local choisit un ensemble de services de base pour toutes les communautés du district ou de la zone d'administration locale concernés; et, iii) encourage l'existence de liens entre les soins de santé et les *institutions* connexes à tous les niveaux de la hiérarchie pour en faire un réseau au service de la santé et du développement.

Ce faisceau de liens entre la santé et le développement favorise également le développement socio-économique. Il permet, en d'autres termes, au développement socio-économique d'incorporer les politiques de santé et aux stratégies de mise en oeuvre des politiques socio-économiques de renforcer la mise en oeuvre des politiques de santé.

La mise en oeuvre conjointe des activités de santé et de développement, qui doivent se renforcer mutuellement, permettra d'accélérer la réalisation des objectifs de la santé pour tous et de promouvoir le développement socio-économique. Elle a de meilleures chances de réussir dans les zones d'administration locale (ou districts) où un partenariat pourra être établi entre les populations, leurs gouvernements et (le cas échéant) les partenaires extérieurs.

Les membres du comité de santé du district, en collaboration avec les équipes de santé du district, soutiendront les initiatives de santé communautaire des villages ou des communes composant ce district. Ils assureront également un ensemble déterminé au niveau national d'interventions sanitaires dans le district. Un ensemble minimal d'interventions comprendra des objectifs réalistes dans les domaines de la survie de l'enfant, de la maternité sans risque et de la productivité des adultes. Il comprendra au moins la vaccination des enfants, les soins obstétricaux, les médicaments essentiels tout en promouvant l'alphabétisation sanitaire des adultes, la sécurité alimentaire des familles, l'approvisionnement en eau, l'assainissement et un habitat sûr.

Les membres du comité de développement du district, en collaboration avec les responsables de l'administration de leur district, promouvoir les activités de développement social et économique. Ils utiliseront judicieusement les ressources localement disponibles (capital, énergie et matières premières) pour promouvoir le développement micro-économique par des interventions soigneusement sélectionnées dans le domaine de l'agriculture, du commerce et de l'industrie. Ils réinvestiront le produit de la croissance économique dans des interventions sociales à l'appui du développement humain, des habitats humains et des populations humaines.

Les équipes de santé du district et les comités de santé du district seront informés de la manière dont ils collaboreront avec les membres des comités de développement du district et avec les fonctionnaires responsables de l'administration du district et vice-versa. Ils collaboreront tous ensemble avec les résidents locaux (la communauté), engagés dans l'agriculture (fermiers), dans l'industrie (artisans) et dans les affaires (commerçants) ainsi qu'avec les organisations à assise communautaire telles que les clubs de jeunes, les groupes de femmes et les associations de travailleurs.

Il est plausible d'aborder le développement sous l'angle de la santé. En effet, les membres d'une petite communauté se réunissent facilement pour débattre de leurs problèmes de santé, aider à définir des priorités et fournir les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour résoudre leurs problèmes de santé. Aussi, la santé constitue un thème de dialogue entre les communautés et entre les nations. Elle peut contribuer à cimenter l'unité africaine et à instaurer la fraternité universelle.

Pour promouvoir la santé et le développement, il faudrait que les Ministres chargés des secteurs économique et social de nos pays coopèrent entre eux et, par voie de conséquence, que les institutions compétentes des Nations Unies et l'Organisation mondiale de la Santé collaborent entre elles. Cette coopération favoriserait également les efforts multisectoriels des pays et appuierait la collaboration pluri-institutionnelle.

C'est pourquoi il est urgent que l'Organisation mondiale de la Santé réaffirme sa détermination à poursuivre la mission que les pères fondateurs lui ont assignée dans sa Constitution. Et c'est pourquoi elle procède actuellement à une réaffirmation et à un affinage de ses structures et de ses fonctions au niveau du Siège, au niveau régional et au niveau des pays. Un but unique, un réseau mondial puissant et cohérent, placé sous une même direction et faisant appel aux techniques de communication modernes : telles sont les atouts de l'Organisation mondiale de la Santé. Une Organisation mondiale de la Santé dynamique retrouverait la place centrale qui est la sienne en matière d'action sanitaire internationale. Vous comprenez, dès lors, toute l'importance que revêtent vos débats au cours de cette réunion consacrée à l'adaptation de l'OMS aux changements mondiaux. Nous attendons avec impatience votre avis sur les recommandations du Conseil exécutif. Car, c'est bien au niveau des pays que notre action peut, en dernière analyse, avoir le plus grand impact sur les individus, les ménages et les communautés.

Les délibérations des Ministres africains de la Santé ont toujours contribué de façon significative, et parfois déterminante, à l'amélioration de l'état de santé dans le monde. Je suis convaincu que la quarante-troisième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique n'y fera pas exception dans cette ambiance très favorable du Botswana.

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

Je vous remercie de votre attention.

**ALLOCUTION DU DR HIROSHI NAKAJIMA,  
DIRECTEUR GENERAL DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE <sup>1</sup>**

Monsieur le Président,  
Honorables Représentants,  
Chers Collègues,  
Mesdames et Messieurs,

Comme le veut la tradition, la tâche m'incombe, mais c'est aussi pour moi un heureux privilège, de vous retrouver à l'occasion de votre Comité régional et, comme je l'ai fait au cours de ces cinq dernières années, de vous tenir informés des activités mondiales récentes de l'OMS et de son évolution.

Les turbulences politiques et les crises financières qui ont sévi dans le monde entier n'ont pas épargné l'Organisation mondiale de la Santé ni le secteur de la santé de la plupart des pays. Apparaissant de plus en plus comme une importante question sociale et économique, la santé est finalement devenue un enjeu politique. L'opinion place aujourd'hui souvent la santé au premier rang de ses préoccupations et elle attend des gouvernements qu'ils se montrent à la hauteur de leurs responsabilités dans ce domaine. L'impact économique de la santé s'est aussi fait sentir : outre le poids des dépenses que lui consacrent les budgets nationaux, elle apparaît comme un investissement pouvant assurer la prospérité d'une industrie de services, comme un investissement dans l'être humain et l'avenir de notre planète et, enfin, comme une condition préalable à la pérennité du développement humain.

Ainsi politisée, la santé va devenir un domaine plus difficile, plus sensible et plus concurrentiel aux niveaux national et international, mais surtout au niveau local. Cet environnement politique donne néanmoins naissance à des opportunités nouvelles. Nous devons les examiner attentivement et les utiliser au mieux pour améliorer la santé de tous les peuples du monde. Nous devons gagner la bataille pour la survie et le bonheur de l'humanité. A l'OMS, nous devons nous adapter et relever le défi par des approches novatrices des systèmes de santé et des interventions dans le domaine de la santé.

Les initiatives et les activités de l'OMS se poursuivent et atteindront leurs objectifs. La dracunculose sera éliminée d'ici à 1995. La lèpre ne constituera plus un problème de santé publique d'ici à l'an 2000. Nous pouvons raisonnablement compter que la poliomyélite aura été éradiquée à l'an 2000. Le programme OMS de lutte contre l'onchocercose en est à sa phase finale, à savoir la dévolution au niveau local, assortie d'un appui international pour l'aménagement des terres et la réinstallation des habitants sur les 24 millions d'hectares rendus exempts d'onchocercose. Malgré la gravité de la pandémie de choléra, les taux de létalité ont accusé une baisse sensible dans le monde entier. Les programmes OMS de lutte contre les maladies diarrhéiques et de lutte contre les infections respiratoires aiguës ont progressé régulièrement. Le programme élargi de vaccination a déjà couvert 80 % des enfants dans le monde. Si la pérennité peut être réalisée, ces trois derniers programmes contribueront ensemble à prévenir chaque année la mort de sept millions et demi d'enfants. Le programme mondial de lutte contre le SIDA continue de renforcer son soutien aux programmes nationaux de lutte contre le SIDA ainsi qu'aux efforts de recherche et de développement.

---

<sup>1</sup> Document AFR/RC43/Conf.Doc/2.

Pour mener à bien la tâche de l'OMS, nous pouvons nous fier à la sagesse de notre Constitution. La mission et les principes fondamentaux qu'elle propose pour l'OMS restent valables aujourd'hui. Je me suis engagé auprès de tous les Etats Membres de l'OMS, pendant mon deuxième mandat de Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, à poursuivre la réalisation de notre but commun de la santé pour tous au moyen des soins de santé primaires. "La santé pour tous" doit demeurer notre idéal commun - idéal d'un monde où tous les peuples et toutes les personnes bénéficieront de soins de santé de base d'un coût abordable et d'une qualité acceptable.

La paix et le développement durable, l'équité et la démocratie sont les principes qui doivent guider le développement sanitaire. Il ne peut y avoir de paix durable sans justice sociale et sans harmonie. Le développement humain durable doit être à la fois économique et social. Il ne sera réalisé que lorsque tous les peuples, toutes les personnes et toutes les communautés participeront librement et auront la possibilité d'accroître leur propre potentiel. Cela suppose l'exercice de la démocratie et le respect des droits de l'homme. Dans les programmes de l'OMS, cela se traduit en termes de "participation communautaire", de "justice sociale" et d'"équité". Ces principes ne sont pas de simples figures de rhétorique. Ils doivent servir à réglementer l'action, dans un partenariat pragmatique.

Le nouveau partenariat pour la santé en faveur duquel j'ai lancé un appel à la session de janvier du Conseil exécutif cette année, et qui a été approuvé en mai par l'Assemblée mondiale de la Santé, traduit mon souci de voir l'action sanitaire et la coopération en santé empreintes de pragmatisme et de démocratie. Par ce nouveau partenariat, tous les acteurs sociaux seront encouragés à assumer une part de responsabilité dans l'effort total nécessaire pour réaliser la santé pour tous et l'accès de tous aux soins et aux services de santé. Notre nouveau partenariat pour la santé, grâce à l'action concertée et à la synergie ainsi créée, assurera une plus grande efficacité. Il privilégiera aussi la pérennité sous l'effet de l'engagement permanent de tous les acteurs concernés, au sein du secteur de la santé et au-delà. La santé prenant plus d'importance dans le champ élargi de la politique publique, l'OMS favorisera et dirigera les alliances interdisciplinaires, intersectorielles et interorganisations pour la santé.

Pour relever les défis d'un environnement en mutation, l'OMS s'est elle-même lancée dans un processus de réforme interne approfondie de ses structures et de ses méthodes de travail. J'estime pour ma part, et je tiens à le souligner ici, que *toute réforme doit finalement viser à améliorer la pertinence et le travail des services de l'OMS dans les pays. Nous devons être prêts et équipés en conséquence, à aider les pays à mettre au point leurs systèmes de santé et à réformer leur politique de santé.*

Les réformes sont rendues nécessaires dans le monde entier par les jeux combinés des changements mondiaux et de l'actuelle transition épidémiologique. La nature et la portée de la pandémie du SIDA et la résurgence des maladies transmissibles telles que la tuberculose, le paludisme et le choléra constituent des problèmes de santé publique qui revêtent aussi une dimension socio-économique et politique considérable. L'évolution des modes de vie, *influencée* par les structures du marché et les pratiques commerciales, s'accompagne d'un accroissement des maladies non transmissibles et des problèmes psychosociaux comme l'abus des drogues, la violence et les suicides. Les modifications de l'environnement mondial donnent naissance à de graves problèmes de santé, ainsi que l'augmentation sensible des maladies respiratoires telles que l'asthme. La récession économique, le chômage, les migrations, les réfugiés, le vieillissement et d'autres facteurs démographiques ont tous un impact sérieux sur la santé et les politiques publiques des pays industrialisés comme des pays en développement.



L'explosion technologique et informationnelle a profondément modifié les pratiques dans le domaine des soins de santé, les rôles et les responsabilités des professionnels des soins de santé et leurs relations avec *les malades qui exigent maintenant d'être reconnus comme des interlocuteurs et des partenaires à part entière*. De nouvelles questions éthiques et juridiques se posent.

Tous ces changements nécessitent une réforme des politiques publiques et, dans ce cadre, la réforme de nos systèmes de soins de santé et de nos approches dans ce domaine. Ils nous obligent aussi à redéfinir clairement et à revoir la répartition des responsabilités pour la formulation, la coordination et la mise en oeuvre des politiques de santé publique, tant au niveau national qu'au niveau international. C'est dans ce contexte que l'OMS a entrepris son processus de réforme.

Depuis la dernière session de votre Comité régional, le groupe de travail du Conseil exécutif sur l'adaptation de l'OMS aux changements mondiaux a achevé son rapport et a présenté ses recommandations à la Quarante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé et au Conseil exécutif. En application des résolutions de l'Assemblée et du Conseil sur ces questions, le Secrétariat s'est aussi inspiré du rapport spécial du Commissaire aux Comptes et des recommandations du Corps commun d'Inspection des Nations Unies sur la décentralisation.

Après avoir soigneusement examiné le rapport du groupe de travail et ses incidences pratiques, le Secrétariat a élaboré des propositions concrètes à l'intention du Comité du Programme du Conseil exécutif qui s'est réuni au mois de juillet dernier. Le Secrétariat a proposé un certain regroupement des 47 recommandations du groupe de travail et déterminé les actions prioritaires, ainsi qu'un calendrier provisoire pour leur mise en oeuvre.

Le Comité du Programme du Conseil exécutif a examiné nos propositions et formulé ses propres observations et suggestions qui seront soumises à votre attention pendant cette session de votre Comité régional. Le Comité du Programme doit se réunir à nouveau au mois de novembre pour finir d'examiner les recommandations du groupe de travail et leur suivi, compte tenu des vues exprimées par les Comités régionaux. Il étudiera notamment le mandat du Budget et des Finances dont la création a été proposée pour aider le Conseil exécutif.

Au Siège, le processus de réforme est en cours. Je mets l'accent sur la gestion, de façon à rationaliser la prise des décisions. Le dialogue permanent que j'ai instauré avec les Directeurs régionaux sera officialisé dans le cadre du Conseil de la Politique mondiale, qui se composera en outre des Sous-Directeurs et du Directeur du Centre international de Recherche sur le Cancer. Ce Conseil de la Politique mondiale renforcera l'élaboration, la coordination, l'exécution et la mise à jour des politiques de l'OMS. Un Comité du Développement de la Gestion réunira les Sous-Directeurs généraux, les Directeurs exécutifs et les Directeurs de la Gestion des Programmes des six Régions de l'OMS, qui représenteront les Directeurs régionaux. Ce Comité renforcera le lien entre la gestion des programmes et du budget du Siège et celle des Bureaux régionaux. Pour aider le Directeur général à coordonner et à élaborer les stratégies et dans ses fonctions de communication, d'information et de direction, j'ai créé un Cabinet qui assurera aussi le secrétariat du Conseil de la Politique mondiale et du Comité du Développement de la Gestion.

L'activité de l'OMS se déploiera suivant quatre grandes directions politiques : intégration de la santé dans les politiques publiques; équité et qualité; promotion et protection de la santé et, enfin, prévention des maladies et activités de lutte. Une liste ordonnée révisée des programmes est en cours d'achèvement. Elle proposera six grands programmes et activités. Dans le cadre du Neuvième Programme général de Travail, la réorganisation et le regroupement des activités et des compétences seront subordonnés à des résultats ciblés. Les priorités seront évaluées sur une base à la fois

technique et financière. Des buts et des cibles réalistes seront définis pour faciliter la surveillance et l'évaluation régulières qui, à leur tour, serviront de base à nos propositions pour le budget programme biennal, dans le cadre général de notre stratégie de la santé pour tous. Conformément aux recommandations du groupe de travail du Conseil exécutif, nous mettons sur pied un processus de publication d'évaluations annuelles de la situation sanitaire mondiale. Enfin, pour réduire au maximum la bureaucratie et renforcer encore la transparence et la responsabilité, nous ajustons nos procédures financières et nos structures administratives. Des changements sont actuellement apportés dans la préparation du Projet de Budget Programme pour 1996-1997.

Je ferai rapport sur toutes ces mesures et propositions au Conseil exécutif en janvier 1994 et à la Quarante-Septième Assemblée mondiale de la Santé en mai 1994.

Quand le Comité du Programme s'est réuni au mois de juillet, j'ai souligné que le suivi d'un certain nombre de recommandations concernant les réformes pouvait être assuré directement par le Siège, mais que d'autres recommandations, d'un caractère mondial, devraient être appliquées en coordination avec l'ensemble du système des Nations Unies. Et que d'autres encore, concernant les Régions et les pays, devraient être mises en oeuvre conjointement par le Siège de l'OMS et toutes les Régions de l'OMS.

Ainsi en est-il de l'examen des méthodes actuelles de délégation des pouvoirs entre le Siège et les Bureaux régionaux, ainsi qu'entre les Bureaux régionaux et les bureaux dans les pays. Cela concerne aussi la redéfinition des fonctions et des méthodes de formation et de recrutement des Représentants de l'OMS dans les pays. En tant que réseau sanitaire mondial, l'OMS rassemble tout un éventail de compétences et de connaissances. Les Etats Membres doivent pouvoir avoir accès librement et rapidement au potentiel de l'OMS, à tous les niveaux et quelle que soit leur situation géographique. Pour faciliter ce processus, on devrait pouvoir faire davantage appel aux équipes interpays et aux missions interrégionales.

S'il appartient aux Comités régionaux de décider de leurs propres méthodes, cette prérogative a des incidences sur le calendrier et l'harmonisation des réformes dans l'ensemble de l'OMS. En fait, toute proposition définitive visant à améliorer la planification des politiques, la capacité d'analyse et les systèmes d'information, à quelque niveau que ce soit, nécessitera une coordination d'ensemble entre les pays, les Régions et le Siège.

Honorables représentants, chers collègues, je suis venu demander votre soutien et votre participation.

Je vous invite tous instamment à participer activement, en tant que partenaires à part entière, à l'important processus de réforme que nous avons lancé ensemble. Je vous demande, en tant que Comité régional pour l'Afrique, de créer un groupe de travail sous la forme que vous jugerez la plus appropriée, pour examiner les recommandations faites au niveau mondial, dans la mesure où elles s'appliquent à votre Région et à vos pays. Vos premières suggestions et recommandations pourront ensuite être soumises, dans un rapport intérimaire de votre Directeur régional, au Conseil exécutif de l'OMS en janvier 1994. Un rapport plus complet sera présenté au Conseil en janvier 1995.

L'OMS est le seul réseau sanitaire mondial qui ait une approche globale de la santé et qui ait choisi de privilégier l'impact à long terme et la pérennité. Elle compte aujourd'hui 187 Etats Membres. Elle a toujours servi tous les peuples du monde sans exception. Elle a une longue tradition de neutralité politique et de grande exigence technique et éthique. Nous devons maintenir cette tradition tout en améliorant notre travail et en donnant la preuve de notre capacité à nous adapter à notre environnement.

Vous tous, qui vivez en Afrique, savez à quel point il importe de pouvoir compter sur une coopération internationale neutre et durable. Vous vous êtes inquiétés à plusieurs reprises, au cours de ces dernières années, de la marginalisation de l'Afrique dans ce nouvel environnement mondial secoué par des troubles politiques et économiques. La santé en Afrique est aujourd'hui en situation d'urgence. La pauvreté a progressé, aggravée par l'impact des catastrophes naturelles ou dues à l'homme. J'en appelle à tous les Chefs d'Etat et à tous les professionnels de la santé d'Afrique pour qu'ils unissent leurs forces dans ce combat pour la vie et la dignité de leurs peuples.

J'insisterai auprès de la communauté internationale pour que la solidarité et l'aide au développement ne se résument pas à une éphémère compassion. Elles nécessitent des engagements à long terme. Elles doivent préparer la mise au point et la pérennité des infrastructures sanitaires. Il n'existe pas de solutions toutes prêtes au SIDA, à la tuberculose, au paludisme, aux maladies cardio-vasculaires, au cancer, au choléra et à la malnutrition. La prévention et le traitement de ces problèmes de santé nécessitent une planification de longue haleine, des recherches, une formation et des investissements, ainsi que des interventions multisectorielles. Le développement sanitaire et le développement économique national durable sont interdépendants. L'un et l'autre dépendent largement à leur tour de relations économiques internationales justes et stables.

Pour les populations vulnérables et les pays les plus démunis, l'OMS a lancé une initiative de coopération intensifiée à la fin de 1988. Celle-ci a reçu un accueil très positif, non seulement parmi ses bénéficiaires, mais aussi parmi les donateurs bilatéraux et multilatéraux. J'ai l'intention de faire de cette initiative, qui est désormais une activité majeure, l'une de nos premières priorités dans une OMS réformée. Sa réussite passe toutefois par une collaboration étroite entre le Siège et les Régions, élément clef de notre processus de réforme.

Dans un monde où les relations entre pays sont de plus en plus complexes et interdépendantes, des forces puissantes, qui vont aussi dans le sens de la fragmentation, s'exercent. C'est là un risque majeur réel. Pour être parfaitement efficace, notre Organisation doit être singulière. La diversité est l'un des principaux atouts de l'Organisation mondiale de la Santé. Nos Régions sont la substance même de cette diversité. La fragmentation la viderait de sens et conduirait à sa désintégration.

