

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

***QUARANTE-QUATRIEME SESSION
DU COMITE REGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE
TENUE A BRAZZAVILLE
REPUBLIQUE DU CONGO
DU 7 AU 14 SEPTEMBRE 1994***

RAPPORT FINAL

BRAZZAVILLE
Octobre 1994

AFR/RC44/21

SOMMAIRE

PARTIE I

DECISIONS DE PROCEDURE	Page
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	1
4. Pouvoirs	2
5. Choix du sujet des Discussions techniques de 1995	2
6. Nomination du Président des Discussions techniques de 1995	2
7. Ordre du jour de la quarante-cinquième session du Comité régional de l'Afrique	2
8. Ordres du jour de la quatre-vingt-quinzième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé : Incidences régionales	3
9. Méthode de travail et durée de la Quarante-Huitième 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)	4
11. Désignation des représentants de la Région africaine au Comité consultatif de gestion du Programme d'action sur les Médicaments essentiels	4
12. Dates et lieux des quarante-cinquième et quarante-sixième sessions du Comité régional	4
13. 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	4
14. Désignation des représentants de la Région africaine au Conseil conjoint de Coordination (JCB) du Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales	5

RESOLUTIONS	<i>Page</i>
AFR/RC44/R1	Désignation du Directeur régional 6
AFR/RC44/R2	Activités de l'OMS dans la Région africaine en 1993 : Rapport succinct du Directeur régional 6
AFR/RC44/R3	Mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000 dans la Région africaine - Troisième surveillance continue 8
AFR/RC44/R4	Projet de Budget Programme pour l'exercice 1996-1997 9
AFR/RC44/R5	Elimination de la lèpre dans la Région africaine 9
AFR/RC44/R6	Programme de lutte contre la tuberculose 10
AF/RC44/R7	Programme élargi de vaccination : Eradication de la poliomyélite et élimination du tétanos néonatal 12
AFR/RC44/R8	Eradication de la dracunculose 13
AFR/RC44/R9	Programme de lutte contre les infections respiratoires aiguës : Progrès réalisés 15
AFR/RC44/R10	Situation nutritionnelle dans la Région africaine 16
AFR/RC44/R11	Stratégie régionale en vue d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale dans la Région africaine 18
AFR/RC44/R12	Lutte contre le SIDA : Situation actuelle dans la Région africaine 20
AFR/RC44/R13	La santé bucco-dentaire dans la Région africaine : Situation actuelle et action minimum pour l'améliorer 21
AFR/RC44/R14	Accélérer le développement de la santé mentale dans la Région africaine 23
AFR/RC44/R15	Sélection et développement des technologies de la santé au niveau du district 24
AFR/RC44/R16	Création d'un Groupe africain d'intervention humanitaire 26
AFR/RC44/R17	Programme spécial de coopération avec la République du Rwanda 27
AFR/RC44/R18	Témoignage de gratitude au Dr G. L. Monekosso 28
AFR/RC44/R19	Motion de remerciements 28

PARTIE II

Paragraphes

OUVERTURE DE LA SESSION	1-32
ORGANISATION DES TRAVAUX	33-37
RAPPORT SUCCINCT DU DIRECTEUR REGIONAL SUR LES ACTIVITES DE L'OMS DANS LA REGION AFRICAINE (document AFR/RC44/3)	38-148
Introduction	38-81
Développement et direction d'ensemble des programmes de l'OMS	48-51
Appui aux systèmes nationaux de santé	52-54
Appui à la protection et à la promotion de la santé	55-59
Lutte contre les maladies et les incapacités	60-66
Coordination, Information et Promotion	67-73
Appui aux programmes	74-76
Rapport du Directeur régional	77-81
Discussion	82-138
Questions générales	82-85
Développement et direction d'ensemble des programmes	86-93
Appui aux systèmes nationaux de santé	94-107
Promotion et protection de la santé	108-113
Lutte contre les maladies et les incapacités	114-130
Appui aux programmes	131-138
Conclusion du rapport succinct du Directeur régional	139-148
DESIGNATION DU DIRECTEUR REGIONAL	149
CORRELATION ENTRE LES TRAVAUX DU COMITE REGIONAL, DU CONSEIL EXECUTIF ET DE L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE	150-166
Moyens de mettre en oeuvre les résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif (document AFR/RC44/9)	151-155
Ordres du jour de la Quatre-vingt-quinzième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé : Incidences régionales (document AFR/RC44/10)	156-160
Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC44/11)	161-166