L'OMS doit être une. La décentralisation peut et doit aller de pair avec l'unité de buts et la coordination des ressources, de l'action et de l'information. Tout en faisant preuve de souplesse, elle doit être prête à rendre des comptes. Les structures et les programmes de l'OMS doivent présenter une cohérence interne pour accroître l'efficacité au maximum. Ils doivent aussi être en rapport direct avec les besoins de nos Etats Membres. Votre participation au processus actuel de réforme est donc indispensable. En définitive, l'apport des Régions sera déterminant pour le succès final du processus de réforme de l'OMS.

Notre objectif ultime, en voulant réformer l'OMS, dépasse largement le renforcement de l'OMS en tant qu'organisme majeur des Nations Unies chargé des questions de développement. Il ne s'agit pas moins que d'assurer l'avenir de la coopération sanitaire mondiale. Il s'agit d'améliorer la santé, non pas seulement de quelques-uns, mais celle de tous les peuples du monde, y compris les groupes les plus vulnérables.

Aujourd'hui, contrairement aux attentes de l'après-Guerre froide, les pays pauvres souffrent plus que jamais. Les catastrophes naturelles, mais aussi celles qui sont dues à l'homme, et en particulier les guerres, font des millions de victimes et affectent la santé de millions de personnes,

---

ainsi empêchées de mener une vie productive. Pendant ce temps, les pays riches, malgré leurs difficultés relatives, continuent de jouir d'une santé toujours meilleure et de vivre dans la paix. La responsabilité morale incombe à tous de combattre la souffrance et l'injustice. J'en appelle donc au monde pour qu'il s'unisse et réalise la paix par la santé et le développement.

Honorables représentants, chers collègues, je serai heureux de prendre connaissance de vos avis et de vos recommandations.

Je vous remercie de votre attention.

**DISCOURS D'OUVERTURE DE SON EXCELLENCE  
SIR KETUMILE MASIRE, PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE DU BOTSWANA <sup>1</sup>**

Monsieur le Président de la quarante-deuxième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique,  
Monsieur le Président de l'Assemblée nationale,  
Mesdames et Messieurs les Ministres,  
Monsieur le Directeur général de l'OMS,  
Messieurs les Chefs de Missions diplomatiques et consulaires accrédités au Botswana,  
Monsieur le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique,  
Honorables délégués,  
Mesdames et Messieurs,

C'est certainement un grand honneur et un grand privilège pour moi de souhaiter la bienvenue au Botswana à cette auguste assemblée qui se tient sous le patronage de l'Organisation mondiale de la Santé et du Bureau régional de l'Afrique. Je suis particulièrement heureux de souhaiter la bienvenue à Gaborone, notre capitale, aux représentants des 44 Etats Membres de notre Région, à toutes les institutions des Nations Unies, à la Banque mondiale et aux représentants des autres organisations qui ont le statut d'observateur à l'OMS ou qui ont des relations spéciales avec l'Organisation. J'espère que vous aurez l'occasion de visiter quelques sites intéressants de notre pays pendant votre séjour ici. Je sais que quelques-uns d'entre vous ne sont jamais allés si loin au sud de notre continent et que cette réunion leur en donne l'occasion.

Monsieur le Président, le Botswana et l'ensemble du monde observent avec grand intérêt les changements politiques qui ont lieu en Afrique et, en particulier, en Afrique du Sud. Nous espérons que les négociations relatives à la Constitution, qui ont lieu actuellement, aboutiront en fin de compte à des élections multipartites que l'on prévoit d'organiser le 27 avril 1994, ouvrant ainsi la voie à un gouvernement démocratiquement élu en Afrique du Sud. Les événements politiques qui se déroulent actuellement en Somalie, au Mozambique, au Congo, au Zaïre, au Rwanda et au Libéria nous préoccupent gravement. Nous ne pouvons qu'espérer que des solutions soient bientôt trouvées afin que nous puissions ensemble consacrer tous nos efforts à la santé pour tous les Africains en dépit de la fragilité de nos économies. Malgré d'importants progrès que nous révèlent les principaux indicateurs de santé, les pays africains doivent toujours améliorer la santé de leurs communautés et les défis à relever restent gigantesques. De nombreuses populations de notre continent souffrent de maladies infectieuses et parasitaires et n'ont pas ou ont peu accès à des soins de santé de qualité et aux médicaments essentiels. Cette situation déplorable est encore aggravée par la pauvreté, la malnutrition et des conditions peu souhaitables telles que l'impureté de l'eau, les mauvaises conditions d'assainissement, la pollution de l'air et la présence de déchets industriels.

Parce que la santé est à la fois un objectif et un indice de développement, il est nécessaire de mettre à nouveau l'accent sur la restructuration du secteur de la santé dans beaucoup de pays africains, non pas tant pour réagir face à l'inexistence ou à l'incertitude des rentrées fiscales que pour tirer le maximum d'avantages d'une restructuration plus profonde des politiques sociales et économiques visant à accroître les gains d'efficacité, à maximiser l'équité et à assurer la durabilité. Le grand nombre d'informations dont on dispose sur les causes de la mauvaise santé et sur l'impact des différentes interventions sur l'état sanitaire en Afrique a permis de comprendre clairement que

---

<sup>1</sup> Document AFR/RC43/Conf.Doc/3.

le moyen le plus efficace d'améliorer la santé consiste à adopter une approche multisectorielle plutôt que de recourir à des interventions médicales. Des progrès sanitaires spectaculaires peuvent être obtenus en matière de santé si l'on parvient à éliminer certaines contraintes qui existent dans le système de soins de santé et dans les domaines connexes, et qui influent sur la santé, par exemple la condition de la femme, l'éducation, et l'amélioration de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement. Dans de nombreux pays d'Afrique, il existe de bonnes perspectives de mobilisation de ressources financières pour la santé, surtout lorsque le paiement à l'acte s'accompagne d'améliorations de la qualité des prestations de services, et que des plans de recouvrement des coûts tirent leur force de la mobilisation communautaire, de la gestion et de la responsabilisation. Cependant, vu l'extrême pauvreté de beaucoup de communautés rurales, les soins de santé devront, dans un avenir prévisible, être considérablement subventionnés par l'Etat dans la quasi-totalité des pays de la Région. Il est par conséquent primordial de trouver des moyens de réduire l'impact négatif des programmes d'ajustement structurel sur le financement des soins de santé, pour que les démunis soient toujours assurés d'avoir accès à des soins de santé essentiels.

Les ménages et les communautés sont les principaux décideurs en matière de santé. Grâce à leur combat quotidien contre la maladie, ils permettent d'éviter ou d'atténuer l'effet des maladies sur leur bien-être. Si on veut concrétiser les engagements officiels en faveur des soins de santé publique en Afrique, il faut accroître les possibilités d'accès des ménages à toutes sortes d'éléments pour influencer sur la santé et utiliser ces éléments le plus efficacement possible. L'expérience tirée de toutes les régions de l'Afrique révèle que les ménages et les communautés peuvent se situer au centre des stratégies nationales de santé. Toutefois, nous savons que les ménages et les communautés ne disposent pas de toutes les ressources dont ils ont besoin pour améliorer leur santé. Les gouvernements ont donc un rôle capital à jouer dans l'amélioration de la santé en Afrique, non pas en dispensant directement des soins du sommet vers la base, mais en inspirant des activités qui contribuent à créer un environnement propice à une meilleure santé tout en rendant plus complémentaires les activités des secteurs public et privé.

Donc, compte tenu de ces réalités, le secteur public doit s'attacher en priorité à :

- a) formuler clairement des politiques sanitaires nationales prévoyant une surveillance et une évaluation des progrès accomplis en direction des objectifs réalisables;
- b) promouvoir des interventions sanitaires rentables qui maximisent tout à la fois l'efficacité et l'équité;
- c) faire de l'information et de l'éducation sur des pathologies telles que le SIDA;
- d) définir des normes de santé et en promouvoir l'application (listes de médicaments essentiels et normes de dotation en personnel, par exemple).

L'analyse des caractéristiques épidémiologiques et démographiques permet d'affirmer avec un certain degré de certitude qu'un ensemble de services de base comprenant des soins curatifs, préventifs, promotionnels et de réadaptation peut puissamment contribuer à aider les Africains, et notamment les groupes vulnérables, dans leurs aspirations à une meilleure santé.

L'expérience de plusieurs pays africains incite à penser qu'un ensemble rentable de services peut être également offert aux centres ruraux, péri-urbains et même urbains sous la forme de soins de santé reposant sur le district et s'articulant autour d'un hôpital de district, de plusieurs dispensaires/centres de santé et se fondant sur une participation communautaire prééminente à des

interventions multisectorielles intéressant par exemple l'eau et l'assainissement. Dans un système de soins axé sur le district, le niveau tertiaire, représenté par les centres hospitalo-universitaires ou les hôpitaux de recours, aurait pour mission prioritaire d'appuyer la fourniture d'un ensemble de services de santé de base et de recours. Ce scénario africain de développement sanitaire en trois phases, conçu comme un ensemble de soins de santé de base, incite à penser que la formule est à la portée de la plupart des pays.

Monsieur le Président, la croissance démographique rapide à laquelle nous assistons dans nos pays fait qu'il est difficile de combler les graves lacunes existant entre les besoins sanitaires fondamentaux et les services effectivement assurés. L'offre de services se doit d'augmenter à un rythme encore plus grand que la croissance exponentielle de la population. Faute d'aligner l'offre sur le rythme de l'expansion démographique, nous ne ferons qu'exacerber les problèmes d'ores et déjà existants et qui s'appellent : misère, pénuries alimentaires, protection sanitaire insuffisante et analphabétisme. Or, la croissance démographique rapide que l'Afrique a connue est dans une large mesure la conséquence directe de deux phénomènes : la persistance de taux de fécondité élevés dans la plupart des pays et une diminution de la mortalité imputable à une meilleure protection sanitaire. La fécondité élevée correspondant à une moyenne de 5 à 6 enfants par femme s'est maintenue en raison de préférences traditionnelles pour les familles nombreuses, d'une crainte de perdre des enfants en raison de la forte mortalité infanto-juvénile, d'un analphabétisme relativement répandu, d'un accès insuffisant aux méthodes modernes de planification familiale, et de l'abandon des pratiques traditionnelles d'espacement des naissances.

La pandémie de SIDA qui menace gravement la société moderne est aussi l'un des problèmes socio-économiques et de développement les plus importants du monde contemporain. Des partenariats entièrement nouveaux doivent s'instaurer entre les pays, les organisations, les groupes et les individus afin de tenter d'enrayer la propagation du virus de l'immunodéficience humaine et d'assurer des soins à ceux qui sont touchés, mais également une protection au grand nombre de futurs orphelins dont les parents mourront du SIDA.

La seule arme dont on dispose pour combattre ce fléau mortel est une éducation pour la santé allant de pair avec une évolution des comportements. Et cela, parce qu'il n'existe actuellement aucun traitement ou vaccin connu. Au Botswana, tous les districts se sont dotés de comités de lutte contre le VIH/SIDA. Les Ministères de l'Education, du Travail, de l'Intérieur et des Collectivités locales, du Logement et de l'Aménagement du Territoire ont été désignés comme ministères-clés chargés de mener à bien les premières étapes d'une riposte nationale multisectorielle. Des points focaux pour la lutte contre le VIH/SIDA ont donc été désignés dans ces ministères. Chacun d'eux, avec le soutien technique du Ministère de la Santé, élabore actuellement des plans pour combattre l'épidémie. Des organisations non gouvernementales sont également impliquées dans la lutte contre le VIH/SIDA et, au nombre de celles-ci, la Croix-Rouge du Botswana, le Conseil des Femmes du Botswana, l'Association chrétienne des Jeunes Femmes, différentes églises et autres. Des vulgarisateurs agricoles, des fonctionnaires chargés de la jeunesse, des travailleurs sociaux et des enseignants ont intégré l'information sur le VIH/SIDA à l'action qu'ils mènent dans la collectivité.

Il nous faut faire preuve de réalisme et admettre que la propagation du SIDA ne peut être enrayerée par une seule forme de prévention, mais que seul un ensemble de stratégies complémentaires permettra de gagner en efficacité. A cet égard, la promotion et l'utilisation des préservatifs est une stratégie complémentaire indispensable du point de vue de l'évolution des comportements et, pour certains groupes, elle risque d'être le seul moyen possible de réduire le risque. Toutefois, cela ne nous empêche pas de promouvoir la fidélité monogame en tant que meilleure méthode de prévention de la transmission.

Le paludisme est une autre maladie qui fait chaque année beaucoup de victimes parmi nos populations. Il fut un temps où le paludisme était en recul sur le plan mondial. Mais il a refait surface dans des communautés où il était éradiqué, cette fois avec plus de vigueur, au point de résister aux mesures classiques de lutte.

L'épidémiologie du paludisme au Botswana va des régions indemnes de la maladie, dans le sud du pays, à des zones de faible endémicité dans le centre et le nord où la transmission est saisonnière et instable.

Dans le nord du Botswana, la maladie prend la forme d'épidémies dont les dimensions dépendent de la pluviométrie saisonnière. Comme l'endémicité est faible, le niveau d'immunité des communautés est également faible, provoquant une grave morbidité pendant les épidémies.

Mon Gouvernement, par l'intermédiaire du Ministère de la Santé, est en train de renforcer le programme de lutte contre le paludisme qui comprend désormais tous les éléments de lutte préconisés par l'Organisation mondiale de la Santé.

Le programme national de lutte contre le paludisme est en place depuis 1974. Il est intégré au système de soins de santé primaires. Dans les districts touchés, les activités de lutte contre le paludisme relèvent des équipes de santé du district. Celles-ci entreprennent des activités de lutte dans leur secteur et appliquent aussi d'autres stratégies de lutte et oeuvrent en étroite collaboration avec les structures de santé de différents niveaux de technicité, allant des postes mobiles, des postes de santé, des dispensaires, des hôpitaux primaires, des hôpitaux de district aux hôpitaux nationaux de recours. Les objectifs du programme sont les suivants :

- éviter, ou ramener à leur plus bas niveau possible, la morbidité et la mortalité imputables au paludisme;
- éviter la transmission ou la ramener à son plus bas niveau possible.

Par l'éducation pour la santé, la sensibilisation et la participation des communautés, des mesures simples de réduction à la source ont permis aux populations de s'impliquer davantage dans l'auto-protection contre la transmission du paludisme par des moyens tels que le recours aux moustiquaires, aux pulvérisations intra-domiciliaires, aux vêtements de protection, à l'élimination des gîtes larvaires, etc.

Nous espérons que le vaccin antipaludique dont il a été tant question sera bientôt disponible dans nos pays.

Monsieur le Président, Honorables invités, Mesdames et Messieurs, puissent vos délibérations être fécondes tout au long de cette semaine de travaux. J'ai donc maintenant le plaisir de déclarer officiellement ouverte la quarante-troisième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique.

Pula !



**ALLOCUTION DE M. PASCAL GAYAMA,  
SECRETAIRE GENERAL ADJOINT DE L'OUA <sup>1</sup>**

Monsieur le Président,  
Honorables Ministres,  
Monsieur le Directeur général,  
Monsieur le Directeur régional,  
Distingués délégués et chers collègues représentant  
des institutions internationales,  
Mesdames et Messieurs,

C'est avec plaisir que l'Organisation de l'Unité africaine participe à cette quarante-troisième session du Comité régional de l'OMS/AFRO, dans la tradition déjà éprouvée des relations cordiales qui existent entre notre organisation panafricaine et l'Organisation mondiale de la Santé.

Je voudrais remercier le Dr Monekosso de l'invitation qu'il nous a adressée à cet égard, et lui dire combien Son Excellence, Monsieur Salim Ahmed Salim aurait voulu être lui-même présent ici s'il n'avait été empêché par les contraintes d'un calendrier trop chargé. Il m'a ainsi demandé de vous transmettre, en même temps que ses regrets, ses salutations les plus chaleureuses et ses vœux de plein succès aux travaux de la quarante-troisième session du Comité régional.

Pour exprimer davantage les vues et préoccupations de l'OUA sur l'objet de cette rencontre annuelle, permettez-moi tout d'abord de souligner l'importance que revêt plus que jamais à nos yeux le problème de la santé et du bien-être social des populations africaines qui a justifié depuis au moins trois ans, l'inscription régulière à l'ordre du jour de la Conférence de nos Chefs d'Etat et de Gouvernement des points relevant de ce domaine.

Du Sommet d'Abuja en 1991 à celui du Caire en juin dernier, en passant par celui de Dakar en 1992, les plus hauts responsables de notre continent se sont donnés pour mandat de nous fournir des orientations essentielles quant à la santé comme base du développement.

De manière tout aussi nette, nous avons perçu et établi la relation nécessaire qui devait prévaloir entre Santé et Démocratie, dans la mesure où l'épanouissement de l'homme africain et de la femme africaine, émancipés de la tutelle de certaines théories, se conjugue désormais avec la certitude que rien ne peut se faire impunément sans l'homme, ni surtout contre lui.

C'est de là que découlent les dispositions de la Déclaration d'Abuja à laquelle l'on a fait allusion; la Déclaration de Dakar sur la pandémie du SIDA, et le Plan d'Action du Caire sur le même objet.

Avec la même détermination, l'OUA s'emploie à organiser la bonne mise en oeuvre de la Stratégie régionale africaine sur la Nutrition également adoptée par le dernier Sommet des Chefs d'Etat et de Gouvernement, comme suite logique aux décisions prises par la Conférence internationale sur la Nutrition (de décembre 1992).

---

<sup>1</sup> Document AFR/RC43/Conf.Doc/4.

Il en est de même des aspects relatifs à la coopération inter-africaine en matière de produits pharmaceutiques, ce domaine si directement lié aux impératifs d'autosuffisance économique.

Car il en est de la santé aujourd'hui comme de tout ce qui, dans le domaine économique et social, requiert de la part des Africains détermination et volonté pour créer cet espace vital seul en mesure de garantir la prise en charge, par nous-mêmes, de notre destin.

C'est ce qu'offrent à nos pays membres de l'OUA les dispositions du Traité d'Abuja instituant la Communauté économique africaine. Ratifié à ce jour par 32 Etats, nous atteindrons bientôt le nombre requis pour son entrée en vigueur, ce qui induira entre autres la promotion de toutes les formes de coopération possibles en matière de santé, d'hygiène et de nutrition entre les pays africains.

Monsieur le Président,  
Honorables Ministres,

Dire aujourd'hui de l'Afrique qu'elle est ébranlée par toutes sortes de malheurs relève presque du truisme. Et pourtant nous continuerons d'espérer sans que rien ne parvienne à entraver notre détermination ni à endiguer notre enthousiasme.

L'OUA se propose d'ailleurs d'aller plus loin dans l'analyse de la situation du continent au cours de la Vème Conférence des Ministres Africains de la Santé prévue pour 1995.

D'ici à cette date, il importe que nous ayions non seulement mis en place les mécanismes prévus par nos instruments de coopération tels que les comités nationaux de lutte contre le SIDA et autres structures de coordination, de sensibilisation et de mobilisation mais également permis le financement et garanti l'appui national et international aux stratégies, plans d'action et programmes destinés aux communautés de base et à certaines catégories comme celles des filles et des enfants en général.

Pour notre part, nous demeurons confiants quant aux bonnes dispositions qui sous-tendent les rapports entre l'OUA et nos partenaires, en particulier l'OMS, l'UNICEF, la FAO et d'autres avec lesquels une entente dans le domaine qui nous intéresse ici marque l'engagement de l'OUA à ne pas ménager son appui politique aux initiatives destinées à assurer et accroître le bien-être et la sécurité des Africains.

Nous sommes sincèrement reconnaissants à l'OMS qui, par le truchement du Bureau régional, a permis que nous ayions aujourd'hui mis au point un ensemble de mesures conformes à l'Initiative de Bamako en ce qu'elle favorise l'accès populaire à la santé, donc au développement. Je voudrais redire ici combien nous restons attachés à cette expérience de coopération qui autorise la riposte convenable face aux maladies nouvelles ou anciennes, et l'attitude appropriée pour relever d'autres défis.

La mise au point des termes de référence du Protocole relatif à la santé, à l'hygiène et à la nutrition qu'il faut annexer au Traité instituant la Communauté économique africaine, ainsi que la préparation africaine à la gestion des calamités naturelles et autres fléaux dont souffrent tant d'innocentes personnes en Afrique, voilà encore des axes de coopération à explorer avec l'OMS.

C'est un élan identique qui anime notre coopération avec l'UNICEF. Avec l'adoption au Caire, par le 29ème Sommet de l'OUA du "Consensus de Dakar" issu de notre Conférence internationale sur l'Assistance aux Enfants en Afrique, se trouve définitivement engagé le processus destiné à la

mise en oeuvre des plans nationaux d'action. Un mécanisme de suivi s'avère indispensable pour en assurer le succès attendu par une couche sociale qui déborde le seul cadre des enfants en général, pour atteindre les mères et les familles.