Paragraphes

RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME (document AFR/RC44/17)	167-215
Introduction	167
Projet de budget programme pour 1996-1997 (documents AFR/RC44/2, AFR/RC44/2 Add.1 et AFR/RC44/2 Corr.1)	168-176
Lutte contre la tuberculose et la lèpre (documents AFR/RC44/13 et Add.1)	177-182
Programme élargi de vaccination (document AFR/RC44/14)	183-186
Eradication de la dracunculose dans la Région africaine : Progrès accomplis (document AFR/RC44/15)	187-188
Programme de lutte contre les infections respiratoires aiguës : Progrès accomplis (document AFR/RC44/16)	189-191
Situation nutritionnelle dans la Région africaine (document AFR/RC44/5)	192-194
Stratégie régionale en vue d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale dans la Région africaine (document AFR/RC44/7)	195-199
Lutte contre le SIDA : Situation actuelle dans la Région africaine (document AFR/RC44/6)	200-208
Mise en oeuvre des stratégies de la santé d'ici l'an 2000 dans la Région africaine : Troisième surveillance continue (document AFR/RC44/4)	209-211
Rapport d'activité sur le programme de financement des soins de santé (document AFR/RC44/8)	212-215
DISCUSSIONS TECHNIQUES (documents AFR/RC44/TD/1, AFR/RC44/TD/2 et AFR/RC44/TD/3)	216-218
DATES ET LIEUX DES QUARANTE-CINQUIEME ET QUARANTE-SIXIEME SESSIONS DU COMITE REGIONAL EN 1995 ET 1996 (document AFR/RC44/20) .	219-221
ADOPTION DU PROJET DE RAPPORT FINAL DU COMITE REGIONAL (document AFR/RC44/21)	222-223
AUTRES QUESTIONS EXAMINEES PAR LE COMITE REGIONAL	224-241
Résolution conférant le titre de Directeur régional honoraire au Prof. G. L. Monekosso, Directeur sortant	224-225
Projet de résolution pour une meilleure santé en Afrique	226-227
CLOTURE DE LA SESSION	228-241
CONCLUSION	242-247

PARTIE III

ANNEXES

	<i>Page</i>
1. Ordre du Jour	65-66
2. Liste des participants	67-87
3. Allocution d'ouverture du Ministre de la Santé du Botswana, Son Excellence le Dr B. K. Temane, Président de la quarante- troisième session du Comité régional de l'OMS pour l'AFrique	88-89
4. Discours prononcé par le Dr G. L. Monekosso, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique	90-93
5. Allocution du Dr Hiroshi Nakajima, Directeur général de l'OMS	94-99
6. Discours de M. P. Gayama, Secrétaire Général adjoint de l'Organisation de l'Unité africaine	100-102
7. Allocution du Général de Brigade Amadou Toumani Touré, Ancien Chef d'Etat du Mali	103-105
8. Discours d'ouverture de Son Excellence le Professeur Pascal Lissouba Président de la République du Congo, Chef de l'Etat	106-109
9. Déclaration de M. P. Cole Dodge, Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique orientale et australe	110-113
10. Discours de M. E. V. Jaycox, Vice-Président de la Banque mondiale, chargé de la Région africaine	114-117
11. Discours de Mme Torild Skard, Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre	118-120
12. Discours de clôture du Dr H. Godinho Gomes, Ministre de la Santé de Guinée-Bissau, Président de la quarante-quatrième session du Comité régional	121-123

	<i>Page</i>
13. Rapport du Sous-Comité du Programme	124-150
14. Rapport de la réunion du Sous-Comité du Programme tenue le 13 septembre 1994	151-154
15. Rapport des Discussions techniques	155-161
16. Projet d'ordre du jour provisoire de la quarante-cinquième session du Comité régional	162-163
17. Liste des documents	164-166

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 de Désignation composé des Représentants des 12 Etats Membres suivants : Algérie, Burundi, République centrafricaine, Tchad, Comores, Guinée équatoriale, Guinée, Lesotho, Malawi, Namibie, Nigéria et Afrique du Sud. Il a élu Président le Dr N. Mapetla (Lesotho).

Deuxième séance, 7 septembre 1994

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

Après avoir examiné le rapport du Sous-Comité des Désignations (document AFR/RC44/WP/01) et conformément à l'article 10 du Règlement intérieur et à la résolution AFR/RC41/R1, le Comité régional a élu à l'unanimité le bureau suivant :

- Président :** Mme H. Godinho Gomes
Ministre de la Santé (Guinée-Bissau)
- 1er Vice-Président :** M. Christophe Dabiré
Ministre de la Santé (Burkina Faso)
- 2ème Vice-Président :** M. Ralph Adam
Ministre de la Santé (Seychelles)
- Rapporteurs :** Dr N. A. Adamafio
Directeur des Services médicaux (Ghana)
- M. Asane Diop
Ministre de la Santé (Sénégal)
- Dr Ildo de Carvalho
Directeur général de la Santé (Cap-Vert)

Troisième séance, 7 septembre 1994

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 11 Etats Membres suivants : Cameroun, Erythrée, Madagascar, Mali, Maurice, Niger, Sao Tomé et Príncipe, Swaziland, République Unie de Tanzanie, Zaïre et Zimbabwe.

Le Sous-Comité a élu le Dr F.C. Silveira (Sao Tomé et Principe) comme Président.

Troisième séance, 7 septembre 1994

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 suivants : Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, République centrafricaine, Tchad, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Erythrée, Guinée équatoriale, Ethiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Rwanda, Sao Tomé et Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Afrique du Sud, Swaziland, Togo, Ouganda, République Unie de Tanzanie, Zaïre, Zambie et Zimbabwe.

Cinquième séance, 8 septembre 1994

5. Choix du sujet des Discussions techniques de 1995

Le Comité régional a approuvé le thème suivant pour les discussions techniques de la quarante-cinquième session : "Financement de soins de santé".

Quatorzième séance, 14 septembre 1994

6. Nomination du Président des Discussions techniques de 1995

Le Comité a nommé le Dr R. R. Chatora (Zimbabwe) Président des Discussions techniques de la quarante-cinquième session du Comité régional de l'Afrique en 1995 et le Dr L.C. Sarr (Sénégal) Président suppléant.

Quatorzième séance, 14 septembre 1994

7. Ordre du jour de la quarante-cinquième session du Comité régional de l'Afrique

Le Comité régional a approuvé l'ordre du jour provisoire de la quarante-cinquième session du Comité régional (Annexe 3 du document AFR/RC44/10).

Quatorzième séance, 14 septembre 1994

8. Ordres du jour de la quatre-vingt-quinzième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Huitième Assemblée de la Santé : Incidences régionales.

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

Quatorzième séance, 14 septembre 1994

9. Méthode de travail et durée de la Quarante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé

Président de l'Assemblée mondiale de la Santé

- 9.1 En mai 1994, le Président de la quarante-troisième session du Comité régional de l'Afrique a été élu Président de la Quarante-Septième Assemblée mondiale de la Santé. Le cycle recommencera et le tour de la Région africaine reviendra de nouveau en l'an 2000.

Vice-Président de l'Assemblée mondiale de la Santé

- 9.2 Le Président de la quarante-quatrième session du Comité régional sera proposé pour l'un des postes de Vice-Président de la Quarante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé en mai 1995. Si pour une raison ou pour 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 (1er et 2ème Vice-Présidents). Si le Président en exercice du Comité et les deux Vice-Présidents ne sont pas en mesure d'assumer les fonctions de Vice-Présidents de l'Assemblée mondiale de la Santé, les chefs de délégations des pays d'origine du Président et du 1er et du 2ème Vice-Présidents du Comité régional assumeront, dans cet ordre, les fonctions de Vice-Présidents.

Membres habilités à désigner les personnes devant siéger au Conseil exécutif

- 9.3 Le mandat du Swaziland et du Cameroun expireront à la fin de la Quarante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé. En suivant l'ordre alphabétique habituel, ces derniers seront remplacés par le Zimbabwe et l'Algérie qui prendront leur place à la quatre-vingt-seizième session du Conseil exécutif, au côté du Togo, de la Tanzanie, de l'Ouganda et du Zaïre.

Réunion informelle du Comité régional

- 9.4 Le Directeur régional convoquera cette réunion le lundi 1er mai 1995, à 10 heures, au Palais des Nations, à Genève, afin de confirmer les décisions prises par le Comité régional à sa quarante-quatrième session.

Quatorzième séance, 14 septembre 1994

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

A sa quarante-troisième session, le Comité régional a désigné la Côte d'Ivoire pour remplacer le Congo pendant trois ans, à partir du 1er janvier 1994. La Côte d'Ivoire s'est jointe au Botswana pour représenter la Région au Comité de gestion du Programme mondial de lutte contre le SIDA. Le Botswana ayant démissionné, l'Ethiopie le remplacera pour un mandat de deux ans à partir d'octobre 1994.

Quatorzième séance, 14 septembre 1994

11. Désignation des représentants de la Région africaine au Comité consultatif de gestion du Programme d'action sur les Médicaments essentiels

Le mandat de la Zambie expirera le 31 décembre 1994 tandis que celui du Zimbabwe s'achèvera le 31 décembre 1995. En janvier 1995, l'Algérie remplacera la Zambie selon l'ordre alphabétique anglais, et assumera un mandat de trois ans (1995-1997). En janvier 1996, l'Angola remplacera le Zimbabwe, également pour trois ans.

Quatorzième séance, 14 septembre 1994

12. Dates et lieux des quarante-cinquième et quarante-sixième sessions du Comité régional

Conformément à la résolution AFR/RC35/R10, le Comité régional a décidé de tenir sa quarante-cinquième session à Libreville (Gabon) du 6 au 13 septembre 1995. La quarante-sixième session du Comité aura lieu à Brazzaville où le budget programme 1998-1999 pourra être discuté de façon convenable.

Quatorzième séance, 14 septembre 1994

13. 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

Le mandat du Togo expirera le 31 décembre 1994 et, en suivant l'ordre alphabétique anglais, le Comité régional a désigné la Zambie pour remplacer le Togo à partir du 1er janvier 1995.

Quatorzième séance, 14 septembre 1994

14. Désignation des représentants de la Région africaine au Conseil conjoint de Coordination (JCB) du Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales

Le mandat du Sénégal venant à expiration le 31 décembre 1994, l'Angola a été désigné comme nouveau membre et rejoindra l'Algérie pour représenter la Région africaine au Conseil conjoint de Coordination (JCB) du Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales. Le mandat de trois ans de l'Angola commencera en janvier 1995.

Le Comité régional remercie sincèrement le Gouvernement du Sénégal pour sa contribution à cet important programme.