Le sort souvent injuste qui est celui de l'enfant de sexe féminin s'atténuerait bien fortement en combinant les éléments prévus par le Consensus de Dakar et ceux contenus dans la Déclaration de Ouagadougou sur l'Education des filles, initiée par l'UNICEF et l'UNESCO et également adoptée par nos Chefs d'Etat et de Gouvernement.

Monsieur le Président,  
Honorables Ministres,

La société africaine vit une transition difficile que les Services de Santé et des Affaires sociales sont chargés de protéger, un peu comme on protège la vie au milieu des menaces de toutes sortes. La noblesse de votre mission tient à cette spécificité, qui est elle aussi synonyme de promotion du droit à la santé en tant que droit fondamental de l'Homme, ainsi que les Africains l'ont mis en exergue à la Conférence mondiale sur les Droits de l'Homme à Vienne en juin dernier.

Et c'est à la fois notre devoir et notre fierté que de mener ensemble cette bataille, aussi bien au plan juridique, par l'adhésion générale aux Conventions internationales ou régionales qui libèrent ou assainissent la société (je pense en particulier à la Convention africaine sur les Droits et le Bien-Etre de l'Enfant, à la Convention de Bamako sur les Déchets toxiques), qu'au plan administratif où il faut opérer des choix judicieux dans l'affectation des ressources, vu que cette bataille n'a pas de prix.

En abritant cette année la quarante-troisième session du Comité régional, le Botswana apporte déjà la preuve qu'en dépit d'une conjoncture ingrate, sa contribution à la réalisation des idéaux de solidarité panafricaine n'est pas une vaine affirmation. Nous en remercions particulièrement le Peuple et le Gouvernement de ce pays et rendons hommage au Président Masire pour son comportement exemplaire.

Car, pour paraphraser le Directeur régional, Professeur Monekosso dans son adresse au dernier Sommet de l'OUA - et c'est là notre mot de la fin - nos dirigeants politiques ont aujourd'hui la lourde tâche non seulement d'être engagés politiquement, mais d'être les premiers à relever le défi que constituent les problèmes de santé pour notre sécurité générale et certainement pour la destinée de l'Afrique.

Je vous remercie de votre aimable attention.

**ALLOCUTION PRONONCEE PAR M. COLE P. DODGE,  
DIRECTEUR REGIONAL DE L'UNICEF POUR  
L'AFRIQUE ORIENTALE ET AUSTRALE <sup>1</sup>**

Monsieur le Président,  
Mesdames et Messieurs les Ministres,  
Docteur Nakajima,  
Professeur Monekosso,  
Chers collègues de l'OUA, de la Banque mondiale, du FNUAP, de la BAD et d'autres organisations des Nations Unies, du Rotary international et d'autres organisations non gouvernementales,

C'est une joie pour moi de me trouver au Botswana pour la réunion annuelle OMS des Ministres de la Santé.

J'ai passé la semaine dernière à voyager au Kenya, en Tanzanie et en Ethiopie en compagnie de Marian Wright-Edelman, animatrice afro-américaine, fondatrice/directrice du "Children Defense Fund" et chef de la délégation des Etats-Unis d'Amérique au Conseil exécutif de l'UNICEF. Chemin faisant, elle a beaucoup appris sur l'Afrique et j'en ai moi-même beaucoup appris sur mon pays. Permettez-moi d'extraire pour vous quelques chiffres du livre du "Children Defense Fund" qui est, pour les enfants américains, l'équivalent du "*Rapport sur les enfants du monde*" de l'UNICEF :

- Toutes les trois heures, un enfant américain est victime d'un meurtre.
- Toutes les 53 minutes, un enfant américain meurt de pauvreté.
- Toutes les 12 secondes d'une journée de classe, un enfant américain abandonne les études.
- Toutes les 13 secondes, un enfant américain souffre de mauvais traitements ou de négligence.
- Toutes les 26 secondes, un enfant américain s'enfuit de chez lui.
- Environ toutes les minutes, une adolescente américaine met un enfant au monde.
- Toutes les 9 minutes, un enfant américain est arrêté pour une affaire de drogue.
- Toutes les 40 minutes, un enfant américain est arrêté pour conduite en état d'ivresse.
- 55 000 enfants américains ont fait la rougeole l'an dernier.
- Par enfant, on entend tous les citoyens de moins de 18 ans et, enfin,
- 37 millions d'Américains n'ont pas d'assurance-maladie.

Ces chiffres vous choquent-ils comme ils m'ont choqués ? Je suis tenté de le croire car l'Amérique est considérée comme le pays le plus riche de la planète.

Que fait l'Amérique, ai-je demandé à Marian, face à ces statistiques catastrophiques ? Certes, et c'est important, ils ont élaboré un programme national d'action pour l'enfant (PNA). Comme tous les pays d'Afrique, sauf cinq, ont entrepris ou achevé leur processus d'élaboration du PNA.

Toutefois, la clef de voûte de tout cadre d'action dans ce domaine est la Convention des Nations Unies relative aux Droits de l'Enfant qui, si elle n'a pas encore été ratifiée par les Etats-Unis d'Amérique, le sera vraisemblablement bientôt. A trois exceptions près, ce texte a été ratifié par la totalité des pays d'Afrique subsaharienne. La Convention relative aux Droits de l'Enfant promet d'être la première convention internationale d'application universelle car elle continue d'être à l'honneur dans les 145 pays qui l'ont jusqu'à présent ratifiée. Pourquoi est-ce si important ?

<sup>1</sup> Document AFR/RC43/Conf.Doc/5.

Parce qu'elle met la société au défi d'assurer survie, protection et éducation - autrement dit équité et respect - à tous les enfants qu'elle couvre.

Au cours des déplacements que j'ai faits en Afrique orientale et australe pendant cette première année de mon mandat de Directeur régional de l'UNICEF, j'ai été impressionné par votre attachement à la vaccination - sur les 23 pays que j'ai visités, 16 dépassent les 75 % de couverture par le BCG, 14 les 75 % par le DTC3, et 12 les 73 % par l'antirougeoleux.

Pour l'Afrique orientale et australe, la moyenne est supérieure à celle des Etats-Unis d'Amérique. En fait, dans la capitale fédérale, à Washington D.C., la couverture se situe aux environs de 40 %.

D'ailleurs, il est absolument impérieux de maintenir de hauts niveaux de couverture par le PEV si l'on veut atteindre les objectifs de l'OUA/ICAAC. A Dakar, en novembre 1992, l'OUA a réuni la Conférence internationale sur l'assistance aux enfants africains qui a fixé des objectifs pour la mi-décennie. Si l'éradication des troubles liés à la carence en iode par l'iodation universelle du sel est en bonne voie, le PEV s'assigne également d'autres objectifs, et notamment l'importante éradication de la poliomyélite. Dans les pays où la couverture par le PEV se maintient à des niveaux élevés, on voit maintenant, tout au plus, très peu de cas nouveaux de polio. En Tanzanie, dans les districts d'Iringa et de Mtwana, les collectivités villageoises suivent de près l'état nutritionnel et les niveaux de couverture PEV de leurs enfants. Aucun cas nouveau de polio n'est signalé. Mais l'éradication de la polio et l'élimination des troubles liés à la carence en iode ne peut être réalisée par des pays agissant isolément. Une coopération interpays s'impose. Il y a trop d'allées et venues entre les pays pour qu'un seul pays puisse y parvenir seul - sauf les nations insulaires de l'Océan Indien où les Seychelles et Maurice sont déjà indemnes de polio.

On a de plus en plus tendance à adopter la stratégie PEV "Plus" pour assurer des soins de santé primaires et réaliser les objectifs d'élimination de l'avitaminose A et de recours à la thérapie de réhydratation orale (TRO) dans 80 % des cas. Le PEV "Plus" apporte trois "Plus" au nourrisson :

- une supplémentation en vitamine A associée à la vaccination antirougeoleuse;
- des sels de réhydratation orale (SRO) aux diarrhéiques;
- la promotion de l'allaitement exclusivement au sein jusqu'à l'âge de 5 mois.

Et trois "Plus" pour la mère :

- une supplémentation en fer pendant la grossesse afin de réduire l'insuffisance pondérale à la naissance;
- un dépistage simple des risques permettant une orientation éventuelle vers un service spécialisé; et
- une information sur la planification familiale et l'accès aux contraceptifs.

Mesdames et Messieurs les Ministres, le Conseil exécutif de l'UNICEF, lors de sa réunion de mai dernier, a adopté une nouvelle politique de planification familiale. Cela nous incite à faire encore plus d'information sur la planification familiale et les avantages de l'espacement des naissances ainsi qu'à faciliter l'accès aux techniques de contraception.

De même, au cours de mes déplacements, il est deux domaines de la santé qui me préoccupent. Le premier est le paludisme qui est l'une des principales causes de mortalité chez le jeune enfant. Or, si le paludisme figure bien dans les programmes de l'UNICEF, il ne bénéficie que de modestes crédits budgétaires.

Le second est bien entendu la pandémie de VIH/SIDA, marquée par une augmentation continue de la positivité. On a calculé que, dans les pays les plus gravement touchés, le taux de mortalité infantile (TMI) et le taux de mortalité avant 5 ans (TMA5) augmenteraient de façon spectaculaire si l'offensive permanente visant à faire très sensiblement chuter le TMI et le TMA5 à laquelle se réfère la Déclaration du Sommet mondial pour les Enfants n'atteint pas ses buts grâce au PEV, à la TRO, à une meilleure nutrition et à de meilleurs services de santé grâce à des programmes comme l'Initiative de Bamako et une meilleure gestion sanitaire décentralisée. Si un vaccin anti-VIH est mis au point - de quand il le sera - c'est très vraisemblablement le PEV qui l'administrera. Les pays disposant des programmes de vaccination les plus solides et les plus cohérents auront une bonne tête d'avance pour l'administration d'un tel vaccin.

La deuxième possibilité qui s'offre dans la Région se situe dans le domaine de la participation. Des projets novateurs menés dans toute la Région, mais plus spécialement au Zimbabwe, ont réuni des prostituées, dont on a obtenu la participation et à qui l'on a appris à communiquer et à se protéger. Ces personnes ont ensuite appris à leurs collègues à réduire la transmission des MTS et ainsi à mieux se protéger elles-mêmes.

Grâce à des recherches qui s'imposaient mais qui ont été menées avec rigueur, nous assistons à une participation pragmatique du monde des affaires. Mais nous nous sommes aperçus que la majorité des rapports sexuels extra-conjugaux et du "vagabondage" sexuel a lieu sous l'empire de la boisson. Les brasseries ont adhéré à l'idée que le VIH/SIDA est mauvais pour leurs affaires. Si les buveurs de bière boivent, forniquent, s'infectent par le VIH et meurent du SIDA, c'est une perte de clientèle. Aussi, dans certains pays, les brasseries se sont unies aux promoteurs sanitaires et aux prostituées pour éduquer leurs consommateurs réguliers et, dans un cas au moins, on les a vus distribuer des préservatifs gratuits pour tout achat de trois bouteilles dans un bar.

Si ce programme ou d'autres du même genre peuvent ne pas résoudre le problème de la propagation du VIH/SIDA, il s'adresse cependant aux groupes à haut risque et réduit spectaculairement le nombre de cas de MTS parmi les prostituées et leurs clients. Toutefois, nous n'en admettons pas moins que le meilleur créneau d'intervention reste la période d'indemnité VIH/SIDA des enfants de 7 à 13 ans. Si l'on veut leur apprendre à avoir une vie sexuelle sans risque, c'est le moment ou jamais de le faire. De même, la fidélité à vie envers le partenaire est la meilleure recette pour concilier santé et sexualité.

Pour conclure, Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les Ministres, permettez-moi d'en revenir à votre engagement dans le processus de PNA - un processus qui exige des mises à jour annuelles, des plans d'action pour les enfants au niveau de la municipalité et du district décentralisé, et une implication continue de la Banque mondiale et d'autres donateurs ainsi que de nos gouvernements et singulièrement du Ministère des Finances. Les Etats-Unis d'Amérique ont mis au point un PNA et pris des engagements budgétaires. Leur Congrès vient d'affecter US \$600 milliards à la vaccination. Avec cet exemple qui nous vient des Etats-Unis, le processus de PNA est maintenant bien en place. Les pays industrialisés suivants ont achevé leurs PNA :

- Belgique, Canada, Danemark
- Finlande, Allemagne et Saint-Siège
- Japon, Hollande et Norvège
- Portugal, Suède, Royaume-Uni et Etats-Unis d'Amérique.

Parallèlement, l'Australie, la France, l'Italie et d'autres pays sont actuellement en train d'élaborer leur PNA. Au total, des PNA sont terminés, en cours de rédaction ou à l'étude dans 142 pays de par le monde (86 terminés, 29 rédigés et 27 mis en chantier).

Enfin, la visite de Marian Wright Edelman m'a rappelé la nécessité d'assurer une combinaison de trois approches complémentaires du processus de mise en oeuvre des PNA, d'éradication des maladies, de réduction du TMI, du TMA5 et de la mortalité maternelle ainsi que de facilitation de l'accès à l'eau et aux latrines de même que d'amélioration de la nutrition et de l'enseignement de base universel.

Ces approches sont :

- une distribution efficace des services, par exemple du PEV "Plus";
- la participation communautaire grâce à des programmes comme l'*Initiative de Bamako et la gestion décentralisée des districts*;
- la responsabilisation des individus - mais plus spécialement des femmes et des mères par des formules telles que "*Savoir pour Sauver*".

Lorsque Marian Wright Edelman rentrera à Washington, elle appliquera certaines des techniques que vous-mêmes, Mesdames et Messieurs les Ministres de la Santé, avez élaborées en Afrique dans vos programmes PEV. Nous devons aussi continuer à nous engager en faveur des enfants africains qui sont l'avenir de l'Afrique.

Merci.

**ALLOCUTION DE MME ISHRAT Z. HUSAIN, BANQUE MONDIALE <sup>1</sup>****Une perspective pour améliorer la santé  
des ménages en Afrique**

Monsieur le Président,  
Monsieur le Directeur général,  
Monsieur le Directeur de l'OMS/AFRO,  
Honorables participants,

C'est un grand honneur pour moi d'apporter à nouveau, au nom de notre Banque, un message à cette auguste assemblée. Je vous suis extrêmement reconnaissant, Excellences et Dr Monekosso, d'offrir cette occasion à la Banque mondiale. Grâce au Dr Monekosso, une ère de coopération en Afrique, entre l'OMS et la Banque mondiale, est en train d'émerger. Avec votre soutien à tous, nous espérons renforcer cette coopération.

Excellences, les années 1978 (Déclaration d'Alma-Ata), 1985 (Conférence de Lusaka) et 1990 (Sommet mondial des Enfants) ont été déterminantes pour les gouvernements africains et la communauté internationale dans les efforts pour améliorer la santé en Afrique. Je soutiens que 1993 promet d'être une année semblable.

Quel que soit leur niveau de développement, tous les pays se rendent aujourd'hui compte, plus que jamais, que la santé est essentielle pour le bien-être de l'homme et constitue un objectif fondamental de développement social et économique. Le Dr Monekosso a abondamment développé ce point.

La perspective, et - je crois - le défi auquel les sociétés africaines sont confrontées est d'accroître la capacité des individus, des ménages et des communautés à maîtriser leur santé. Il est de la responsabilité des gouvernements de créer un environnement propice à cet effet. Un tel environnement encouragera l'auto-soin comme condition de base de l'amélioration de la santé. Nous avons ainsi intérêt à suivre les sages recommandations du Président du Botswana dans son discours d'ouverture.

Nous, à la Banque mondiale, sommes résolus à contribuer à augmenter les cas de succès en Afrique afin de faire de la perspective d'une meilleure santé, une réalité. La préparation cette année de deux documents-clé sur la santé, à savoir le rapport sur le Développement mondial (1993) intitulé "Investir dans la Santé" et l'étude sur "Une meilleure santé en Afrique" dont vous êtes informés, traduit cet engagement de la Banque mondiale. Ces documents soulignent les possibilités et les processus nécessaires à la réalisation de cette perspective.

Une meilleure santé en Afrique ajoute à vos initiatives et s'appuie énormément sur les travaux des personnels de l'OMS et de l'UNICEF. On peut la considérer comme un point de départ pour d'autres améliorations de la stratégie de développement sanitaire et un catalyseur pour le changement.

L'an dernier, je vous ai fait un rapport sur les progrès de l'étude sur une meilleure santé qui était alors seulement ébauché et sur les stratégies possibles pour la suite. Aujourd'hui j'aimerais vous faire part des principaux résultats de cette étude, résultats dont la mise en forme est en voie d'achèvement pour publication en tenant compte des observations.

<sup>1</sup> Document AFR/RC43/Conf.Doc/6.



L'étude soutient que la santé en Afrique peut être améliorée de façon significative en dépit des contraintes financières. Elle place les ménages et les communautés au centre de l'amélioration de la santé. Cependant, cet accent particulier sur les ménages comme agents premiers de changement ne réduit pas la *responsabilité du gouvernement, il change plutôt le rôle qu'il doit jouer*. L'étude recommande instamment une action dans trois domaines : information, exécution et impact.

D'abord, l'information. La responsabilité d'informer les ménages et les communautés sur les déterminants de la santé et leur pouvoir sur eux incombent au gouvernement. Il y a à travers le monde une révolution dans le domaine de l'information qui doit s'appliquer à la santé. Cette révolution peut être un catalyseur pour une action inter-sectorielle en vue d'améliorer la santé et le bien-être des ménages et des communautés. Il peut renforcer leur capacité de prise de décision. L'objectif est d'améliorer la santé et pas seulement le soin de santé. Ceci requiert l'engagement et la coordination des efforts de tous les secteurs et niveaux du gouvernement, de même que le soutien coordonné de la communauté internationale.

Ensuite, l'exécution. Des améliorations significatives de la santé peuvent être réalisées dans le cadre des ressources existantes. Ici aussi, les Ministères de la Santé peuvent être des pionniers en faisant des services de santé des modèles d'efficacité. Ce processus peut être renforcé par la participation accrue de la communauté et la décentralisation effective. Une "Meilleure Santé en Afrique" vous lance un défi, celui de fixer dans ces domaines des objectifs spécifiques pour vos propres pays.

Enfin, l'impact. En adoptant des politiques nationales de santé, il est vital de déterminer des séries d'objectifs réalistes et opérationnels et des indicateurs appropriés de performance et d'impact, cela pour permettre le suivi et l'évaluation des progrès réalisés. Ici aussi, le développement des systèmes simples de gestion de l'information utilisant une technologie appropriée peut être d'un immense intérêt.

Comme étape pour rendre opérationnelle l'étude sur une meilleure santé, une table ronde indépendante d'un groupe de réflexion conjointement parrainée par l'OMS, la Banque africaine de Développement, l'UNICEF, l'Agence suédoise de Développement international (SIDA) et la Banque mondiale a été organisée du 7 au 9 juillet 1993 pour examiner le manuscrit d'une "Meilleure Santé en Afrique" et émettre son avis sur la suite à lui donner.

Le manuscrit a été très favorablement reçu par la table-ronde. Outre les nombreuses remarques et suggestions sur le texte, qui seront prises en compte dans la révision, un certain nombre de propositions ont été faites pour la suite du travail. Dépendant de votre avis, deux actions peuvent être envisagées à la lumière du travail de la table-ronde :

- i) En premier lieu, la tenue d'une conférence internationale des Ministres africains de la Santé avec les responsables des institutions donatrices. Une telle conférence pourrait se tenir après la publication de meilleure santé, probablement au début de l'année prochaine. Le conférence pourrait lancer un groupe consultatif sur la santé en Afrique susceptible d'organiser et de parrainer la recherche opérationnelle et l'édification d'un consensus sur les principaux problèmes de santé en Afrique.
- ii) En second lieu, l'organisation d'ateliers au niveau/pays pour préparer des programmes nationaux de suivi et des programmes spécifiques/pays pour l'amélioration de la santé. De tels ateliers pourraient, là où cela est opportun, servir à intégrer et à soutenir le travail des agences individuelles telles que l'OMS et l'UNICEF sur la planification au niveau du district dans le cadre plus large des stratégies nationales.

Seule la propriété africaine, la conviction et le leadership peuvent assurer la mise en oeuvre effective des propositions d'une Meilleure Santé en Afrique. Nous attendons de vous orientations et conseils non seulement sur le contenu de l'avant-projet, mais aussi sur les processus de suivi efficaces. Les copies de l'étude sont disponibles ici à Gaborone - en Anglais et en Français - pour ceux que cela intéresse. Le personnel de la Banque mondiale se tient à votre disposition pour des consultations informelles sur l'étude, en particulier sur le suivi tant au niveau international qu'au niveau/pays.