Quatorzième séance, 14 septembre 1994

RESOLUTIONS**AFR/RC44/R1 Désignation du Directeur régional**

Le Comité régional,

Vu l'article 52 de la Constitution; et

Conformément à l'article 52 de son Règlement intérieur;

1. **DESIGNE** le Dr Ebrahim Malick Samba en qualité de Directeur régional pour l'Afrique; et
2. **PRIE** le Directeur général de proposer au Conseil exécutif la nomination du Dr Ebrahim Malick Samba pour une période de cinq ans, à compter du 1er février 1995.

Quatorzième session, 14 septembre 1994

**AFR/RC44/R2 Activités de l'OMS dans la Région africaine en 1993 :
Rapport succinct du Directeur régional**

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport succinct du Directeur régional sur les activités de l'OMS dans la Région africaine en 1993;

Notant que la présentation de ce rapport est conforme à la résolution AFR/RC25/R2;

Notant avec satisfaction que ce rapport couvre des domaines prioritaires tels que la préparation et la réponse aux situations d'urgence, la coordination de la stratégie de la santé pour tous, les systèmes nationaux de santé, la protection et la promotion de la santé ainsi que la lutte contre les maladies, y compris le SIDA;

Notant également avec satisfaction que les Etats Membres et la communauté internationale s'emploient à rendre opérationnels de nombreux districts dans l'optique du Cadre africain de Développement sanitaire, malgré les difficultés sociales et financières,

1. **APPROUVE** le rapport du Directeur régional;
2. **FELICITE** le Directeur régional pour la qualité de son rapport et pour la présentation qui en a été faite par lui-même et son équipe;
3. **ENCOURAGE** le Directeur régional à poursuivre ses efforts en vue d'atteindre les cibles et objectifs fixés pour les années 1990;

4. **PREND NOTE** avec satisfaction des initiatives prises par le Directeur régional en 1993, en particulier celles qui visent :

- i) les situations d'urgence et l'assistance humanitaire aux Etats Membres touchés par des troubles civils et sociaux ou des catastrophes naturelles;
- ii) l'appui aux Etats Membres, même en cas d'éclatement de conflits dans le pays hôte;

5. **DEMANDE** aux Etats Membres :

- i) de prendre les mesures appropriées pour la mise en oeuvre des programmes prioritaires, en application du Cadre africain de Développement sanitaire;
- ii) d'accroître la part des budgets nationaux consacrée à la santé;
- iii) d'élaborer des plans de préparation aux situations d'urgence sur la base de conditions propres à chaque pays;
- iv) de redoubler d'efforts dans la lutte contre le SIDA en Afrique;

6. **PRIE** le Directeur régional :

- i) de poursuivre vigoureusement la décentralisation du système d'appui technique du Bureau régional en renforçant davantage les bureaux de l'OMS dans les pays et les capacités des unités sous-régionales pour leur permettre de mieux répondre aux besoins des pays;
- ii) de poursuivre ses efforts dans la mobilisation des ressources humaines, techniques et financières nécessaires à l'appui des programmes nationaux;
- iii) de renforcer davantage l'utilisation efficiente des ressources de l'OMS en apportant les perfectionnements nécessaires au système AFROPOC;
- iv) de renforcer davantage la capacité du Bureau régional à surveiller effectivement les activités, la gestion, les réalisations en matière de santé, et aussi à surveiller la mise en oeuvre des activités de prévention et de soins du SIDA, à assise communautaire, au niveau du district, la préparation et la réaction aux situations d'urgence ainsi que les activités de financement de la santé dans les pays membres.

Quatorzième séance, 14 septembre 1994

AFR/RC44/R3 Mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000 dans la Région africaine - Troisième surveillance continue

Le Comité régional,

Notant avec satisfaction que les Etats Membres ont procédé du 1er mars au 30 avril 1994 à la Troisième surveillance continue de la mise en oeuvre des stratégies nationales de la santé pour tous conformément aux résolutions WHA39.7, AFR/RC35/R1 et AFR/RC37/R14;

Rappelant la résolution sur la Deuxième évaluation (AFR/RC41/R5, 1991) demandant aux Etats Membres de faire un plus grand usage des données et des conclusions du processus de surveillance continue et d'évaluation de la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous;

Ayant examiné le rapport du Directeur régional sur la Troisième surveillance continue (AFR/RC44/4),

1. APPROUVE le rapport du Directeur régional sur la Troisième surveillance continue de la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous dans la Région africaine;
2. INVITE les Etats Membres à relever le défi de la santé pour tous les Africains en s'inspirant notamment des conclusions de leur exercice national de surveillance continue;
3. DEMANDE aux Etats Membres de poursuivre le renforcement de leurs capacités en matière d'appui informationnel à la gestion des systèmes nationaux de santé, dans la perspective d'une intégration effective du processus d'évaluation et de surveillance continue dans la prise de décision en matière de développement sanitaire;
4. PRIE le Directeur régional :
 - i) d'intensifier ses efforts de coopération technique avec les Etats Membres de la Région, notamment dans le cadre de la préparation et de la conduite de la Troisième évaluation à venir;
 - ii) de transmettre le document AFR/RC44/4 au Directeur général à titre de contribution de la Région africaine au Rapport sur la Troisième surveillance continue de la mise en oeuvre de la stratégie de la Santé pour tous au niveau mondial, à soumettre à l'Assemblée mondiale de la Santé (WHA48, 1995);
 - iii) de faire rapport, annuellement, sur les progrès accomplis dans la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous.

Quatorzième séance, 14 septembre 1994

AFR/RC44/R4 Projet de Budget Programme pour l'exercice 1996-1997

Le Comité régional,

Ayant examiné en détail le rapport soumis par le Sous-Comité du Programme sur le Projet de Budget Programme pour l'exercice 1996-1997,

1. NOTE que le Budget Programme 1996-1997, le premier du Neuvième Programme général de Travail, a été préparé conformément aux directives fixées par la politique régionale en matière de budget programme et que la budgétisation globale a été établie sur la base d'un taux de croissance zéro en termes réels;
2. FELICITE le Directeur régional d'avoir mis concrètement en oeuvre les directives politiques données par les Organes directeurs;
3. APPROUVE le rapport du Sous-Comité du Programme;
4. APPROUVE le Projet de Budget Programme 1996-1997; et,
5. PRIE le Directeur régional de transmettre le Projet de Budget Programme pour l'exercice 1996-1997 au Directeur général pour examen et inclusion dans le Projet de Budget Programme de l'Organisation pour l'exercice 1996-1997.

Quatorzième séance, 14 septembre 1994

AFR/RC44/R5 Elimination de la lèpre dans la Région africaine

Le Comité régional,

Rappelant les résolutions WHA44.9 et AFR/RC42/R9 relatives à la lèpre;

Exprimant sa satisfaction sur les progrès accomplis jusqu'à présent dans la lutte contre la lèpre dans la Région;

Reconnaissant que l'engagement politique s'est accru dans tous les Etats Membres;

Reconnaissant par ailleurs que les organisations nationales et internationales non gouvernementales et autres ont accru leur soutien aux pays pour l'élaboration de plans nationaux d'action;

Ayant examiné le rapport du Directeur régional sur l'élimination de la lèpre,

1. FELICITE le Directeur régional des actions excellentes et concrètes qu'il a prises pour la mise en oeuvre de la polychimiothérapie dans les Etats Membres;

2. DEMANDE aux Etats Membres :

- i) d'accroître et maintenir leur engagement politique pour porter à 100 % le taux de couverture de la lèpre par la polychimiothérapie;
- ii) de renforcer les capacités et les compétences gestionnaires des programmes nationaux, notamment au niveau du district;
- iii) de renforcer les activités d'éducation pour la santé par diverses approches, y compris la participation de la communauté, notamment en ce qui concerne la réadaptation et la réinsertion sociale des malades de la lèpre;

3. DEMANDE aux organisations internationales, gouvernementales et non gouvernementales, ainsi qu'aux fondations bénévoles privées de continuer à soutenir les activités de lutte contre la lèpre dans la Région africaine;

4. PRIE le Directeur régional d'axer les activités sur le renforcement de la lutte contre la lèpre dans les 10 pays les plus endémiques :

- en assurant la formation à la gestion au niveau du district, en utilisant des modules de formation;
- en mettant au point d'instruments de surveillance et d'évaluation;
- en apportant un appui direct aux consultants;
- en incitant les ONG à maintenir leur appui financier au programme et en encourageant des Etats Membres;

5. PRIE le Directeur régional de surveiller les progrès réalisés par le programme et de faire régulièrement rapport au Comité régional.

Quatorzième séance, 14 septembre 1994

AFR/RC44/R6 Programme de lutte contre la tuberculose

Le Comité régional,

Exprimant sa préoccupation devant le fait que notre Région continue d'enregistrer chaque année plus d'un demi million de décès et un million deux cent cinquante mille nouveaux cas de tuberculose;

Reconnaissant que la tuberculose s'accroît rapidement dans la Région du fait de la détérioration des conditions socio-économiques et de la pandémie de SIDA;

Reconnaissant en outre que la chimiothérapie de courte durée est l'une des interventions les plus rentables en médecine;

Ayant examiné le rapport d'activités du Directeur régional sur le programme régional relatif à la tuberculose,

1. FELICITE le Directeur régional pour les actions excellentes et concrètes qu'il a prises pour renforcer le programme régional de lutte contre la tuberculose.

2. DEMANDE aux Etats Membres :

- i) d'apporter un soutien politique maximum à ces efforts par la mise en place de programmes nationaux de lutte animés par un service central et de prévoir des dotations budgétaires pour la mise en oeuvre de la stratégie de lutte recommandée par l'OMS;
- ii) de renforcer les capacités et les compétences gestionnaires des programmes nationaux, notamment au niveau du district, en utilisant les modules de formation;
- iii) de renforcer les activités d'éducation pour la santé par diverses approches, y compris la participation de la communauté, notamment en ce qui concerne les stigmates sociaux créés par la tuberculose;

3. DEMANDE aux organisations internationales, gouvernementales et non gouvernementales, ainsi qu'aux fondations bénévoles privées, de continuer à apporter leur concours financier et technique aux activités de lutte contre la tuberculose dans la Région africaine;