Avant de conclure, j'aimerais dire quelques mots sur le SIDA. La Banque mondiale est en train d'accroître son engagement dans les efforts déployés par les Etats africains pour arrêter la progression de la transmission du VIH et réduire ses effets néfastes. La demande de préservatifs, pour la prévention du SIDA et la planification familiale, s'est considérablement accrue dans certains pays. La fourniture de ces préservatifs à des prix réduits et les possibilités de leur distribution existent. Nous sommes en train de travailler, sous les auspices de la Coalition mondiale pour l'Afrique, à l'intégration de la prévention du SIDA et des activités de planification familiale et nous serions heureux de discuter les possibilités dans ce domaine avec les délégations intéressées.

En conclusion, j'aimerais dire un mot sur le soutien financier global que la Banque mondiale apporte à l'amélioration de la situation sanitaire en Afrique. Des projets de santé financés par la Banque mondiale d'une valeur de plus d'un milliard de dollars sont en cours d'exécution en Afrique. Les futurs prêts à la santé sont même susceptibles d'être plus importants, la santé étant le domaine le plus rapidement en expansion dans la politique de prêts de la Banque mondiale. L'importance de crédit dépend de la capacité d'absorption des pays.

Excellences, des citoyens en bonne santé constituent le plus important capital d'un pays. Il existe un grand potentiel de changements au cours des dernières années de cette décade et des premières années du nouveau millénum. Le rythme et la direction du changement dépendent de votre vision, engagement et sens des responsabilités.

Formons ensemble des partenariats pour bâtir les fondations de l'amélioration de la vie de chaque enfant, de chaque femme et de chaque homme en Afrique.

Nous souhaitons un grand succès aux travaux du Comité.

Merci Monsieur le Président.

**DISCOURS DE M. STANISLAS ADOTEVI,  
DIRECTEUR REGIONAL DE L'UNICEF POUR L'AFRIQUE  
DE L'OUEST ET DU CENTRE <sup>1</sup>**

Excellence Monsieur le Président du Comité régional,  
Excellences Mesdames et Messieurs les Ministres,  
Monsieur le Directeur régional de l'OMS,  
Mesdames et Messieurs,

Je voudrais, Monsieur le Président, à la suite de mon collègue Cole Dodge, vous dire combien ma délégation a été sensible à l'hospitalité généreuse de ce beau pays dont les efforts : ceux de son Président, de son Gouvernement et de tout son peuple, visent à un développement harmonieux. Les villes et les villages que je me suis fait un devoir de visiter, en prenant sur le peu de temps dont je disposais, m'ont prouvé que vous pouvez être au coeur de la fournaise sud-africaine un havre de paix et de prospérité pour les Africains qui y habitent. La qualité de l'organisation de cette conférence en est le gage. Nous nous ferons donc un devoir, Monsieur le Président, de brûler mille et un cierges pour que ce voeu devienne très vite une réalité.

Monsieur le Président du Comité régional,  
Mesdames et Messieurs les Ministres,  
Monsieur le Directeur régional de l'OMS,  
Mesdames et Messieurs,

Il n'est pas besoin de rappeler la nécessaire collaboration entre l'OMS et l'UNICEF. Le mandat de nos deux Organisations précise la complémentarité de nos actions en faveur des femmes et des enfants. Les hommes placés à la tête de ces organisations, en particulier Mary Racelis et le Prof. Monekosso ont pu, par un effort de cinq ans, rendre ces relations excellentes comme chacun de vous a pu le constater. Je n'en veux pour preuve que la dernière réunion conjointe des Directeurs régionaux de l'OMS et de l'UNICEF qui s'est tenue à Nairobi du 26 au 29 juillet 1993 et que j'ai eu l'honneur de présider avec joie. Les conclusions et recommandations à l'issue de cette rencontre constituent un témoignage certain de la convergence des orientations de nos deux organisations en matière de politique de santé dont les principaux points d'accord sont transcrits dans une lettre conjointe adressée aux Représentants des deux institutions afin de renforcer notre collaboration sur le terrain. Permettez-moi de rappeler les principaux points de ces décisions :

- 1) L'élargissement de notre cercle à d'autres partenaires tels que la Banque mondiale, la Banque africaine de Développement, le FNUAP, non plus comme observateurs mais comme membres à part entière. Cela faciliterait davantage la coordination des activités de santé publique en Afrique au niveau de ses principaux partenaires et participera à l'alliance pour la santé qu'ont souhaité le Dr Nakajima et le Prof. Monekosso dans leurs adresses à cette assemblée.
- 2) L'option du renforcement des districts sanitaires comme stratégie principale par laquelle les objectifs intermédiaires retenus par la conférence internationale pour l'assistance à l'enfant africain seront atteints. Cette approche déjà soutenue par nos deux institutions sera mise en oeuvre dans l'esprit de l'Initiative de Bamako et du Scénario de Développement sanitaire en Trois Phases. Je suis heureux de constater la communauté

<sup>1</sup> Document AFR/RC43/Conf.Doc/7.

de vue de la Banque mondiale et de l'OUA sur ce sujet. L'élaboration et la mise en oeuvre des plans d'action nationaux dans le cadre des objectifs du Sommet mondial pour les Enfants devrait tenir compte de cette option qui a déjà fait ses preuves dans un certain nombre de pays représentés dans cette salle. Le soutien de l'OUA à travers les résolutions de Dakar et du Caire nous donne l'espoir que l'engagement politique des Chefs d'Etat africains se traduira bientôt par des actions concrètes en faveur du couple mère-enfant.

- 3) La confirmation que certains programmes demeurent prioritaires en ce qui concerne la collaboration OMS-UNICEF. Il s'agit du programme élargi de vaccination, de la promotion de l'allaitement maternel (Initiative Hôpitaux Amis des Bébés), de la lutte contre le paludisme et, évidemment, de la lutte contre le SIDA/VIH qui est au centre des préoccupations de tout responsable sanitaire africain. Tout ce que nous avons entendu dans cette salle nous confirme sur la validité des décisions prises à Nairobi. L'UNICEF, par ma voix, vous informe en conséquence de son accord avec les résolutions et recommandations de votre assemblée.

Permettez-moi cependant, Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les Ministres, à la lumière de nos débats, de préciser à nouveau la position de mon Organisation sur les sujets que sont le paludisme, le PEV, les femmes et le développement et la faiblesse des ressources financières.

Le paludisme constitue pour notre continent une calamité que nous devons nécessairement combattre pour toutes les raisons que vous savez. En plus de notre accord sur toutes les solutions techniques proposées, nous renouvelons à nouveau notre proposition d'organiser dans chaque Etat qui le souhaite une grande campagne d'information pour aider à faire passer les différents messages destinés à impliquer toutes les couches de la société dans la lutte contre ce fléau.

Le programme élargi de vaccination a, quant à lui, réalisé d'importants acquis que nous ne pouvons nous permettre de perdre. Nous souhaitons vivement que tous les pays atteignent rapidement et maintiennent une couverture vaccinale de plus de 90 %. L'UNICEF souhaite sans doute laisser progressivement aux Etats le soin de prendre en charge le coût des vaccins. Mais, comme l'a souligné la délégation du Nigéria et bien d'autres délégations, nous serons toujours disponibles pour soutenir les différents Etats dans l'acquisition de vaccins selon les procédures en vigueur dans notre Organisation. En tout état de cause, nous ne pouvons que saluer tout effort de collecte de fonds destinés à approvisionner les pays en vaccins. La République du Bénin a lancé un programme de pérennisation de son PEV à partir des ressources locales et africaines. Nous ne pouvons que nous en réjouir. C'est là une initiative qui doit aider les PEV nationaux à se libérer de la dépendance de l'aide extérieure. Dans tous les cas, je peux vous donner ici la garantie que l'UNICEF n'abandonnera pas de si tôt le PEV. Notre engagement est et sera de longue durée.

En ce qui concerne les médicaments essentiels, force est de constater qu'ils sont un des piliers de l'Initiative de Bamako auquel mon Organisation est, comme vous le savez tous ici, particulièrement attaché. Notre central d'achat de Copenhague est à la disposition des Etats qui désirent acquérir des médicaments essentiels sous nom générique dans le cadre des règles et procédures de l'UNICEF. Nos bureaux de terrain ont reçu des instructions pour aider les Etats, conformément aux programmes nationaux, à organiser le contrôle de la qualité, l'acquisition et la prescription des médicaments essentiels, en harmonisation avec l'OMS/AFRO. Rien n'interdit d'envisager dans le moyen terme que l'UNICEF, en collaboration avec l'OMS, apporte son soutien à la production régionale de médicaments essentiels pour les pays qui accepteraient de se regrouper.

Pour ce qui est de l'autre moitié de nous-mêmes, les femmes, il est clair, il est évident qu'il ne peut y avoir de développement sans la femme. Nous avons été donc très heureux de voir apparaître dans ce forum les discussions sur le thème "*Femmes, Santé et Développement*". La femme est non seulement la cible principale des programmes de l'UNICEF, mais elle est surtout son principal allié. Elle est le lien géométrique de tous nos efforts. Nous soutenons en conséquence toute activité qui permette à la femme de jouer pleinement son rôle en lui donnant la possibilité d'être ce qu'elle a toujours été, malgré les escamotages, le centre de la vie familiale en renforçant son pouvoir de décision pour ce qui est de sa vie et de celle de ses enfants. Elle doit pouvoir décider non seulement de sa maternité, de la gestion de son foyer, de ses loisirs, de son éducation et de celle de ses enfants, elle peut et doit également, dans les conditions du monde tel qu'il est, assurer l'émancipation de son mari, si elle veut jouer son rôle dans le développement de sa communauté et de son pays. Tout doit être fait pour son éducation, sa formation et la mise à sa disposition de tous les moyens financiers et matériels qui lui permettent de tenir sa place dans la société d'aujourd'hui. J'ose affirmer ici que les malheurs de nos pays auraient sans doute été moins grands, peut-être même aurions-nous échappé aux griffes des ajustements structurels, si la femme éduquée comme on le sait, dès l'enfance, à gérer les choses du monde, n'avait pas été à l'heure de l'irruption de l'Occident, exclue par les hommes africains de la prise de décision et de la gestion du monde contemporain.

Enfin, pour ce qui est des ressources disponibles, nous devons nous rendre crédibles auprès des Ministères des Finances et des bailleurs de fonds en démontrant que nous sommes capables d'atteindre les objectifs que nous nous sommes fixés avec les moyens dont nous disposons. Il est certainement plus facile de convaincre avec des données concrètes que par de multiples schémas théoriques. Dans cette optique, la Région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre de l'UNICEF partage entièrement le souhait de l'OMS/AFRO d'étendre la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako non seulement à tous les districts d'un même pays, mais aussi au plus grand nombre possible de pays de la Région africaine de l'OMS.

Le renforcement du système de santé de district à travers l'Initiative de Bamako constitue donc le meilleur moyen de mobiliser à court terme les ressources nécessaires pour la promotion de la santé en Afrique. A cet égard, les gouvernements africains devraient mieux s'organiser pour tirer le maximum de profit de toutes les ressources disponibles au niveau des différentes coopérations. Tous les efforts doivent donc être fournis afin de mieux coordonner l'aide internationale au profit des femmes et des enfants en Afrique. Toute coordination pour nous est d'abord l'affaire de nos gouvernements et non d'organisations extérieures au pays.

Ici, je voudrais, à titre personnel, lancer un vibrant appel en faveur du Fonds spécial pour l'Afrique dont le fondement est d'assurer la confiance en soi dans la gestion de nos programmes. Cette idée, germée à Kinshasa il y a quatre ans, a fait son chemin pour s'affirmer comme l'horizon possible des certitudes auxquelles nous devons parvenir, si nous voulons dans la dignité prendre en charge la santé de nos populations.

Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les Ministres, Monsieur le Directeur régional, Mesdames et Messieurs, à Nairobi comme ici, nous avons eu à prendre la mesure des situations d'urgence qu'un certain nombre de pays de plus en plus important subit du fait des guerres stupides comme des crises politiques et des catastrophes naturelles qui affligent l'Afrique. A cela il faut ajouter la grave crise économique qui frappe notre continent et plus particulièrement les populations les plus démunies. A quoi s'ajoutent les inutiles dépenses militaires et de sécurité, la grandiloquence farfelue des projets sans rimes ni raisons et les innombrables gaspillages pendant que les rares infrastructures se détériorent et que l'on ne consacre plus que de très maigres ressources aux secteurs sociaux. Cependant que le carcan de l'ajustement structurel continue d'enserrer de son corset de fer les couches les plus vulnérables et les plus pauvres, sans résultats vraiment tangibles et ce, aux dires

des initiateurs des différents P.A.S. Le dernier rapport de la Banque mondiale est explicite qui s'interroge sur les causes et sur ce qu'il y a lieu de faire. A cet effet, l'UNICEF s'est engagé dans un processus de plaidoyer avec les pays prêteurs et les différents bailleurs pour un allègement de la dette afin de réorienter les capitaux épargnés vers les programmes sociaux, en particulier la santé et l'éducation.

Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les Ministres, Monsieur le Directeur régional, Mesdames et Messieurs, il suit de tout ce qui précède que nul ne peut contester la situation catastrophique que vit notre continent. Il n'en demeure pas moins qu'il y a de nombreuses raisons de croire en l'avenir de l'Afrique comme l'a déclaré notre collègue de l'OUA. Au reste, nous n'avons pas d'autres choix. Nous ne pouvons rester les bras croisés à attendre que d'autres viennent nous sortir du gouffre, même si les responsabilités sont évidemment et également partagées. Le succès de la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako dans certains pays aux économies délabrées est pour nous le témoignage le plus éclatant que les populations qui constituent la principale richesse de l'Afrique veulent et peuvent améliorer leur situation et sont prêtes aux sacrifices conséquents, pourvu que les responsables nationaux et locaux leur restituent les droits qui leur permettront d'assumer leurs responsabilités. Les merveilleuses femmes du Sahel qui, comme les faits le montrent, font pousser la tomate sur des cailloux, nous rappellent que l'espoir pour demain est, pour chacun de nous, le devoir d'aujourd'hui. De nombreuses expériences de développement communautaires à travers le continent, comme cela a été mis en évidence l'année dernière à la CISCA à Brazzaville, ne demandent à présent qu'à être connues et généralisées. Il faut que nos bureaucraties cessent de paralyser, voir d'étouffer les initiatives locales. Il nous faut créer et soutenir un cadre général qui leur permette de s'épanouir. Le soutien de l'UNICEF à des stratégies telles que l'Initiative de Bamako n'est pas seulement théorique, mais relève de cette vision. La stratégie de l'Initiative de Bamako permet en effet de responsabiliser les communautés et surtout les foyers dans la prise en charge des problèmes de santé et, ainsi, de rendre possible un développement géré par les populations elles-mêmes.

Monsieur le Président de la République du Botswana nous a rappelé à la cérémonie d'ouverture l'importance et la place des ménages dans la lutte pour un meilleur état de santé. Nous ne devons pas oublier son message.

Nous travaillons la main dans la main avec l'OMS parce que nous avons le devoir d'obtenir l'adhésion de tous les partenaires au développement sanitaire de l'Afrique pour la protection des groupes vulnérables que constituent les femmes et les enfants. Les différents messages livrés dans cette salle et l'expérience sur le terrain prouvent qu'il s'agit moins de moyens que de volonté politique de tous les africains unis pour une approche concertée et efficace qui assure et fonde un développement durable.

Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs, Honorables invités, nous ne cessons de rabâcher en ce qui concerne les ressources, que l'Afrique est marginalisée, oubliée, etc. Il est temps que nous cessions de gémir. A la vérité, il faut pouvoir le dire enfin haut et fort qu'il n'y a eu rien de mieux qui soit arrivé à l'Afrique depuis que les capitaux ont pris la direction des Etats éclatés de l'Empire effondré de l'Union soviétique. Rien de mieux à condition que tous ensemble nous prenions conscience que cette fuite de capitaux devrait obliger les Africains à utiliser leur intelligence et leur génie créateur pour trouver les vraies solutions africaines à leurs problèmes. C'est le sens profond de ce fameux Fonds spécial pour l'Afrique.

Monsieur le Président du Comité régional, Mesdames et Messieurs les Ministres, Monsieur le Directeur régional, le temps est venu d'en finir avec cette paresse frontale et ce mépris de nous-mêmes qui poussent souvent les meilleurs d'entre nous à ne compter que sur la magie des autres, à

ne croire qu'aux illusions venues d'ailleurs. Les moyens existent dans nos peuples et dans nos têtes. Il suffit de nous organiser, d'arracher nos cadres à leur solitude et à leur léthargie, de sortir nos administrations de leurs mauvaises habitudes, d'assurer une meilleure répartition des budgets nationaux, de rechercher avec passion la voie de l'intégration de l'Afrique. Les messages des différents P.A.N. élaborés par la plupart des Etats africains prouvent à l'évidence que tout cela est possible car les forces de régénération sont en nous.

Je pense envers et contre tout et tous que la solution est à nos portes si elle est réellement voulue par nous, créée par la décision de s'en sortir, une décision qui voit dans la solidarité nationale, non pas une manne tombée du ciel, mais un signe de solidarité incompressible entre des hommes liés par la même nécessité, résolus à bâtir dans un intérêt dicté par la raison un monde à venir avec des hommes, en l'occurrence des Africains, qui n'ont pas perdu leur dignité. Les inquiétudes ainsi que les convictions exprimées au cours de ces huit journées de labeur montrent, Monsieur le Président, que tout est encore solide en nous et qu'il est possible d'aboutir à l'inévitable victoire du bon sens sur le non sens.

Je vous remercie.

## RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME <sup>1</sup>

### OUVERTURE DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME

1. La réunion a été ouverte par le Dr G. K. Bolla de la Zambie, Président du Sous-Comité du Programme. Il a invité le Directeur régional, le Dr G. L. Monekosso, à s'adresser au Comité. Dans ses remarques introductives, le Directeur régional a souligné le rôle que doit jouer le Sous-Comité en étudiant avec soin tous les documents techniques qui seront examinés par le Comité régional. L'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif ont spécialement demandé au Comité régional de l'Afrique de donner son point de vue et d'apporter sa contribution sur deux questions, à savoir "L'adaptation de l'OMS aux changements mondiaux" (document AFR/RC43/14) et le "Neuvième Programme général de Travail". Ces deux questions sont liées et seront importantes pour guider l'Organisation jusqu'à l'an 2000 et tout au long du vingt et unième siècle.

2. Le Président de la session, le Vice-Président et le Rapporteur, qui avaient été élus pendant la précédente session du Sous-Comité du Programme en 1992, ont été confirmés dans leurs fonctions et se sont installés à leurs places. Le Président a remercié le Directeur régional d'avoir donné des orientations et des clarifications permettant au Comité de remplir ses futures tâches. Il a demandé à chaque membre du Comité de faire preuve de diligence et de coopération pendant les quatre prochaines journées de travail.

3. Le programme de travail a été amendé pour lier la question sur les changements mondiaux au Neuvième Programme général de Travail. Le programme de travail provisoire a été adopté avec les amendements proposés.

### PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION (document AFR/RC43/19)

4. Le document a été présenté par le Dr D. Barakamfitye (Secrétariat) qui a présenté les progrès réalisés dans la mise en oeuvre des initiatives visant à éradiquer la poliomyélite, à éliminer le tétanos néonatal et à lutter contre la rougeole. La situation actuelle des interventions prioritaires y compris les contraintes ont été résumées ainsi : couverture vaccinale, qualité des prestations de soins, chaîne du froid, approvisionnement en vaccins, surveillance de la maladie, vaccination contre la fièvre jaune et financement du PEV. L'orateur a prié le Sous-Comité du Programme d'examiner les recommandations proposées pour vaincre les principales contraintes y compris la résolution proposée. Au cours des discussions, les membres du Sous-Comité du Programme ont noté avec satisfaction la confirmation de l'absence de cas de poliomyélite aiguë dans 13 pays de la Région ainsi que l'absence de cas de tétanos néonatal ou une incidence inférieure à 1/1000 naissances vivantes dans 15 pays. Ceci indique que l'Afrique a créé dans sa partie australe, la première zone potentiellement libérée de la transmission du poliovirus. Le Sous-Comité considère ce résultat comme une réalisation majeure. Parmi les facteurs qui ont contribué à ces résultats, on peut citer :

- l'amélioration de la gestion du PEV, y compris la décentralisation et l'intégration du programme au niveau du district;
- l'augmentation de l'accès aux services de vaccination, notamment par le renforcement des formations sanitaires et des activités en cours;
- l'intensification de l'information et de la mobilisation des populations;

<sup>1</sup> Document AFR/RC43/7.



- la mise en oeuvre des stratégies pour réduire les taux d'abandon (vaccination systématique et à chaque contact; recherche active d'enfants à vacciner, etc.);
- l'extension et l'entretien de la chaîne du froid, ainsi que l'amélioration de l'approvisionnement en vaccins des formations sanitaires.

5. En dépit des progrès significatifs accomplis par certains pays, le Sous-Comité a reconnu que la lutte contre la rougeole demeure un point faible. Cette faiblesse se caractérise par une faible couverture vaccinale, des épidémies sporadiques, surtout en milieu urbain, la survenue de nombreux cas chez les sujets en dehors des groupes d'âge recommandés pour la vaccination et des taux de létalité qui restent très élevés.

6. Le Sous-Comité a regretté la baisse de la couverture vaccinale dans les Etats Membres depuis l'année dernière. Cette chute menace les perspectives du PEV d'atteindre les objectifs d'élimination du tétanos néonatal en 1995 et d'éradication de la poliomyélite en l'an 2000. La réduction des ressources pour mener les activités sur le terrain, les difficultés logistiques, notamment les transports, les faiblesses de gestion observées à différents niveaux ont été citées comme raisons de cette baisse de la couverture vaccinale. Les conflits socio-politiques que connaissent beaucoup de pays constituent une autre raison majeure de la baisse de la couverture vaccinale. Le Sous-Comité du Programme lance un appel aux pays concernés par ces difficultés, pour que les activités de survie des enfants en particulier par la vaccination, cessent d'être l'otage des conflits politiques.

7. Le financement du programme, en particulier l'approvisionnement en vaccins et l'affectation des ressources financières, sont des éléments majeurs pour la pérennité des résultats du PEV. Dans ce contexte et conformément à la résolution AFR/RC42/R4, quelques pays ont alloué des fonds pour acheter tous les vaccins du PEV tandis que d'autres se sont engagés à assurer progressivement la relève des donateurs. D'autres encore ont imaginé et mis en oeuvre différentes formes de financement du programme tel que l'assurance-maladie au niveau communautaire, l'Initiative de Bamako et la création de fonds spéciaux pour le PEV. En dépit de la crise économique qui secoue les Etats Membres et la diminution du soutien extérieur, le Sous-Comité du Programme estime que les gouvernements devraient consentir les efforts nécessaires pour continuer d'assurer la gratuité des services visant la protection de l'enfant. La non-gratuité des interventions de santé publique, telles que la vaccination des enfants, a des effets contraires à l'effet recherché. Mais en même temps, les Etats Membres, l'OMS et les autres partenaires sont priés de trouver les meilleures solutions pour faire baisser le coût des vaccins (une rubrique importante des dépenses relatives au PEV) et en faciliter l'approvisionnement. Le Sous-Comité a prié instamment le Bureau régional d'examiner les meilleurs mécanismes d'approvisionnement en vaccins tel que l'achat groupé ou la création des dépôts régionaux.

#### **PROGRAMME REGIONAL POUR L'ERADICATION DE LA DRACUNCULOSE** (document AFR/RC43/20)

8. Le document a été résumé et présenté par le Dr D. Barakamfitye du Secrétariat. Il a fait l'historique de la présentation de ce sujet au Comité régional actuel, a souligné les points saillants du document et les actions requises à entreprendre par le Comité régional. Il a souligné qu'il reste moins de deux saisons de transmission avant la date cible pour l'éradication fixée à 1995; par conséquent, les Etats Membres concernés doivent intensifier la campagne d'éradication.

9. Pendant la discussion, on a souligné l'importance d'une recherche active des cas de dracunculose, village par village, élément essentiel d'une campagne nécessaire d'éradication. L'accroissement initial des cas notifiés reflète la détection des cas de maladies qui n'avaient pas été

notifiés auparavant, dans les communautés rurales et isolées. Les éléments de la stratégie régionale ont été qualifiés de pertinents et d'efficaces. La nécessité pour tous les pays endémiques de faire l'effort nécessaire pour mettre en oeuvre les cinq interventions a été soulignée.

10. L'accroissement des mouvements de population résultant des conflits civils dans la Région a été reconnue comme un facteur contribuant à l'accroissement des cas de dracunculose dans quelques pays, par exemple en République centrafricaine où aucun cas n'avait été notifié depuis quelques années. Par conséquent, il a été recommandé de redoubler de vigilance aux frontières nationales grâce à la surveillance à assise communautaire.

11. On a fait remarquer que la fourniture de sources d'eau saine de boisson constituait un important aspect de la campagne. L'approvisionnement en eau saine de boisson, outre qu'elle contribue objectivement à l'éradication de la dracunculose, contribue aussi à l'amélioration globale de l'état de santé de toutes les communautés touchées et à l'amélioration de la productivité économique de celles-ci. Par conséquent, le Sous-Comité du Programme a recommandé la résolution qui prie instamment tous les pays endémiques de renforcer les activités de surveillance dans les villages dans le cadre des soins de santé primaires, d'intensifier l'éducation pour la santé, la distribution de matériels de filtrage de l'eau et d'assurer une eau saine de boisson aux communautés endémiques.

#### **ASSAINISSEMENT DE L'ENVIRONNEMENT : ANALYSE DE LA TENDANCE DANS LA REGION AFRICAINE (document AFR/RC43/8)**

12. Les divers commentaires des membres du Sous-Comité ont concerné la nécessité de faire preuve d'un ferme engagement politique, de définir des politiques et de stratégies claires, d'adopter une législation et de bénéficier du soutien financier de la part des gouvernements nationaux et des bailleurs de fonds. Il a été noté que quelques pays avaient un ferme engagement politique pour améliorer la salubrité de l'environnement, mais qu'ils ne disposaient pas des moyens pour mettre en oeuvre des activités spécifiques puisque les bailleurs de fonds ne sont pas intéressés à fournir des fonds pour le programme. D'un autre côté, il n'y avait aucune institution à laquelle incombait la responsabilité globale de l'assainissement.

13. Des préoccupations ont aussi été exprimées concernant le rôle limité que les ministères de la santé jouent dans les questions liées à l'assainissement de l'environnement, du fait de la participation des autres ministères liés au secteur, des municipalités et des administrations locales. On a souligné la nécessité de revoir les lois existantes en matière de santé publique afin que les Ministres de la Santé puissent jouer un rôle plus important dans la définition des normes d'assainissement pour l'habitat dans les zones rurales et urbaines et dans les questions environnementales liées à la santé et au développement.

14. Il s'est dégagé un consensus général sur la nécessité de mettre en place de puissants mécanismes de coordination à tous les niveaux de la structure administrative (central, régional et local) et de lutter contre les risques pour la santé et l'environnement associés à la pollution intra-domiciliaire, suite à l'utilisation de fuel à base de biomasse pour faire la cuisine, surtout dans les zones rurales, et des mauvaises pratiques consistant à brûler les ordures à l'air libre et à incendier les forêts pour défricher les terres destinées à l'agriculture.

15. Il a été proposé que le Comité régional sollicite le soutien politique des ministères de la santé au plus haut niveau pour leur permettre de jouer un rôle efficace et d'élaborer une approche intersectorielle pour les questions environnementales affectant la santé et le développement.

16. Le concept "villes en santé" et celui du jumelage des villes ont été soulignés en vue d'élaborer des projets "villes en santé" grâce aux efforts conjoints des conseils municipaux et des administrations locales voisines afin de partager les ressources et les technologies. On a souligné que le développement de l'eau et de l'assainissement nécessitait des investissements très lourds et que par conséquent les Etats Membres devraient conjuguer leurs efforts avec ceux de l'OMS pour opérationnaliser la nouvelle initiative - l'Afrique en l'an 2000 - en sensibilisant les bailleurs de fonds afin qu'ils répondent favorablement à l'impérieuse nécessité de mobiliser davantage de fonds pour accélérer la couverture des services d'eau et d'assainissement dans la Région africaine.

#### **MALADIES CARDIO-VASCULAIRES EN AFRIQUE : EXAMEN DE LA SITUATION (document AFR/RC43/10)**

17. Le document AFR/RC43/10 intitulé "Maladies cardio-vasculaires en Afrique" a été présenté au nom du Directeur régional par le Dr M. Boal (secrétariat).

18. L'attention du Sous-Comité du Programme a été attirée sur la fréquence accrue des maladies cardio-vasculaires dans les pays de la Région, accroissement lié aux nouveaux styles de vie et comportements en Afrique sub-saharienne d'une part, et à l'accroissement constant de l'espérance de vie des Africains, d'autre part.

19. On a aussi indiqué que bien que ce sujet soit présenté pour la première fois au Comité régional, un nombre significatif d'activités relatives aux maladies cardio-vasculaires avait été entrepris dans la Région entre 1982 et 1992 avec le soutien technique et financier de l'Organisation mondiale de la Santé.

20. L'analyse des tendances des maladies cardio-vasculaires en Afrique a révélé que les plus fréquentes dans la Région étaient l'hypertension artérielle, la fièvre rhumatismale et ses complications cardio-vasculaires, ainsi que la cardiomyopathie, dont les origines ne sont pas encore clairement définies. Les informations reçues de 13 pays - Bénin, Cameroun, Comores, Ghana, Botswana, Lesotho, Mali, Maurice, Nigéria, Sao Tomé et Príncipe, Seychelles, Togo et Zimbabwe, en réponse à une demande du Bureau régional pour l'Afrique, révèlent que les maladies cardio-vasculaires figurent au nombre des 10 premières causes de morbidité et de mortalité enregistrées dans les hôpitaux de ces pays.

21. La discussion du document a porté essentiellement sur la situation épidémiologique dans laquelle se trouve la Région, situation caractérisée par l'accroissement et la propagation rapides des maladies liées aux nouveaux styles de vie et comportements, alors que le fardeau énorme occasionné par les infections des maladies parasitaires et autres dues à la malnutrition protéino-énergétique doit toujours être éliminé.

22. En se félicitant de la qualité et de l'opportunité du rapport du Directeur régional sur les maladies cardio-vasculaires, le Sous-Comité du Programme a convenu de la nécessité de prendre des mesures de lutte contre les maladies cardio-vasculaires et les maladies non transmissibles pouvant être maîtrisées par des mesures appropriées de prévention. Pour ce faire, il a été précisé que la majorité des pays africains n'ont pas suffisamment de moyens pour mener des actions médicales et chirurgicales de qualité nécessaires dans le domaine des maladies cardio-vasculaires. Cette observation a mis en lumière la nécessité de formuler des politiques et stratégies adéquates, même si la majorité des partenaires extérieurs du développement sanitaire des pays d'Afrique ne considèrent pas ce domaine comme prioritaire dans les programmes bilatéraux de coopération.

**ELARGIR LE ROLE DU PERSONNEL DE SOINS INFIRMIERS/OBSTETRICAUX DANS LA SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE DES MALADIES** (document AFR/RC43/11)

23. Le rapport a été présenté par le Dr B. Khan (Secrétariat) en réponse à la résolution AFR/RC38/R15 adoptée en 1988. Dans le document, on a souligné les actions particulières qui pourraient être entreprises par les Etats Membres et on a proposé un cadre pour élargir le rôle des infirmiers/sages-femmes dans la surveillance épidémiologique dans la Région. Cette stratégie pourrait permettre de renforcer la mise en oeuvre des soins de santé primaires à tous les niveaux.

24. Pendant la discussion, on a envisagé d'insister sur la participation entière des infirmiers/sage-femmes à la surveillance épidémiologique des maladies. Ils renforceront le système de collecte, d'analyse et d'utilisation des données pour des buts gestionnaires à tous les niveaux du système des soins de santé - car l'existence d'une masse critique de personnels de soins de santé qualifiés est essentielle.

25. L'approche "équipe de santé" pour la prestation des soins de santé et pour la prévention de l'apparition et de la propagation des maladies est essentielle dans les pays de la Région.

26. La nécessité pour les infirmiers et les sages-femmes qualifiés de continuer à jouer leur rôle de défenseurs des soins infirmiers, en poussant les communautés et les familles à prendre la responsabilité de leur propre santé est capitale.

27. Les personnels de soins infirmiers et obstétricaux devraient bénéficier d'une formation spécifique afin de faire des évaluations rapides et d'entreprendre des actions dans le cadre des rôles et des responsabilités qui leur sont confiés. Ceci est une urgente nécessité.

28. Conscient du rôle très important des infirmiers et des sages-femmes dans le système de soins de santé en Afrique et compte tenu des différents types de programmes de formation en épidémiologie et en gestion qu'on peut leur offrir, le Sous-Comité a recommandé aux Etats Membres de :

- 1) envisager de s'engager à élaborer des politiques nationales pour le développement et la formation des ressources humaines et de confier à un groupe qualifié la responsabilité de gérer et de traiter en conséquence afin de prévenir des flambées épidémiques;
- 2) allouer des fonds nationaux pour la révision continue des programmes d'enseignement;
- 3) élaborer un système pour évaluer continuellement les rôles et les responsabilités des infirmiers et des sages-femmes participant à la surveillance épidémiologique des maladies;
- 4) prendre connaissance des programmes de formation élaborés dans les autres pays de la Région et adopter les stratégies conformément aux besoins identifiés des pays; il conviendrait que la formation soit continue;
- 5) élaborer des matériels appropriés de formation dans un langage accessible à tous les pays de la Région (francophones, anglophones et de langue portugaise).

29. Le Sous-Comité a prié le Directeur régional de continuer à aider activement tous les pays à atteindre ces objectifs, à surveiller et à évaluer l'élargissement du rôle du personnel de soins infirmiers/obstétricaux dans la surveillance épidémiologique des maladies dans la Région africaine. Le Sous-Comité a recommandé au Comité régional d'adopter le rapport.

**SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE DES MALADIES TRANSMISSIBLES**

(document AFR/RC43/18)

30. Le Sous-Comité du Programme a examiné le document AFR/RC43/18 présenté par le Dr D. Barakamfitye (Secrétariat) relatif à la surveillance épidémiologique des maladies transmissibles au niveau du district. On a mis en exergue les points saillants du document en soulignant la nécessité de renforcer la surveillance épidémiologique au niveau du district, ce qui constitue un puissant instrument gestionnaire pour la prévision et la lutte contre les épidémies potentielles. Les orientations permettant de renforcer la surveillance épidémiologique ont été résumées en soulignant la nécessité d'organiser la collecte des données et de les utiliser au niveau périphérique, de même que la nécessité de soutenir par des actions les niveaux intermédiaire et central. Au cours de la discussion, le Sous-Comité a apprécié le plan proposé dans le document pour le renforcement de la surveillance épidémiologique, puisqu'il est en harmonie avec les expériences sur le terrain dans quelques pays. Conformément au Cadre africain de Développement sanitaire, le district demeure la pierre angulaire du système de surveillance, et c'est à ce niveau que son développement est crucial.

31. Le Sous-Comité a insisté sur la nécessité de poursuivre la formation au niveau du district afin de disposer d'un personnel de santé suffisant au niveau périphérique qui serait à la fois formé et motivé pour améliorer la surveillance épidémiologique des maladies transmissibles. Le Sous-Comité a recommandé que le Bureau régional puisse rapidement mettre à la disposition des pays le matériel de formation déjà élaboré et testé et que soit établi un cours de formation en épidémiologie pour les cadres supérieurs des pays de langue officielle portugaise, à l'instar de ceux de Nairobi et de Bamako.

32. Le Sous-Comité a été également relevé le rôle crucial des communautés dans les activités de surveillance épidémiologique et a proposé que les Etats Membres prennent des dispositions pour que les données de surveillance disponibles au niveau des unités sanitaires soient analysées, interprétées et portées à la connaissance des décideurs et du public. Le public devrait par ailleurs prendre une part active dans la détection et la notification des cas des maladies sous surveillance, en particulier les épidémies - et prendre les mesures nécessaires, dans les divers milieux où il se trouve. Le Sous-Comité a vivement recommandé que le document soit amendé, en particulier l'Annexe 1, afin d'y inclure le rôle de la communauté dans la collecte des informations. Ces projets de recommandations et de résolutions ont été approuvés par le Comité.

**PROGRAMME REGIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME :  
RAPPORT D'ACTIVITES (document AFR/RC43/13)**

33. Le document a été présenté par le Dr D. Barakamfitye (Secrétariat) qui a brièvement présenté les raisons de l'inclusion de ce point à l'ordre du jour du RC43. On peut citer à cet égard le fait que le paludisme demeure un très grave problème de santé publique qui occasionne des niveaux inacceptables de morbidité et de mortalité. Compte tenu de la nécessité de prendre d'urgence une action pour lutter contre le paludisme dans la Région, le RC42 avait prié le Directeur régional de faire rapport sur les progrès réalisés au présent Comité régional.

34. On a présenté dans les grandes lignes l'analyse de la situation, les stratégies et les activités mises en oeuvre, de même que les perspectives pour les années 1994 à 1997. On a expliqué que les six annexes constituaient des orientations sur les objectifs et les indicateurs relatifs à la planification et à la gestion des programmes de lutte contre le paludisme et devraient servir de référence pour les programmes de chaque pays.

35. Après un débat d'ordre général destiné à fournir les éclaircissements nécessaires aux membres du Comité, le document a été examiné en profondeur. Les points suivants ont été soulevés :

- a) Une question a été posée sur l'importance relative de la lutte antivectorielle dans la stratégie actuelle de lutte contre le paludisme. Le Secrétariat a expliqué que l'importance à accorder à la lutte antivectorielle ou à toute autre forme de lutte contre le paludisme dépend de la situation épidémiologique rencontrée sur le terrain. Dans les situations où la transmission du paludisme est saisonnière et instable, et où les épidémies sont fréquentes, la lutte antivectorielle est à n'en pas douter une méthode efficace de lutte à laquelle on devrait accorder une grande priorité. Etant donné que plusieurs types de situations éco-épidémiologiques peuvent exister dans un même pays, il est parfois nécessaire d'adopter plus d'une méthode de lutte antipaludique dans le même pays. Enfin, on a souligné que la stratégie régionale actuelle semble appropriée en raison du caractère versatile de "Anophèles gambiae" dont les possibilités d'adaptation aux diverses régions écologiques d'Afrique semblent virtuellement illimitées. On a souligné que la stratégie régionale de lutte contre le paludisme est basée sur les populations tandis que la précédente était basée sur les vecteurs. Le succès de la lutte contre le paludisme passe par l'utilisation des méthodes les plus appropriées dans toute situation éco-épidémiologique donnée.
- b) On a souligné qu'il faut redoubler d'efforts pour éduquer le public sur le paludisme, sur ce qu'il est et sur ce que les individus, les familles et les communautés peuvent faire. On a convenu après un certain débat qu'il faut intensifier l'éducation pour la santé pour convaincre la population que le paludisme est au moins aussi dommageable aux efforts nationaux de développement sanitaire national que le SIDA.
- c) On a posé la question de savoir ce que le Bureau régional de l'OMS demande réellement aux pays membres de faire avec le soutien de la communauté internationale des donateurs. On a alors expliqué que, malgré la nouvelle orientation de la stratégie de lutte contre le paludisme, qui a cessé d'être une stratégie d'éradication depuis la fin des années 70, pour devenir une stratégie de lutte, beaucoup de pays n'ont pas pris des mesures pratiques de lutte ne les ont pas menées, au besoin avec des concours extérieurs pour réduire la morbidité et la mortalité. On a expliqué que, ce que l'OMS demande, c'est que chaque pays endémique crée un programme multisectoriel de lutte contre le paludisme avec un noyau central d'experts pour soutenir, former et superviser les agents de santé, en particulier au niveau du district, impliqué dans la lutte contre le paludisme dans les services généraux de santé.

36. Après discussions, le Sous-Comité du Programme a recommandé l'adoption de la résolution jointe au document.

#### **RAPPORT D'ACTIVITES SUR LA LUTTE CONTRE LE SIDA DANS LA REGION AFRICAINE (document AFR/RC43/9)**

37. Le document AFR/RC43/9 a été présenté par le Dr P.O. Fasan, Directeur du Programme de GPA/AFRO, au nom du Directeur régional. Dans son rapport, le Directeur régional décrit la situation de l'épidémie du VIH/SIDA dans la Région et les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de la résolution AFR/RC42/R5. Le rapport indique que la pandémie a continué à se propager aux zones et groupes jusque-là épargnés dans beaucoup d'Etats Membres et en particulier dans les zones rurales. Tous les Etats Membres de la Région ont maintenant notifié des cas de SIDA.

38. Après avoir énuméré les interventions couramment mises en oeuvre, le rapport indique que des progrès ont été accomplis dans quelques domaines, notamment la prise de conscience beaucoup plus grande de l'épidémie dans le grand public. Cependant, les programmes d'intervention n'ont pas

entraîné des changements comportementaux significatifs. En outre, la Région africaine reste une des régions où la sécurité du sang et des produits sanguins ne peut être garantie dans chaque cas.