4. DEMANDE au Directeur régional :

- i) d'axer les activités sur l'amélioration du taux de guérison des personnes dont l'examen des crachats a été positif, afin de porter ce taux à 85 % et de dépister 70 % des cas d'ici l'an 2000, grâce à une approche intégrée aux SSP;
- ii) de renforcer le soutien technique fourni aux Etats Membres pour la mise en oeuvre de la chimiothérapie de courte durée;
- iii) de continuer à jouer un rôle de catalyseur dans la mobilisation des ressources financières nécessaires pour la mise en oeuvre de la chimiothérapie de courte durée;
- iv) de continuer à renforcer la capacité gestionnaire des pays pour la lutte contre la tuberculose, grâce à la formation et à la promotion de la recherche opérationnelle;

5. PRIE le Directeur régional de surveiller les progrès du programme et de faire régulièrement rapport au Comité régional.

Quatorzième séance, 14 septembre 1994

AFR/RC44/R7 Programme élargi de vaccination : Eradication de la poliomyélite et élimination du tétanos néonatal

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du Directeur régional contenu dans le document AFR/RC44/14 qui décrit la situation du PEV et en fournit les stratégies à développer dans les différents blocs épidémiologiques;

Considérant les résolutions AFR/RC41/R1 et AFR/RC43/R8 sur le renforcement du programme au niveau de chaque district, particulièrement la surveillance continue de la couverture vaccinale et de l'incidence des maladies cibles prioritaires ainsi que la résolution AFR/RC42/R3 sur les mécanismes de financement d'achat des vaccins;

Prenant en compte les difficultés d'ordre économique, politique et social qui freinent l'atteinte des objectifs d'élimination du tétanos néonatal, d'éradication de la poliomyélite et de la maîtrise de la rougeole;

Notant avec satisfaction les efforts de coordination de tous les intervenants au niveau régional, dans le cadre de la "Task Force sur la Vaccination", afin d'obtenir un consensus sur l'appui extérieur aux programmes nationaux,

1. FELICITE le Directeur régional pour les informations et orientations contenues dans son rapport;
2. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :
 - i) à prendre des mesures appropriées pour renverser la tendance à la baisse de la couverture vaccinale par l'adoption des stratégies opérationnelles adaptées au niveau de chaque district;
 - ii) à considérer la réduction de la morbidité et de la mortalité des maladies cibles comme élément déterminant dans l'application des stratégies du PEV à tous les niveaux du système de santé;
 - iii) à asseoir, aux différents échelons des systèmes de santé, des mécanismes de coordination (Task Force) des interventions entre les différents partenaires du programme;
3. LANCE UN APPEL aux agences du système des Nations Unies, aux agences gouvernementales de coopération et aux organisations non gouvernementales pour appuyer les plans d'action nationaux, notamment en assurant l'approvisionnement en vaccins et le développement de la surveillance épidémiologique au niveau des districts;
4. LANCE UN APPEL aux Etats Membres et à la communauté internationale pour que des "Journées de Paix" pour la vaccination des enfants soient instaurées dans les zones affectées par les troubles socio-politiques;

PRIE le Directeur régional :

- i) de renforcer la collaboration avec les Etats Membres pour appuyer la mise en oeuvre des stratégies de vaccination et de contrôle des maladies cibles;

- ii) de poursuivre la collaboration avec l'UNICEF, le Rotary International, l'Association canadienne de Santé publique et d'autres partenaires en matière de financement et d'appui à la mise en oeuvre des activités du programme;
- iii) d'assister les Etats Membres, en collaboration avec l'UNICEF et d'autres partenaires intéressés, dans la préparation des plans à long terme pour assurer un approvisionnement adéquat en vaccins, y compris les nouveaux vaccins, et dans la mobilisation de ressources additionnelles;
- iv) de tenir les Etats Membres et le Comité régional informés des progrès réalisés.

Quatorzième séance, 14 septembre 1994

AFR/RC44/15/R8 Eradication de la dracunculose

Le Comité régional,

Ayant présentes à l'esprit, la résolution WHA44.5 adoptée en 1991 par la Quarante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, et la résolution AFR/RC41/R7 adoptée en 1993 par le Comité régional;

Notant que certaines recommandations contenues dans la résolution AFR/RC38/R13 adoptée en 1988 par le trente-huitième Comité régional n'ont pas encore été totalement mises en oeuvre par un certain nombre d'Etats Membres;

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

Encouragé par les progrès réalisés dans de nombreux pays en vue de l'éradication de la dracunculose;

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

Persuadé que la stratégie régionale de l'éradication de la dracunculose demeure toujours efficace;

Ayant examiné 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 portant sur l'approvisionnement en eau saine, la surveillance active, l'éducation pour la santé, la lutte antivectorielle et la prophylaxie individuelle en vue de l'éradication de la dracunculose;

3. PRIE INSTAMMENT tous les Etats Membres touchés :

- i) d'accorder une grande priorité aux zones endémiques, en leur assurant des sources d'eau potable sûres, et d'intensifier la surveillance nationale de la dracunculose et d'en rendre compte à l'OMS sur une base trimestrielle;
- ii) de renforcer la surveillance active à assise villageoise dans le contexte des soins de santé primaires et d'intensifier les activités d'éducation pour la santé et de prévention, visant à l'éradication de la dracunculose, d'ici 1995;