39. Plusieurs contraintes importantes compromettant ou risquant de compromettre les progrès réalisés dans la mise en oeuvre des programmes ont été soulignées, par exemple :

- i) Beaucoup de gouvernements n'ont pas encore mis en place des organisations (comités nationaux de lutte contre le SIDA/Commissions nationales de lutte contre le SIDA) pour donner des conseils sur les politiques de lutte contre le SIDA. Plusieurs gouvernements n'ont pas élaboré des politiques nationales sur le dépistage du VIH et le soutien psychologique aux séro-positifs, la discussion contre les personnes infectées par le VIH ou malades du SIDA (sidéens), la transfusion sanguine et les soins aux malades du SIDA.
- ii) La gestion de beaucoup de programmes nationaux laisse toujours beaucoup à désirer suite aux fréquents changements des directeurs des PNLS.
- iii) La baisse très nette depuis quelques années de l'assistance financière extérieure en faveur des pays de la Région africaine, par l'entremise de l'OMS, pour assurer un soutien aux programmes de lutte contre le SIDA. La capacité du Bureau régional de l'OMS, destinée à fournir un soutien et une assistance technique aux Etats Membres, risque d'être gravement réduite. Pour compter du 1er janvier 1994, les 86 postes de OMS/GPA dans les pays de la Région passeront à 40. Beaucoup de pays perdront leurs experts internationaux en épidémiologie et en éducation pour la santé. On a fait remarquer avec beaucoup de préoccupation que, alors que la Région africaine perdra 46 postes, l'effectif du personnel de GPA/OMS ne sera pas réduit. Le rapport a recommandé que la question soit portée à l'attention du Comité régional.
- iv) Les programmes sur le SIDA n'ont pas été entièrement intégrés ou n'ont pas été suffisamment centralisés dans un très grand nombre de pays, bien que nous soyons persuadés que c'est un moyen efficace d'assurer leur durabilité. La décentralisation des programmes vers les districts et les communautés, permettrait d'avoir un meilleur impact dans des domaines tels que les changements comportementaux, grâce à l'éducation pour la santé, au soutien psychologique et aux soins des individus touchés par le SIDA et de leurs familles.

40. Le rapport recommande que les Etats Membres recherchent des moyens supplémentaires de mobilisation de ressources pour la lutte contre le SIDA, par exemple en faisant participer le secteur privé et lucratif et les communautés.

41. Le Directeur régional a renforcé l'assistance technique fournie aux programmes nationaux de lutte contre le SIDA (PNLS). Beaucoup de pays ont formulé la deuxième génération des plans à moyen terme qui insistent sur la participation multisectorielle.

42. Le rapport attire l'attention sur l'engagement national qui trouve son fondement dans les déclarations des Chefs d'Etat de l'OUA à Abuja et à Dakar et exhorte les Etats Membres à traduire ces déclarations dans les faits.

43. Le guide pour les programmes nationaux de lutte contre le SIDA produit par le Bureau régional à l'intention des agences gouvernementales et des ONG pour la planification, la mise en oeuvre et l'évaluation des activités de lutte contre le SIDA a été présenté. Le document insiste à

nouveau sur les stratégies régionales et donne des orientations sur la gestion des programmes nationaux de lutte contre le SIDA en utilisant le cadre sanitaire africain, les systèmes sanitaires nationaux et les organisations communautaires.

44. Dans le débat qui a suivi, le Sous-Comité du Programme a approuvé l'accent mis sur la participation active des communautés et des familles, mais a recommandé qu'un soutien approprié leur soit apporté dans leurs activités de soins et de soutien psychologique. Il a demandé au Bureau régional d'élaborer à l'intention des communautés et des groupes de femmes, un ensemble de directives sur les soins à dispenser aux personnes affectées et à leurs familles. Il a également demandé au Directeur régional de mobiliser des ressources pour la mise en oeuvre de la stratégie de lutte contre le SIDA chez les femmes, et que le rapport du Directeur régional soit amendé pour souligner le rôle des hommes dans la lutte contre le SIDA.

45. Le Sous-Comité du Programme a exprimé sa préoccupation au sujet de la persistance des cas de VIH liés à la transfusion sanguine et a exprimé l'avis que tout doit être mis en oeuvre pour prévenir à tout prix la transmission du VIH par cette voie. Les Etats Membres doivent élaborer des politiques nationales sur la transfusion sanguine sur la base des orientations de l'OMS/GPA sur l'utilisation judicieuse du sang, en limitant les transfusions aux cas où cela est absolument nécessaire; sur le choix des donneurs, la recherche du VIH dans le sang avant la transfusion, et d'autres mesures de sécurité sanguine.

46. Le Sous-Comité du Programme a appuyé le souhait du Directeur régional demandant que les résolutions et les déclarations des Chefs d'Etat de l'OUA soient traduites dans les faits. Il faut que l'engagement politique exprimé se manifeste par des allocations financières et matérielles appropriées. Et il faut que chaque Etat Membre prévoit des dotations budgétaires par les activités de lutte contre le VIH/SIDA.

47. Le Sous-Comité a aussi fermement appuyé la proposition d'associer les ONG à la lutte contre le SIDA, compte tenu de leur assez bonne implantation dans les communautés reculées.

48. Le Sous-Comité a exprimé sa vive préoccupation au sujet de la réduction de l'assistance apportée au programme de lutte contre le SIDA par les bailleurs de fonds, en particulier l'assistance apportée aux programmes nationaux par l'entremise de l'OMS. Il faut que la capacité de la Région africaine à apporter un appui technique aux Etats Membres *soit renforcée* avec la collaboration et le concours actifs de la communauté internationale et des organismes donateurs.

49. Le Sous-Comité a entériné à nouveau les stratégies régionales, mais a prié les Etats Membres de recenser les activités prioritaires susceptibles de produire le plus grand impact. Il faut en particulier que tout soit mis en oeuvre pour protéger les enfants de 6 à 14 ans, encore très largement épargnés par l'infection. La formation et la protection du personnel de santé doivent également être considérées comme une activité d'intervention prioritaire.

50. Le Sous-Comité du Programme a instamment prié les Etats Membres d'utiliser le cadre sanitaire africain pour la mise en oeuvre de leurs stratégies, afin d'assurer la participation des organisations et institutions nationales à tous les niveaux. Cela permettra également de mobiliser les individus et le secteur privé, pour qu'ils apportent leurs contributions.

51. Constatant que 50 à 60 % des lits d'hôpitaux sont actuellement occupés par les malades du SIDA dans de nombreux pays, le Sous-Comité a exprimé l'avis qu'il n'y a plus de raison de traiter le SIDA comme un programme spécial ou distinct. Le SIDA constitue désormais la principale activité de l'hôpital et doit donc être pleinement intégré et on doit mettre à contribution tous les secteurs du



Ministère de la Santé. L'impact socio-économique du VIH/SIDA appelle également la mise en oeuvre d'une approche multisectorielle pour les programmes nationaux de lutte contre le SIDA.

### **LES FEMMES, LA SANTE ET LE DEVELOPPEMENT (document AFR/RC3/16)**

52. Le document a été présenté par le Dr M. Boal, Directeur du Programme, qui a rappelé l'importance accordée à ce programme par le Sous-Comité du Programme pendant la discussion du Budget Programme pour l'exercice 1994-1995 en septembre 1992. Il a souligné qu'il était opportun que le programme sur les femmes, la santé et le développement soit examiné par le Sous-Comité, compte tenu de la Conférence mondiale des Nations Unies qui aura lieu à Beijing, en Chine, en 1995 pour examiner et évaluer les progrès réalisés vers la promotion des femmes.

53. Il a souligné les détails suivants contenus dans le document : quelques-uns des résultats positifs de la Décennie des Nations Unies pour la femme (1976-1985), à savoir l'inscription des besoins et des préoccupations des femmes à l'ordre du jour des gouvernements, des agences et des organisations non gouvernementales; des changements dans la législation et dans les politiques de développement; la mise en place de mécanismes à divers niveaux en faveur des femmes et du développement; l'identification des problèmes en se fondant sur l'amélioration de l'information; les stratégies prospectives de Nairobi de 1985 pour le progrès des femmes et les dispositions prises par l'OMS pour favoriser l'intégration des femmes dans le processus de développement grâce à des activités liées aux projets, de façon à permettre aux femmes des villages de mieux participer aux soins de santé en prenant part au développement socio-économique.

54. L'évaluation des activités menées dans 26 villages de 17 pays en 1984 a mis en lumière la nécessité d'élargir le programme aux autres pays. Les plans régionaux pour les années 1990 sont fondés sur l'expérience tirée de ces projets.

55. On a reconnu au cours des débats que la Décennie des Nations Unies pour la Femme était bien terminée mais les femmes d'Afrique ne sont toujours pas réellement et pleinement intégrées dans le processus de développement du continent. En ce qui concerne l'analyse de la situation, celle-ci nous révèle clairement que les femmes n'ont toujours pas accès aux technologies appropriées même pour la production alimentaire. Il est temps que les hommes commencent à se sentir concernés par les problèmes des femmes, car ces problèmes intéressent les hommes aussi bien que les femmes.

56. Le Sous-Comité a demandé des précisions concernant les aspects suivants du programme : a) les indicateurs pour évaluer les activités du programme; b) l'allocation budgétaire, c) le niveau de dotation en personnel du programme; d) les compétences au niveau régional; e) les pays ayant bénéficié des ressources régionales.

57. Les problèmes considérés comme des obstacles indirects au développement des femmes ont été recensés. Parmi ceux-ci, citons l'absence de ressources, les entraves culturelles et traditionnelles qu'on doit surmonter. Les politiques et les législations en faveur des femmes sont inexistantes ou inadéquates et doivent par conséquent être mises en question pour surmonter ces obstacles. Des femmes juristes qualifiées doivent prendre la tête du combat pour modifier la législation avec le soutien nécessaire des hommes.

58. Le Sous-Comité a souligné que l'éducation est la clef au développement des femmes; il faut donc redoubler d'efforts pour combler le fossé entre les sexes en accordant plus de possibilités de formation aux filles. Parmi les mesures qui ont été prises par le Bureau régional pour améliorer la situation professionnelle des femmes dans la Région africaine, on peut citer l'inclusion des femmes dans les équipes interpays.

59. Le Secrétariat a donné les précisions suivantes : il a expliqué que parmi les indicateurs, on en avait sélectionné certains qui étaient spécifiques aux problèmes de santé des femmes en général tels que la nutrition et la santé de la reproduction; l'environnement professionnel et l'alphabétisation. Il a souligné que le programme a survécu sans budget spécifique jusqu'en septembre 1992, lorsque le Sous-Comité du Programme a instamment demandé des fonds après l'examen du projet de budget programme et de ses activités pour l'exercice 1994-1995. Le budget de US\$50 000 effectivement alloué au programme régional lui a alors donné un pouvoir de négociation financière et un statut qui permettaient de mobiliser des ressources extrabudgétaires.

60. Les membres du Sous-Comité sont parvenus à un consensus sur la nécessité de faire en sorte que les modifications des objectifs spécifiques du programme soient traduites par une participation accrue des femmes à la prise de décision. Il faut communiquer aux responsables des informations sur la santé et le développement de femmes, en vue de la définition des stratégies d'action. Et il faut concevoir des stratégies pour continuer à travailler avec les groupes de femmes tout en mettant l'accent sur celles qui sont responsables de la prise de décisions.

61. Le Sous-Comité a formulé des recommandations sur les moyens à donner aux femmes pour qu'elles accordent à la prise des décisions; les ressources pour le développement; les statistiques établissant la distinction entre les hommes et les femmes; et les activités génératrices de revenus. Ces recommandations ont été intégrées dans le projet de résolution.

**RAPPORT SUR L'ADAPTATION DE L'OMS AUX CHANGEMENTS MONDIAUX**  
(documents AFR/RC43/14 et AFR/RC43/14 Add.1) **ET LE NEUVIEME**  
**PROGRAMME GENERAL DU TRAVAIL** (document AFR/RC43/34)

62. Les documents suivants ont été mis à la disposition du Sous-Comité du Programme au titre de ce point de l'ordre du jour :

- Rapport du Groupe de travail du Conseil exécutif sur l'adaptation de l'OMS aux changements mondiaux (document EB/92/4 du 16 avril 1993).
- L'adaptation de l'OMS aux changements mondiaux (document EBPC18/WP/3 du 18 juin 1993).
- L'adaptation de l'OMS aux changements mondiaux. Rapport du Comité du Programme du Conseil exécutif (document EBPC18/Conf. Paper No 1 Rév.1 du 20 juillet 1993).
- Projet du Neuvième Programme général de Travail pour la période 1996-2001 (document EBPC18/WP/4 du 28 mai 1993).
- Rapport du Comité ad hoc sur l'adaptation de l'OMS aux changements mondiaux (document AFR/RC43/15 du 15 juillet 1992).

63. Le Directeur régional a présenté les documents sur l'adaptation de l'OMS aux changements mondiaux et sur le Neuvième Programme général de Travail au Sous-Comité du Programme mais a souligné que le dernier document était essentiellement un document d'information.

64. Les principaux points saillants de la présentation du Directeur régional étaient les suivants :

- a) Les changements politiques, économiques, sociaux et sanitaires ont poussé l'OMS à analyser les changements en vue de leur apporter une réponse stratégique appropriée.

b) Suite à son analyse, l'OMS a pris les mesures suivantes, entre autres :

- réaffirmer sa mission et le rôle capital que le Représentant de l'OMS jouera pour permettre de remplir cette mission;
- réaffirmer la nécessité pour l'organisation de maintenir sa compétence technique puisque c'est le principal "atout" de l'organisation pour coopérer avec les Etats Membres;
- saisir l'occasion de l'élaboration du Neuvième Programme général de Travail pour réorienter ses travaux afin de s'adapter de façon appropriée aux changements mondiaux.

65. Avec le concours du Directeur régional et à la demande du Président du Sous-Comité, le document EB92/4, considéré comme le document essentiel de ce point de l'ordre du jour, a été débattu à fond.

66. Les principales observations, opinions et recommandations du Sous-Comité du Programme sont les suivantes :

- i) Il faut prendre des mesures pour que la fin de la guerre froide et le rééquilibrage qu'elle a entraîné n'affectent pas négativement la Région africaine, particulièrement en ce qui concerne l'allocation des ressources pour la santé.
- ii) Pour avoir plus de poids et parler d'une même voix à l'Assemblée mondiale de la santé, il faut que les Etats Membres fassent des contributions en tant que groupes, sur la base des Sous-Régions ou d'autres regroupements.
- iii) En ce qui concerne le mode d'élection du Directeur régional et du Directeur général et leur mandat, les membres du Sous-Comité du Programme ont formulé les propositions suivantes :
  - il est nécessaire d'expliquer aux Ministres le mode actuel d'élection;
  - il est nécessaire d'avoir un profil approprié pour les postes de Directeur régional et de Directeur général;
  - il est important d'établir un programme pour le Directeur régional ou le Directeur général avec des objectifs précis, pour en faciliter le suivi par les Etats Membres;
  - la durée du mandat du Directeur régional ou du Directeur général doit être de cinq ans renouvelable une fois; si les Etats Membres le désirent, le titulaire pourrait être prié de remplir un autre mandat de cinq;
  - conformément à la Constitution de l'OMS, le Comité régional conserve la prérogative de choisir le Directeur régional;
  - le poste de Directeur général doit être occupé par l'un des Directeurs régionaux, sans préjudice de toute autre candidature.
- iv) En ce qui concerne le Bureau OMS/Pays et le Représentant/Pays, il faut :

- leur assurer des ressources adéquates et la délégation de pouvoirs pour permettre au Représentant OMS/Pays de jouer le rôle central qui lui incombe;
- élaborer un profil approprié pour le poste de Représentant de l'OMS/Pays;
- faire participer les Représentants OMS/Pays aux travaux de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Comité régional, pour leur permettre de faire le travail de suivi nécessaire au niveau du pays;
- assurer de meilleures conditions de service aux membres de l'Equipe OMS/Pays, ce qui est une excellente idée;
- assurer une coopération plus étroite au niveau pays entre Conseillers régionaux et Représentants OMS/Pays.

### **RAPPORT DU COMITE CONSULTATIF AFRICAIN POUR LE DEVELOPPEMENT SANITAIRE (CCADS) (document AFR/RC43/12)**

67. En présentant ce document, M. S. Ngalle Edimo (Secrétariat) a rappelé que c'est en 1988 que le Directeur régional de l'OMS, le Professeur G. L. Monekosso, a regroupé les Comités consultatifs de Gestion sanitaire, de la Formation et de la Recherche en Santé en un seul Comité, le CCADS, afin d'assurer la coordination et le suivi des recommandations de trois Comités qui sont devenus des Sous-Comités du CCADS.

68. Conformément à son mandat, le CCADS est chargé, à la demande du Directeur régional :

- 1) d'examiner les stratégies existantes et les plans de développement sanitaire dans la Région en vue d'indiquer la façon de les mettre en oeuvre dans le cadre du développement économique et socio-culturel des Etats Membres;
- 2) d'examiner et d'identifier les politiques sanitaires en rapport avec les questions de développement, en se référant particulièrement aux déterminants principaux de la santé : population, comportement humain, environnement et prestation sanitaire;
- 3) d'examiner le processus de gestion du programme de l'OMS, en particulier le Programme général de Travail, la politique du Budget Programme et l'évaluation de la mise en application de la stratégie régionale pour instaurer la santé pour tous, conformément au plan de mise en oeuvre adapté par les Organes directeurs de l'OMS;
- 4) d'examiner toute autre question pertinente se rapportant au développement sanitaire dans la Région et de formuler des recommandations.

69. C'est dans le cadre de son mandat que le CCADS a examiné au cours de sa treizième session du 14 au 18 juin 1993, entre autres thèmes, ceux qui avaient constitué des préoccupations pour le Conseil exécutif notamment :

- Santé, condition préalable au développement socio- économique.
- Adaptation de l'OMS aux changements mondiaux.

- Les Femmes, la Santé et le Développement; et deux autres thèmes, l'un en rapport avec les discussions techniques de 1993 : Développement de l'infrastructure sanitaire, et la recherche et la surveillance de la santé communautaire.

70. Enfin, le CCADS a examiné les candidatures pour la Bourse de la Fondation Jacques Parisot pour laquelle le choix du bénéficiaire revient cette année à la Région africaine de l'OMS.

71. Ayant relevé l'importance de la mobilisation générale pour la santé en Afrique, le CCADS a proposé la création de la Confédération internationale de la Santé communautaire.

72. Au cours de la discussion, les membres du Sous-Comité du Programme ont noté avec satisfaction la prise en considération par le Bureau régional des suggestions et recommandations du CCADS notamment pour le programme "Les femmes, la santé et le développement", la formation du personnel de santé, et la recherche et la surveillance en santé communautaire.

### **Santé et développement**

73. Un accent particulier sur les principaux déterminants de la santé, le rôle des Etats dont l'engagement devrait se traduire par une allocation budgétaire de 9 % pour le Ministère de la Santé, la nécessité de veiller à l'exécution des activités des programmes vitaux quelles que soient les conditions socio-politiques d'un pays, le partenariat effectif incluant les ONG.

74. Quant aux changements mondiaux, ils influent sur la santé, font émerger les problèmes nouveaux et les défis à relever en instaurant l'équité, en mobilisant les ressources à tous les niveaux de la société, en encourageant la participation des communautés dans le processus de prise de décision, en promouvant les initiatives privées, et en améliorant la gestion.

75. Pour le volet femmes, santé et développement des années 90, les problèmes de la femme gagneraient à être considérés dans un contexte plus global de développement, d'où les recommandations suivantes :

- créer un cadre légal permettant aux femmes de jouer leur rôle dans tous les domaines du développement;
- faire du programme "Les femmes, la santé et le développement" une priorité d'investissement en matière d'éducation et d'activités génératrices de revenus;
- encourager le développement de technologies locales avec l'OMS et d'autres agences pour alléger les activités domestiques des femmes;
- développer une base de données sur les problèmes des femmes.

### **Développement de l'infrastructure sanitaire au niveau du district**

76. En se basant sur le Cadre africain de Développement sanitaire, le CCADS a fait des observations et suggestions se rapportant à l'exploitation des résultats de l'enquête sur les infrastructures, les niveaux du système de santé, les fonctions des institutions, les critères et les procédures d'implantation des institutions sanitaires de district, les facteurs à considérer au cours de la structuration des hôpitaux et centres de santé avec les mesures d'accompagnement correspondantes, enfin, les critères d'opérationnalité physique.

77. La formation du personnel de santé, prenant en compte le budget et sa répartition par niveau de formation, le profil des formateurs, les ressources reprises pour la formation, la motivation des personnels surtout au niveau de l'équipe de santé du district en précisant l'appui de chaque niveau du système de santé, le suivi et l'évaluation portant sur les apports, le processus et les résultats de la formation.

#### **BOURSE DE LA FONDATION JACQUES PARISOT (document AFR/RC43/31)**

78. Le document a été présenté par M. S. Ngalle-Edimo (Secrétariat).

79. La réunion de sélection des candidats à la Bourse de la Fondation Jacques Parisot a été présidée par le Professeur Eusèbe Alihonou, Président du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS) qui s'est réuni à Brazzaville du 11 au 14 juin 1993.