4. INVITE les organismes de développement bilatéraux et internationaux, les organisations bénévoles privées, les fondations et autres organisations internationales et régionales appropriées :

- i) à soutenir les pays en introduisant, dans le contexte des soins de santé primaires, une composante de la dracunculose, dans les programmes de développement de l'approvisionnement en eau dans les zones rurales, ainsi que dans les programmes d'agriculture et d'éducation pour la santé dans les zones endémiques;
- ii) à procurer les fonds extrabudgétaires en vue de ce soutien;

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, afin de suivre l'évolution de la prévalence et de l'incidence de la maladie et d'encourager la coopération et la coordination entre pays endémiques voisins par le biais des mécanismes CTPD;
- iv) de soumettre au Comité régional, lors de sa quarante-cinquième session, un rapport sur la situation de ces activités dans les pays touchés.

Quatorzième séance, 14 septembre 1994

**AFR/RC44/R9 Programme de lutte contre les infections
respiratoires aiguës : Progrès réalisés**

Le Comité régional,

Considérant la résolution WHA44.7 de l'Assemblée mondiale de la Santé appelant les Etats Membres à établir des programmes nationaux de lutte contre les IRA qui soient intégrés aux soins de santé primaires;

Considérant la résolution AFR/RC41/R3 du Comité régional appelant les Etats Membres à élaborer des programmes nationaux pertinents de lutte contre les IRA en vue de réduire de façon significative la mortalité chez le nourrisson et le jeune enfant;

Réaffirmant son adhésion à la Déclaration et au Plan d'action du Sommet mondial de septembre 1990 en faveur des "Droits de l'Enfant", notamment en ce qui concerne la réduction d'ici l'an 2000 de 33 % du nombre total de décès annuels imputables aux IRA;

Ayant examiné le rapport du Directeur régional,

1. REMERCIE le Directeur régional pour son rapport concis et complet;
2. INVITE les Etats Membres à :
 - i) accélérer l'élaboration de leurs plans d'opération et surtout à veiller à leur mise en oeuvre, en mettant un accent particulier sur la prise en charge précoce et correcte des cas;
 - ii) réorienter la formation de base du personnel de santé à la lumière des stratégies du programme;
3. INVITE les partenaires du développement sanitaire, au niveau des Etats Membres, à appuyer techniquement et financièrement les programmes nationaux;
4. PRIE le Directeur régional de :
 - i) renforcer le soutien technique de l'OMS pour la planification, la formation, la surveillance et l'évaluation des programmes nationaux;
 - ii) poursuivre l'organisation, au niveau des pays, de séminaires d'orientation qui associent tous les acteurs et partenaires sur le terrain afin de promouvoir les stratégies du programme;
 - iii) appuyer toute approche visant l'intégration des activités LMD/IRA aux activités du programme "Survie de l'Enfant";
5. PRIE le Directeur régional de faire rapport à la quarante-sixième session du Comité régional sur les progrès réalisés et les contraintes rencontrées dans la mise en oeuvre de ce programme.

Quatorzième séance, 14 septembre 1994

AFR/RC44/R10 Situation nutritionnelle dans la Région africaine

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du Directeur régional sur la situation nutritionnelle dans la Région africaine;

Rappelant les résolutions AFR/RC39/R7, WHA44.33 et WHA46.7 sur le renforcement des politiques nutritionnelles, AFR/RC37/R8, AFR/RC38/R4 et WHA45.33 sur la lutte contre les carences en micronutriments, AFR/RC41/R11 et WHA47.5 sur la promotion de l'allaitement maternel, la mise en oeuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et l'alimentation du jeune enfant;

Considérant l'étendue des problèmes de nutrition dans la Région et prenant note des nombreuses activités déjà prises dans les pays en matière de nutrition,

1. FELICITE le Directeur régional pour son rapport sur l'examen de la situation nutritionnelle dans la Région africaine;
2. APPROUVE le rapport du Directeur régional;
3. EXPRIME SA SATISFACTION DEVANT LES EFFORTS des Etats Membres pour promouvoir et développer le bien-être nutritionnel;
4. ADRESSE ses remerciements aux organisations qui ont collaboré au programme, particulièrement la FAO, l'UNICEF, l'OUA et le Comité international de lutte contre les troubles dus à la carence en iode;
5. INVITE les Etats Membres à :
 - i) renforcer les politiques alimentaires et nutritionnelles visant à assurer le bien-être nutritionnel de la population, à les matérialiser dans les plans nationaux d'action pour la nutrition et à mobiliser toutes les ressources humaines, matérielles et financières pouvant contribuer à leur mise en oeuvre;
 - ii) développer des stratégies nutritionnelles qui : a) partent du constat que la malnutrition est le résultat de l'interaction d'une multitude de facteurs parmi lesquels les politiques macroéconomiques restrictives, l'insécurité alimentaire, l'inadéquation des pratiques alimentaires et les maladies notamment infectieuses jouent un rôle prépondérant, b) s'appuient sur la communauté, c) privilégient une approche basée sur un apport alimentaire adéquat, la lutte contre les maladies infectieuses et l'accès aux soins de santé de base;
 - iii) mettre en place un mécanisme de coordination dans l'intention d'intégrer les activités des secteurs concernés par la nutrition;
 - iv) établir un système d'information nutritionnelle qui permette de mieux connaître le profil épidémiologique des troubles nutritionnels, de mesurer leur ampleur pour définir leur sévérité en termes de santé publique, de suivre les programmes d'intervention et d'en évaluer l'impact sur les populations;