80. Le CCADS a examiné les dossiers de quatre candidats : un algérien, deux tanzaniens et un zimbabwéen. Après avoir étudié leur *curriculum vitae* respectifs, le Comité a classé en tête le Dr Alfred Ole Sulul de Tanzanie qui a soumis un projet digne d'intérêt et susceptible d'aboutir. Vient ensuite Mlle Agnès O. Ruganga et enfin le Dr Densdedit M. Kibanda. Cette recommandation fait apparaître clairement que le candidat classé en tête est le seul qui remplisse les conditions fixées par le règlement régissant l'attribution de la Bourse de la Fondation Jacques Parisot, mais pour se conformer à ce règlement, le CCADS a recommandé de faire figurer sur la liste des candidats choisis les noms de ceux qui ont été classés en deuxième et troisième positions, à savoir :

deuxième : Mlle Agnès Ruganga  
troisième : Dr Densdedit Kibanda.

81. Le Sous-Comité du Programme a examiné le rapport que lui a soumis le CCADS, ainsi que les curriculums vitae des candidats, et a adopté le rapport. Le Sous-Comité propose par conséquent que le Comité régional approuve à son tour le rapport et le recommande au Comité de la Fondation pour transmission au Conseil exécutif à sa réunion de janvier 1994.

#### **DEVELOPPEMENT DES SYSTEMES NATIONAUX DE L'INFORMATION SANITAIRE (document AFR/RC43/17)**

82. Le Directeur régional a élaboré le rapport en réponse à la résolution AFR/RC41/R6 (1991). Le document s'est attaché à établir un bilan de l'expérience des Etats Membres, proposer une approche et un cadre pour l'action future au niveau des pays et définir des domaines et des priorités pour la coopération entre les Etats Membres de l'OMS.

83. Le Sous-Comité a discuté le document et considère qu'il apporte les réponses appropriées dans la perspective de la réorientation et la restructuration des systèmes nationaux d'information sanitaire en vue d'appuyer plus efficacement la gestion des systèmes de santé et la prise de décisions aux différents niveaux. Il recommande au Comité régional d'adopter le rapport tel qu'il est présenté.

84. Au cours de la discussion, les membres du Sous-Comité ont insisté sur les faits suivants :

- i) le renforcement du système d'information au niveau du district et de la communauté;
- ii) le renforcement de l'utilisation et de la capacité de l'utilisation des informations des équipes de santé du district et de la communauté;

- iii) la standardisation et l'harmonisation de la collecte et de la présentation des informations sanitaires, y compris au plan international;
- iv) l'allocation des ressources humaines ayant la formation et l'expérience requises et les ressources financières adéquates, dans le cadre du budget national;
- v) le développement de l'échange d'informations et de données d'expérience entre les Etats Membres.

85. Le Sous-Comité a recommandé aux Etats Membres de renforcer leur coopération avec l'OMS sur la base d'un plan d'action national de réorientation et de réorganisation de leur système national d'information. Dans cette perspective, le besoin d'information devrait se traduire par la sélection d'un ensemble minimum d'informations et d'indicateurs, susceptibles de satisfaire à la fois les besoins techniques et gestionnaires.

86. Le Sous-Comité appelle le Directeur régional à continuer à donner son soutien actif au processus de réorientation et de réorganisation des systèmes nationaux d'information sanitaire sur la base des objectifs et des approches présentés dans son rapport AFR/RC43/17.

#### **PRODUCTION LOCALE DES MEDICAMENTS ESSENTIELS DANS LES PAYS DE LA REGION AFRICAINE (document AFR/RC43/15)**

87. Conformément aux orientations contenues dans la résolution AFR/RC38/R19, le rapport du Directeur régional (AFR/RC43/15) fait l'inventaire des pays possédant des unités de productions pharmaceutiques, en indiquant les médicaments essentiels fabriqués ou conditionnés. Par ailleurs, le rapport fait ressortir les contraintes observées dans les pays dans la mise en oeuvre des politiques nationales (préférence donnée aux produits importés, faible circulation de l'information entre les pays, pénurie de personnel qualifié), et formule des recommandations conséquentes. La question de la mise en place d'un mécanisme régional d'approvisionnement et de distribution de médicaments et de vaccins a été abordée.

88. D'une manière générale, les participants ont apprécié le rapport qui constitue une information utile sur ce qui existe dans les pays de la Région; ceci est de nature à aider les pays dans leurs efforts pour mettre en place leurs politiques nationales et pour améliorer leur coopération et leurs échanges en matière d'approvisionnement en médicaments. L'Angola et le Tchad ont informé le Secrétariat qu'ils produisent localement des médicaments essentiels; ces deux pays seront ajoutés à la liste, ainsi que les autres Etats Membres qui informeront le Secrétariat de leur situation.

89. Au cours des débats, les membres du Sous-Comité ont dégagé des constats et faits des recommandations dont l'essentiel est résumé dans les paragraphes qui suivent :

- i) Constatant que les médicaments produits dans les pays sont de nature très semblable, les participants ont insisté sur la diversification des productions et une plus grande complémentarité entre les pays; ils ont aussi recommandé que la question des coûts de production et de vente des médicaments fabriqués localement bénéficient d'une plus grande attention. La rentabilité et la viabilité à long terme des unités nationales de production dépendront dans une large mesure de ces facteurs.
- ii) Les participants ont insisté sur l'importance de la formation des personnels chargés de la production, distribution et prescription des médicaments, ainsi que sur la nécessité d'une promotion auprès des populations des médicaments fabriqués localement.

- iii) Ils ont recommandé que le Bureau régional renforce ses efforts de coopération avec les pays en vue du développement des laboratoires régionaux de contrôle de la qualité des médicaments.
- iv) La question de la mise en place d'un mécanisme d'achat groupé de médicaments a été discutée. Le Bureau régional a été invité à fournir aux pays toutes les informations disponibles en la matière et d'apporter l'appui nécessaire aux groupes de pays désireux de mettre en place de tels mécanismes.

#### **RAPPORT SUR LE PRIX DU DR COMLAN A. A. QUENUM** (document AFR/RC43/22)

90. Le rapport sur le Prix du Dr Comlan A. A. Quenum (document AFR/RC43/22) a été présenté au nom du Directeur régional par M. D.E. Miller, Directeur du Programme de Soutien. Le document a fait brièvement l'historique du Prix depuis le moment où le Gouvernement du Cameroun a proposé sa création au Comité régional en 1986. Le Prix d'une valeur de US \$2000 est attribué tous les deux ans et a été présenté jusque-là en 1989, 1991 et 1993.

91. Le Prix de 1993 a été attribué au Projet du Programme élargi de Vaccination du Bénin et a été présenté à l'Assemblée mondiale de la Santé à Genève au Ministre de la Santé du Bénin qui l'a reçu au nom du Projet.

#### **SUBVENTIONS AUX ETUDES** (document AFR/RC43/21)

92. Le document a été présenté par M. S. Ngalle-Edimo (Secrétariat) qui a rappelé qu'au cours de la quarante et unième session du Comité régional, les dispositions suivantes conformes aux normes d'attribution des bourses à l'OMS en général et, dans la Région en particulier, ont été définies :

- a) planification biennale des bourses d'études sur la base des priorités nationales de développement sanitaire, en tenant compte des décisions des Organes Directeurs;
- b) le plan biennal des bourses d'études doit être inclus dans les prévisions budgétaires dans le cadre de financement des bourses planifiées - coopération technique pays/OMS/AFRO;
- c) la mise en oeuvre du plan commence par l'annonce par le Représentant au niveau pays des offres de bourses;
- d) l'évaluation de la formation se fait au niveau des institutions de même que le suivi des anciens boursiers quant à leur utilisation.

93. Le coût très élevé des bourses devrait inciter à l'adoption de mécanismes de formation moins coûteux et orientés vers la formation de groupes de personnel de santé.

94. La subvention aux études apparaît comme l'outil d'avenir plus flexible que la bourse, pour soutenir la formation individuelle; cet outil est également mieux adapté aux formules de formation que proposent les pays, et plus approprié pour maximiser l'utilisation des ressources disponibles.

95. En 1992, les subventions aux études ont utilisé 10 % des fonds alloués aux bourses d'études.



96. Il serait souhaitable que les pays encouragent ce mécanisme qui permet en pratique des soutiens "à la carte", allant de l'appui à certaines composantes de la formation au complément parfois indispensable pour permettre à un spécialiste d'achever ses études sans oublier le minimum d'apport ainsi offert et qui se révèle souvent indispensable pour la formation locale des membres de l'équipe de santé du district, l'acquisition du matériel didactique pour les étudiants, etc.

97. Le Sous-Comité du Programme a félicité le Directeur régional pour la pertinence du rapport présenté et loué les efforts déployés par le Bureau régional en vue de renforcer le volet formation des personnels de santé en créant des mécanismes de subventions d'études adaptés aux besoins des pays.

98. Certains aspects ont également été relevés par les membres du Sous-Comité du programme, à savoir :

- l'attention particulière à accorder à la santé mentale parmi les programmes prioritaires pouvant bénéficier des subventions d'études;
- la contribution à la phase finale de la spécialisation pour motiver les étudiants méritants dans les secteurs prioritaires;
- le soutien à apporter aux personnels du district tant pour le plan de carrière que pour la motivation à travers les subventions d'études;
- l'appui à la décentralisation effective de la formation incluant la décentralisation administrative de l'autorité et des ressources;
- la supervision "physique" du personnel formé.

## CONCLUSION

99. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni du 27 au 31 août 1993 à Gaborone immédiatement avant la quarante-troisième session du Comité régional de l'OMS pour l'AFrique et a examiné en détail les questions techniques et les documents qu'étudiera le Comité régional. Le Sous-Comité s'est félicité du travail accompli par le Directeur régional et par son personnel et a fait un certain nombre de recommandations à examiner par le Comité régional.

## APPENDICE 1

PROGRAMME DE TRAVAIL <sup>1</sup>

1. Ouverture de la réunion du Sous-Comité du Programme
2. Election du Président, du Vice-Président et du Rapporteur
3. Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC43/29)
4. Assainissement de l'environnement : Analyse de la tendance (document AFR/RC43/8)
5. Rapport d'activités sur la lutte contre le SIDA dans la Région africaine (document AFR/RC43/9)
6. Maladies cardio-vasculaires en Afrique : Examen de la situation (document AFR/RC43/10)
7. Elargir le rôle du personnel des soins infirmiers, obstétricaux en matière de surveillance épidémiologique des maladies - Rapport d'activités (document AFR/RC43/11)
8. Rapport du Comité consultatif Africain pour le Développement Sanitaire (CCADS) (document AFR/RC43/12)
9. Programme régional de lutte antipaludique (document AFR/RC43/13)
10. Rapport sur la réponse de l'OMS aux changements mondiaux (documents AFR/RC43/14 et AFR/RC43/14 Rév.1) et Neuvième Programme général de Travail
11. Production locale des médicaments essentiels dans les pays de la Région africaine - Rapport d'activités (Résolution AFR/RC39/19) (document AFR/RC43/15)
12. Femme, Santé et Développement (document AFR/RC43/16)
13. Développement des systèmes nationaux d'information sanitaire (document AFR/RC/17)
14. Surveillance épidémiologique des maladies transmissibles (document AFR/RC43/18)
15. Programme élargi de vaccination : Progrès accomplis (document AFR/RC43/19)
16. Programme régional de lutte contre la Dracunculose (document AFR/RC43/20)
17. Subventions aux études (document AFR/C43/21)

---

<sup>1</sup> Document AFR/RC43/29.

**Appendice 1**

18. Prix Dr Comlan A. A. Quenum (AFR/RC43/22)
19. Attribution des tâches pour la présentation du rapport du Sous-Comité du Programme au Comité régional
20. Adoption du rapport du Sous-Comité du Programme
21. Clôture de la Réunion (document AFR/RC43/7).

## APPENDICE 2

## LISTE DES PARTICIPANTS

## ALGERIE\*

Dr A. Chakou\*  
Directeur de la Prévention  
Chef de délégation

M. Youcef Ait. Chellouche\*  
Conseiller, Chef de délégation

## ANGOLA

Mr Francisco A. Carlos Mendes  
Vice-Ministro da Saúde  
CP 12021  
Luanda

## BENIN

Dr (Mme) G. Dossou  
Directrice adjointe de Cabinet  
Ministère de la Santé  
Cotonou

## BOTSWANA

Dr John K. M. Mulwa  
Deputy P.S./Director of Health Services  
Ministry of Health  
Gaborone

## BURKINA FASO

Dr Léonard Tapsoba  
Secrétaire général du Ministère de la Santé,  
de l'Action sociale et de la Famille  
Ouagadougou

## BURUNDI

Dr Déo Nshimirimana  
Inspecteur général de la Santé  
B.P. 1820  
Bujumbura

---

\* N'a pas pu participer.

**Appendice 2****CAP-VERT**

Dr Carlos Pedro Brito  
Director, Serviço de controle Doenças e Meio Ambiente  
C.P. 47  
Praia

**REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE**

Dr F. Namkona  
Directeur général de la Santé publique  
B.P. 383  
Bangui

**TCHAD**

Dr H. Mahamat Hassan  
Directeur général de la Santé publique  
B.P. 440  
N'Djaména

**REPUBLIQUE UNIE DE TANZANIE**

Mrs (Dr) Fatma Mrisho  
Assistant Chief Medical Officer  
Preventive Services  
Ministry of Health  
P.O. Box 9083  
Dar-es-Salaam

**ZAMBIE**

Dr Golden K. Bolla  
Executive Director, Kitwe Hospital  
P.O. Box 20969  
Kitwe

**ZIMBABWE**

Mrs J.C. Kadandara  
Deputy secretary for Health  
Support Services  
Ministry of Health  
P.O. Box 8204  
Causeway, Harare

**Appendice 2****SECRETARIAT**

Dr G. L. Monekosso  
Directeur régional

Dr A. D'Almeida (DPM)  
Directeur, Management du Programme

Dr (Mme) Naomi Nhiwatiwa (DCP)  
Directeur, Promotion, Coordination de Programme et Information

Mr Donald Miller (DSP)  
Directeur, Programme de Soutien

Dr Nguyen Khanh (PM1)  
Chef de Programme, Appui aux systèmes nationaux de santé

Dr M. B. Boal (PM2)  
Chef de Programme, Protection et Promotion de la Santé en général

Dr D. Barakamfitye (PM3)  
Chef de Programme, Lutte contre la Maladie

Dr P. S. Fasan (PMS)  
Chef de Programme, SIDA

Dr E. Lambo (HEC)  
Fonctionnaire régional, Economie sanitaire

M. S. N. Ngalle Edimo (MGT)  
Fonctionnaire régional, Management

Dr F. K. Wurapa (CDP)  
fonctionnaire régional, Lutte contre les Maladies parasitaires

Mme Z. Pritchard (WHD)  
Fonctionnaire régional, Femmes, Santé et Développement

Dr Okwo-Bele (CDI)  
Fonctionnaire régional, Programme élargi de Vaccination

Dr F. Zawide (RUD)  
Fonctionnaire régional, Hygiène de l'environnement dans  
l'aménagement rural et urbain et l'habitat

**Appendice 2**

**Dr Kadri Tankari (MPN)**  
Fonctionnaire régional, Processus gestionnaire pour le Développement  
sanitaire national

**Miss E. Izaacs (HRN)**  
Ressources humaines/Nursing, Programme de lutte contre le SIDA

**Dr Fidelis Morfaw (PDS)**  
Fonctionnaire régional, Service de Publication et de Documents

**M. Ndedi-Essombe (ASO)**  
Fonctionnaire régional, Services administratifs

## APPENDICE 3

## COMMENTAIRES SUR L'ANNEXE 2, EBPC/18W/3

Compte tenu du contenu du document EBPC/4 du 16 avril 1993 et des critères ou des facteurs décrits dans le document EPBC/18/WP/3 du 18 juin 1993, le Sous-Comité a fait des propositions sur la question des "priorités des recommandations à mettre en oeuvre".

**A. Organes directeurs**

La recommandation No 40 qui est actuellement en 2ème position dans les priorités devrait être classée en 1ère position. Les autres recommandations prioritaires restent inchangées.

**B. Elaboration et analyse des politiques**

- Le but de la recommandation n'est pas clair. Nous proposons de supprimer ce point.
- La recommandation 2 devrait être classée en 1ère position.
- Pas de modification dans la détermination des autres recommandations proposées ici.

**C. Questions gestionnaires**

- La recommandation 22 devrait être classée en 1ère position.
- Les autres recommandations restent inchangées.

**D. Représentants de l'OMS et Bureaux OMS/Pays**

- Les recommandations 27 et 29 devraient passer de la 2ème à la 1ère place.
- Les autres recommandations restent inchangées.

**E. Réformes du système des Nations Unies**

- La recommandation 34 devrait passer de la 3ème à la 2ème, ou même à la 1ère position.
- Les autres recommandations restent inchangées.

**F. Développement du Programme et Budgétisation**

- La recommandation 36 devrait passer en 2ème position.
- Les autres recommandations restent inchangées.

**G. Recherche et centres collaborateurs**

Toutes les recommandations figurant dans cette rubrique doivent être classées en 1ère position.



## RAPPORT DE LA REUNION DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME QUI A EU LIEU LE 8 SEPTEMBRE 1993

### INTRODUCTION

1. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni le mercredi 8 septembre 1993 à Gaborone, au Botswana, immédiatement après la quarante-troisième session du Comité régional. La liste des participants figure à l'Appendice 1.
2. Le Sous-Comité a élu le Dr Mamkona Philémon (République centrafricaine), Vice-Président sortant comme Président et le représentant de la Gambie (absent) comme Vice-Président et le représentant de la Guinée équatoriale comme Rapporteur. Le Président a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour la confiance qu'ils ont placée en son pays et en sa personne en l'élisant comme Président.
3. Le programme de travail a été adopté sans amendement (Appendice 2).

### PARTICIPATION DES MEMBRES DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME AUX REUNIONS PRESENTANT UN INTERET POUR LE PROGRAMME

4. Le Directeur du Programme de Soutien a présenté le document AFR/RC43/33 qui contient *entre autres* deux réunions présentant un intérêt pour le programme, auxquelles doivent assister les membres du Sous-Comité du Programme pendant le biennium 1993-1994. Après examen du document, le Sous-Comité a unanimement convenu qu'il était nécessaire que les membres participent à ces réunions, conformément au tableau suivant :

#### Tableau

#### REUNIONS PRESENTANT UN INTERET POUR LE PROGRAMME, AUXQUELLES DOIVENT ASSISTER LES MEMBRES DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME PENDANT LE BIENNIUM 1993-1994

Intitulé, lieu et date de la réunion	Objectif	Langues	Membres participants
1. Réunions sous-régionales du Programme - Bamako - Bujumbura - Harare successivement/ simultanément en février 1994	Modalités du Soutien technique et logistique à apporter aux Etats Membres dans le cadre de leurs efforts pour assurer les prestations des soins de santé primaires en faveur de leurs populations; AFROPOC et budget programme du pays.	A/F/P	SR/I Burkina Faso SR/II Congo SR/III Comores
2. Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS) Brazzaville, juin 1994	Examiner les principaux problèmes de santé, par exemple la gestion, la formation, la recherche, la politique sanitaire.	A/F/P	République centrafricaine

5. Les membres ont été informés de leur rôle dans des réunions sous-régionales du programme. Il a été expliqué que, en tant que membres du Sous-Comité du Programme, les membres du Comité étaient les représentants du Comité régional au cours de ces réunions. Ils ont représenté les Organes directeurs au cours de telles réunions. On a fait remarquer que, conformément au mandat du Sous-Comité, les membres du Sous-Comité devaient participer aux réunions présentant un intérêt pour le programme.

6. On a donné des éclaircissements sur le fait que c'était les Etats Membres du Comité régional qui avaient nommé le Sous-Comité du Programme et, en cette qualité, il appartenait aux Etats Membres de proposer un représentant pour assister à ces réunions. Un Etat Membre peut changer son représentant au Sous-Comité. On n'admet qu'un seul représentant par pays dans le Sous-Comité.

#### **DATE ET LIEU DE LA PROCHAINE REUNION**

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

#### **CLOTURE DE LA REUNION**

8. Le Président a remercié les membres de leur soutien et des contributions très vivantes qu'ils ont apportées aux discussions. Il leur a souhaité un bon voyage.

## APPENDICE 1

## LISTE DES PARTICIPANTS

## BOTSWANA

1. Dr Khaliphe Bility  
Principal Health Officer  
UNDP Box 54  
Gaborone

## BURKINA FASO

2. Dr L. Tapsoba  
Secrétaire général du Ministère de la Santé  
04 B.P. 7009  
Ouagadougou

3. **BURUNDI\***

4. **CAP-VERT\***

## REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

5. Dr P. Namkona  
Directeur général de la Santé  
B.P. 883  
Bangui

---

\* N'a pas pu participer.

**Appendice 1****TCHAD**

6. Dr H. Mahamat Hassan  
Directeur général du Ministère Santé publique  
B.P. 440  
N'Djamena

**COMORES**

7. Dr Petit Said Ali  
Directeur général de la Santé  
Moroni

**CONGO**

8. Dr R. Zitsamele Cuddy  
Directeur général de la Santé  
B.P. 78  
Brazzaville

9. **GUINEE EQUATORIALE\***

10. **ETHIOPIE\*\***

11. **GABON\***

12. **GAMBIE\***

---

\* N'a pas pu participer.

\*\* N'a pas participé au RC43.

**APPENDICE 2****PROGRAMME DE TRAVAIL**

1. Ouverture de la réunion
2. Election du Président, du Vice-Président et du Rapporteur
3. Participation des Etats Membres du Sous-Comité du Programme à la réunion d'intérêt programmatique (document AFR/RC43/33)
4. Date et lieu de la prochaine réunion
5. Clôture de la réunion.

## RAPPORT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES<sup>1</sup>

### Développement de l'infrastructure sanitaire du district dans la Région africaine

#### INTRODUCTION

1. Les Discussions techniques de la quarante-troisième session du Comité régional se sont tenues le 4 septembre 1993. Elles ont porté sur le "Développement de l'Infrastructure sanitaire du District dans la Région africaine".

2. La présidence des Discussions techniques a été assurée par le Dr Ousmane Bangoura (Guinée), assisté par trois Rapporteurs : Dr Ildo de Carvalho (Cap-Vert) pour le groupe trilingue (anglais, français, portugais), Dr P. S. Achola (Kenya) pour le groupe anglophone et le Dr Kane Ibrahima (Mauritanie) pour le groupe francophone.

3. Après l'introduction du thème par le Président des Discussions techniques, les groupes de travail ont examiné la question à la lumière du document de travail AFR/RC43/TD/1 et du guide AFR/RC43/TD/2 mis à leur disposition par le Secrétariat. Ils ont plus spécifiquement analysé les questions fondamentales en rapport avec :

- la situation de l'infrastructure sanitaire du district dans la Région;
- les rôles, les fonctions et les relations entre les institutions sanitaires du district;
- leurs modalités d'organisation;
- leur conception architecturale, leur mise en oeuvre et leur exploitation;
- les indicateurs pour l'évaluation de leur opérationnalité.

4. Le présent rapport constitue la synthèse de ces discussions.

5. Les participants ont apprécié la qualité du document de travail AFR/RC43/TD/1 qu'ils considèrent comme un cadre susceptible d'inspirer les pays dans leurs efforts pour améliorer l'infrastructure sanitaire du district.

6. De l'analyse des questions fondamentales soumises à leur examen (document AFR/RC43/TD/2), les participants ont dégagé des constats et des recommandations dont l'essentiel est résumé dans les paragraphes qui suivent.

#### SITUATION DE L'INFRASTRUCTURE SANITAIRE DU DISTRICT

7. Les participants ont passé en revue la situation de l'infrastructure sanitaire du district et noté que pendant les premières années qui ont suivi l'accession à l'indépendance des pays, de gros efforts ont été consentis en matière de développement de l'infrastructure sanitaire, mais que ceux-ci avaient porté davantage sur les hôpitaux centraux au détriment des hôpitaux de district, des centres et des postes de santé. Il a été constaté que la conception, l'implantation et la gestion de ces établissements n'avaient pas toujours obéi aux préoccupations d'équité, de qualité et d'efficacité. La deuxième phase qui a suivi, et qui correspond à la crise économique, s'est traduite par un ralentissement, puis un arrêt de la construction des institutions sanitaires et une dégradation de celles déjà en place. Confrontées par ailleurs à des problèmes sérieux de ressources humaines, matérielles et financières, à des difficultés de gestion et de coordination, celles-ci arrivent difficilement à assumer leurs fonctions.

---

<sup>1</sup> Document AFR/RC43/23

8. Malgré l'engagement des pays vers la mise en oeuvre de la stratégie des soins de santé primaires qui devrait se réaliser par un recentrage du système de santé sur le niveau du district et sur les communautés, le système de prestations de soins reste, dans la plupart des cas, centré sur l'hôpital au détriment des unités périphériques; finalement, l'hôpital a tendance à prendre en charge des activités qui, pour des critères de coût/efficacité, d'acceptabilité et d'accessibilité géographique, auraient dû être réalisées au niveau des institutions périphériques.

9. Le concept de district sanitaire est actuellement appliqué dans la plupart des pays, mais les institutions sanitaires implantées au sein du district sont très variables dans leur nombre ainsi que dans leur typologie, situation qui ne favorise pas la mise en oeuvre d'une politique globale de développement des institutions sanitaires du district.

10. L'amélioration de la qualité de soins passe nécessairement par l'entretien et l'amélioration de la gestion des établissements de santé, par l'expansion de leur nombre en tenant compte des objectifs de santé et des contraintes afférentes aux ressources. Cet objectif ne peut être atteint que dans le cadre de la mise en oeuvre d'une politique et de plans nationaux de santé explicites.

11. Il a été recommandé en conséquence à tous les pays d'élaborer de tels plans en y incluant un plan spécifique de développement de l'infrastructure sanitaire du district en requérant à cet effet, si nécessaire, l'appui technique de l'OMS. Les plans doivent tendre à assurer l'équité dans la couverture sanitaire nationale et la qualité des soins.

12. Constatant que de nombreux obstacles tels que pressions politiques, difficultés pour intégrer les initiatives communautaires et privées, insuffisance de coordination des interventions extérieures, manque de ressources financières et humaines, empêchent l'utilisation efficace et régulière de ces plans, les participants recommandent d'impliquer tous les intervenants à toutes les étapes de la planification du développement des institutions sanitaires du district et dans la mobilisation des ressources pour leur mise en oeuvre.

## **ROLES, FONCTIONS ET RELATIONS**

13. Les participants estiment qu'il est nécessaire de redéfinir les catégories d'institutions sanitaires du district et d'en rationaliser davantage le nombre. Il s'agit d'un préalable à la détermination de leurs rôles et de leurs fonctions ainsi que des relations fonctionnelles qui doivent les lier, dans la perspective d'un fonctionnement mieux coordonné et plus conforme aux principes des soins de santé primaires.

14. A cet effet, le cadre proposé par l'OMS (document AFR/RC43/TD/1) peut servir d'orientation. Il appartient à chaque pays de définir les normes de développement de l'infrastructure sanitaire selon la situation locale. Il convient aussi de tenir compte des installations sanitaires appartenant aux organisations non gouvernementales et au secteur privé.

15. La détermination des rôles et des fonctions des institutions sanitaires doit permettre au district sanitaire de fournir des soins de santé de qualité répondant aux besoins des individus, des familles et des communautés. Pour y parvenir, les éléments suivants doivent être considérés :

- capacité de chaque institution de délivrer un paquet minimum d'activités couvrant les huit composantes des soins de santé primaires;
- fonctionnement correct de chaque institution en lui assurant une dotation équitable en personnels qualifiés et motivés, un approvisionnement régulier en médicaments, etc.;

- mise en place entre les institutions, de liens gestionnaires (fonctionnement correct des structures sanitaires, système d'information sanitaire efficace), et de liens techniques (système de référence et de contre-référence).

16. L'amélioration de ces conditions suppose un renforcement des ressources humaines, matérielles et financières au niveau du district et aux autres niveaux d'appui, un renforcement de la participation communautaire et de la collaboration intersectorielle et la prise en considération des réalités socio-politiques. Parfois, des mesures incitatives (tarifs préférentiels) pourraient être utiles pour maintenir l'existence de relations fonctionnelles efficaces entre les institutions sanitaires du district.

17. S'agissant du rôle de l'hôpital, celui-ci doit assurer en premier lieu son rôle de soins curatifs et développer en conséquence sa technicité. Les autres fonctions de l'hôpital incluent la formation du personnel, la supervision et la recherche. Sans porter préjudice à ces rôles et tenant compte de l'accès offert à la population et du principe de la globalité des soins, l'hôpital de district doit être réorienté pour assurer les prestations nécessaires dans les domaines des soins préventifs et promotionnels.

### **ORGANISATION DES INSTITUTIONS SANITAIRES DU DISTRICT**

18. Constatant que l'emplacement des diverses institutions sanitaires du district conditionne leur accessibilité physique, que la mauvaise planification de cet emplacement a été dans le passé l'une des causes de l'inefficacité et de la faiblesse des prestations délivrées à la population, les critères suivants sont suggérés pour guider le choix, à savoir :

- rapprocher le plus possible les institutions des populations;
- faire participer la communauté, les agents de santé et les agents des autres secteurs dans la prise de décision;
- tenir compte de l'existence d'autres infrastructures socio-économiques, ainsi que des facteurs culturels et politiques;

19. En vue de concilier les besoins d'espace en matière "d'intégration des services" avec les besoins des "activités spécialisées et d'assurer une utilisation optimale des espaces disponibles, il est nécessaire de décider, dès le stade de planification, des types de services à fournir par l'institution, de ceux pouvant être intégrés et des personnels chargés de les assurer".

20. Le mauvais entretien est la principale cause de la dégradation rapide de l'infrastructure sanitaire et cette situation est liée à l'absence de lignes budgétaires pour les dépenses d'entretien et à l'absence de "culture d'entretien" tant au niveau individuel qu'au niveau collectif.

21. Pour développer et maintenir une "culture d'entretien" efficace dans le secteur de la santé dans la Région africaine, il a été suggéré les éléments de solution suivants :

- disposer d'une base de données sur l'état de l'infrastructure sanitaire;
- créer ou renforcer une unité de maintenance dans chaque établissement de santé ainsi qu'aux niveaux régional et national;
- promouvoir l'entretien préventif;



- élaborer un guide de formation (manuel d'entretien);
- former et éduquer les professionnels de la santé et la population;
- tenir compte des besoins de maintenance dans la conception architecturale, dans le choix des matériaux de construction et des équipements;
- allouer des fonds requis à la maintenance;
- faire participer les communautés à l'exécution de certains travaux d'entretien.

22. Les ressources financières nécessaires pour financer les opérations de maintenance proviendront soit du budget de l'Etat (pour le gros entretien), soit du budget des collectivités locales, soit des usagers à travers le financement communautaire dans l'esprit de l'Initiative de Bamako.

### CONCEPTION ARCHITECTURALE - EXECUTION

23. Tirant les leçons du passé et compte tenu de la situation économique et des coûts élevés liés à la construction de l'infrastructure, une grande attention doit être portée à la conception architecturale des bâtiments, à l'exécution des travaux de manière à disposer d'institutions sanitaires adaptées à leurs fonctions, d'un bon rapport qualité/prix.

24. Devront participer dans l'élaboration du dossier architectural outre les architectes et les urbanistes, les personnels de santé (médecins, ingénieurs sanitaires, infirmiers), les socio-démographes, les financiers et les représentants des communautés, la coordination étant assurée par le Ministère de la Santé.

25. Les principales considérations à prendre en compte dans l'élaboration d'un dossier architectural sont : la fonction que doit assurer l'institution, la performance attendue en termes de prestations de service, le lieu d'implantation, la qualité des matériaux, les conditions climatiques, les facteurs socio-culturels.

26. Les plans architecturaux "types" ont été reconnus comme étant utiles car ils facilitent la budgétisation et diminuent les frais d'études. Cependant ils ne sont pas toujours adaptables à toutes les conditions topographiques. Il a été noté que le dimensionnement des institutions sanitaires doit être fixé par rapport aux capacités d'accueil attendues; ceci pose le problème de la définition de normes ou de besoins explicites. Par ailleurs, il semble que les établissements de type pavillonnaire soient plus adaptés au contexte des pays de la Région. En ce qui concerne les postes de santé, l'expérience montre la nécessité de matérialiser ce type d'établissement dans chaque village.

27. A côté des plans types, il a été recommandé aux pays de définir des normes et des standards nationaux pour la conception et la construction des institutions sanitaires, et de prendre les mesures appropriées pour les faire appliquer. Ces mesures pourraient être de : i) soumettre à autorisation préalable toute construction ou toute exploitation d'infrastructure de santé; ii) utiliser des agences d'exécution, des maîtres d'ouvrages délégués compétents dans l'art de construire; iii) renforcer la supervision et le contrôle des travaux; iv) améliorer les procédures de passation des marchés.

### EVALUATION DE L'OPERATIONNALITE

28. L'opérationnalité d'une institution sanitaire concerne l'adéquation entre sa conception physique et les fonctions qu'elle doit assumer. Elle pourrait être mesurée sur la base des indicateurs suivants:

la stabilité et la durabilité de l'ouvrage, le rapport qualité/prix; l'adéquation aux prestations attendues, l'adéquation des espaces en tenant compte du flux des usagers et du contexte socio-culturel, les facilités d'entretien et de maintenance.

## **CONCLUSION**

29. Les participants ont insisté sur le rôle d'impulsion et d'appui technique que le Bureau régional de l'OMS de l'Afrique devra jouer dans le domaine du développement de l'infrastructure sanitaire du district. Ils l'encouragent à poursuivre ses efforts en vue de rendre opérationnels tous les districts sanitaires de la Région conformément aux orientations prévues dans le Cadre africain de Développement sanitaire.

30. Ils demandent aux pays, d'élaborer des plans explicites de développement de l'infrastructure sanitaire du district et des politiques appropriées de maintenance, de former le personnel adéquat, de mettre en place des structures administratives et des procédures appropriées en vue d'assurer une parfaite maîtrise du développement de l'infrastructure sanitaire du district, de mobiliser les financements internes (Etat, communautés) et extérieurs requis.

## **ORDRE DU JOUR PROVISOIRE DE LA QUARANTE-QUATRIEME SESSION DU COMITE REGIONAL**

1. Ouverture de la session
2. Adoption de l'ordre du jour provisoire
3. Constitution du Sous-Comité des Désignations
4. Election du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs
5. Nomination du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
6. Activités de l'OMS dans la Région africaine
  - 6.1 Rapport succinct du Directeur régional
  - 6.2 Rapport sur la Troisième surveillance de la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000
  - 6.3 Situation de la nutrition dans la Région africaine : Perspectives futures avec accent sur le déficit en micronutriments
  - 6.4 Lutte contre le SIDA : Situation actuelle dans la Région africaine
  - 6.5 Rapport de situation sur la mise en oeuvre de l'Initiative africaine sur les médicaments essentiels
  - 6.6 Stratégie régionale pour une réduction accélérée de la morbidité et de la mortalité maternelle et prénatale/néonatale dans la Région africaine
  - 6.7 Etat d'avancement du programme de financement des soins de santé
7. Nomination du Directeur régional (Article 5.2 du Règlement intérieur)
8. Corrélation entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé
  - 8.1 Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional approuvées par l'Assemblée mondiale de la Santé et par le Conseil exécutif
  - 8.2 Ordres du jour de la quatre-vingt-quatorzième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé : Incidences régionales
  - 8.3 Méthodes de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé

9. Examen du rapport du Sous-Comité du Programme
  - 9.1 Examen du Budget Programme 1996-1997
  - 9.2 Rapport du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS)
  - 9.3 Réorientation et restructuration des hôpitaux fondées sur les soins de santé primaires: Progrès réalisés
  - 9.4 Evaluation de la population de l'environnement marin et littoral dans la Région africaine
  - 9.5 Programme de lutte contre la tuberculose et la lèpre : Progrès accomplis
  - 9.6 Rôle de l'infirmière et de la sage-femme dans l'appui de la stratégie de la santé pour tous
  - 9.7 Santé bucco-dentaire dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives futures
  - 9.8 Programme élargi de vaccination : Eradication de la poliomyélite et élimination du tétanos néonatal, progrès accomplis
  - 9.9 Organisation des services nationaux de transfusion sanguine dans la Région africaine
  - 9.10 Santé des travailleurs : Situation actuelle et perspectives futures
  - 9.11 Eradication de la dracunculose dans la Région africaine
  - 9.12 Programme de lutte contre les infections aiguës des voies respiratoires : Rapport sur les progrès accomplis
10. Discussions techniques
  - 10.1 Présentation du rapport des Discussions techniques
  - 10.2 Nomination du Président et du Président suppléant des Discussions techniques pour 1995
  - 10.3 Choix du sujet des Discussions techniques pour 1995
11. Dates et lieux de la quarante-cinquième et de la quarante-sixième sessions du Comité régional en 1995 et en 1996
12. Adoption du rapport du Comité régional
13. Clôture de la quarante-quatrième session.

**LISTE DES DOCUMENTS**

- AFR/RC43/INF/01 - Ouverture de la quarante-troisième session
- AFR/RC43/INF/02 - Liste provisoire des documents
- AFR/RC43/INF/03 - Guide pour les délégués
- AFR/RC43/2 Rév.2 - Ordre du jour provisoire
- AFR/RC43/3 - Rapport biennal du Directeur régional pour la période 1991-1992
- AFR/RC43/4 - Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé
- AFR/RC43/5 - Ordre du jour de la quatre-vingt-treizième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Septième Assemblée mondiale de la Santé : Incidences régionales
- AFR/RC43/6 & AFR/RC43/6 Add.1 - Méthodes de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé
- AFR/RC43/7 - Rapport de la réunion du Sous-Comité du Programme
- AFR/RC43/8 - Assainissement de l'environnement : Analyse de la tendance
- AFR/RC43/9 - Rapport d'activités sur la lutte contre le SIDA dans la Région africaine
- AFR/RC43/10 - Maladies cardio-vasculaires en Afrique : Examen de la situation
- AFR/RC43/11 - Elargir le rôle du personnel de soins infirmiers/obstétricaux en matière de surveillance épidémiologique des maladies
- AFR/RC43/12 - Rapport du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS)
- AFR/RC43/13 - Programme régional de lutte antipaludique
- AFR/RC43/14 & AFR/RC43/14 Add.1 - Rapport sur l'adaptation de l'OMS aux changements mondiaux et Neuvième Programme général de Travail
- AFR/RC43/15 - Production locale de médicaments essentiels dans les pays de la Région africaine : Rapport d'activités
- AFR/RC43/16 - Femmes, Santé et Développement
- AFR/RC43/17 - Développement des systèmes nationaux d'information sanitaire

- 
- |                    |   |   |
|--------------------|---|---|
| AFR/RC43/18        | - | Surveillance épidémiologique des maladies transmissibles  |
| AFR/RC43/19        | - | Programme élargi de vaccination : Progrès accompli  |
| AFR/RC43/20        | - | Programme régional de lutte contre la dracunculose  |
| AFR/RC43/21        | - | Subventions aux études  |
| AFR/RC43/22        | - | Rapport sur le Prix du Dr Comlan A. A. Quenum   |
| AFR/RC43/23        | - | Rapport des Discussions techniques  |
| AFR/RC43/24        | - | Nomination du Président et du Président suppléant pour les Discussions techniques de 1994   |
| AFR/RC43/25        | - | Choix du sujet des Discussions techniques en 1994   |
| AFR/RC43/26        | - | Dates et lieux de la quarante-quatrième et de la quarante-cinquième sessions du Comité régional en 1995 et en 1996                              |
| AFR/RC43/27        | - | Projet de rapport du Comité régional  |
| AFR/RC43/28 Rév.1  | - | Liste des participants  |
| AFR/RC43/29        | - | Programme de travail du Sous-Comité du Programme  |
| AFR/RC43/30        | - | Répartition des responsabilités   |
| AFR/RC43/31        | - | Bourses de la Fondation Jacques Parisot   |
| AFR/RC43/32        | - | Programme de travail de la réunion du Sous-Comité du Programme qui a eu lieu le 8 septembre 1993  |
| AFR/RC43/33        | - | Participation des membres du Sous-Comité du Programme à la réunion d'intérêt programmatique 1993-1994   |
| AFR/RC43/INF.DOC/1 | - | L'Afrique en l'an 2000 : Une initiative pour un programme international de l'approvisionnement en eau potable et de l'assainissement en Afrique |
| AFR/RC43/INF.DOC/2 | - | Critères et formule pour la détermination du crédit budgétaire alloué à chaque pays   |
| AFR/RC43/INF.DOC/3 | - | Vers une surveillance plus efficace de la santé communautaire   |
| AFR/RC43/TD/1      | - | Discussions techniques : Développement de l'infrastructure sanitaire du district dans la Région africaine                                       |

- 
- |                     |   |  |
|---------------------|---|--|
| AFR/RC43/TD/2       | - | Guide pour les Discussions techniques  |
| AFR/RC43/WP/1       | - | Rapport du Sous-Comité des Désignations  |
| AFR/RC43/Conf.Doc/1 | - | Allocution prononcée par le Dr G. L. Monekosso, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique                     |
| AFR/RC43/Conf.Doc/2 | - | Allocution du Dr Hiroshi Nakajima, Directeur général de l'Organisation mondiale de a Santé                     |
| AFR/RC43/Conf.Doc/3 | - | Discours d'ouverture de Son Excellence Sir Ketumile Masire, Président de la République du Botswana             |
| AFR/RC43/Conf.Doc/4 | - | Allocution de M. Pascal Gayama, Secrétaire général adjoint de l'OUA  |
| AFR/RC43/Conf.Doc/5 | - | Allocution prononcée par M. Cole P. Dodge, Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique orientale et australe |
| AFR/RC43/Conf.Doc/6 | - | Allocution de Mme Ishrat Z. Husain, Banque mondiale  |
| AFR/RC43/Conf.Doc/7 | - | Discours de M. Stanislas Adotevi, Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre        |