- v) mener des études épidémiologiques pour voir dans quelles mesures certains groupes de population sont exposés, du fait de la nature de leur mode de vie et de leurs habitudes alimentaires, au risque de maladies nutritionnelles liées au mode de vie et prendre, le cas échéant, les mesures de prévention appropriées;
- vi) développer des programmes de lutte contre les carences en micronutriments qui intègrent dans un seul ensemble la lutte contre les carences en iode, en fer et en vitamine A et faire une analyse de l'étendue des carences en micronutriments là où cela n'a pas été encore fait et, le cas échéant, élaborer des programmes de lutte;
- vii) tout mettre en oeuvre pour que l'élimination de la carence en iode et de la carence en vitamine A, la réduction substantielle de l'anémie par carence en fer chez les femmes enceintes et l'iodation universelle du sel deviennent autant de réalités dans les pays de la Région africaine avant la fin de ce siècle;
- viii) poursuivre les efforts pour promouvoir et protéger l'allaitement au sein, au niveau non seulement des maternités, mais aussi des communautés, afin que les enfants soient nourris exclusivement au sein pendant les 4-6 premiers mois et continuent de recevoir le lait de leur mère, en association avec une alimentation de complément correcte jusqu'au 24ème mois;
- ix) prendre les mesures nécessaires pour donner effet au Code de commercialisation des substituts du lait maternel et empêcher la distribution gratuite ou subventionnée de substituts du lait maternel, en particulier dans les services de maternité;
- x) développer des programmes visant à promouvoir la production locale d'aliments de complément;

6. PRIE le Directeur régional :

- i) de donner un appui à l'élaboration et la mise en oeuvre des plans d'action nationaux sur la nutrition;
- ii) d'assister les pays dans leur effort pour promouvoir l'allaitement maternel et mettre en oeuvre le Code de commercialisation de substituts du lait maternel, en apportant un appui à l'organisation de séminaires de formation sur la conduite de la lactation et sur le Code de commercialisation de substituts du lait maternel;
- iii) d'apporter son soutien au lancement d'une "Initiative en faveur des communautés amis des bébés";
- iv) d'encourager la mise en oeuvre de programmes de production des aliments de sevrage en favorisant les échanges d'expériences entre les pays, notamment par le biais de séminaires interpays;
- v) de soutenir la mise en oeuvre des programmes de lutte contre les carences en micronutriments notamment en ce qui concerne : a) les aspects IEC en donnant un appui à des séminaires interpays de formation, b) la mise au point de technologies simples, applicables sur le terrain pour le dépistage de ces carences, et c) la législation sur le sel iodé;

- vi) de favoriser la mise en place de mécanismes régionaux comme le Groupe spécial africain pour le développement de l'alimentation et de la nutrition pour apporter un appui technique aux pays et favoriser la coopération entre eux;
- vii) d'encourager la collaboration entre les agences de coopération multilatérales, bilatérales et les organisations non gouvernementales dans leur combat contre la malnutrition;
- viii) de faire un rapport sur les progrès accomplis en matière de nutrition dans la Région au quarante-neuvième Comité régional.

Quatorzième séance, 14 septembre 1994

AFR/RC44/R11 Stratégie régionale en vue d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale dans la Région africaine

Le Comité régional,

Rappelant les résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé WHA32.42, WHA40.27, WHA42.42, WHA45.22;

Considérant les résolutions du Comité régional AFR/RC38/R6 portant création d'un Centre régional de Formation et Recherche en Santé familiale, AFR/RC39/R8 sur la santé maternelle et la maternité sans risque dans la Région et AFR/RC40/R2 sur l'amélioration de la santé maternelle et infantile;

Constatant que la grossesse comporte des risques excessivement élevés à cause de l'actuelle position socio-économique de la femme dans la Région;

Considérant le besoin aigu d'améliorer la qualité des soins offerts aux femmes et aux enfants et en particulier aux nouveau-nés;

Considérant que, dans beaucoup de pays, les non médecins tels qu'infirmières et sages-femmes ne sont pas autorisés à exercer la tâche susceptible de sauver des vies, même quand ils sont les seuls personnels de santé disponibles;

Remarquant avec satisfaction que quelques Etats Membres ont déjà adopté des politiques en faveur de la maternité sans risque et les ont activement traduites en programmes opérationnels;

Reconnaissant l'initiative du Directeur régional à établir au niveau des bureaux des Représentants de l'OMS des équipes SPT de soutien pour les pays,

1. REMERCIE le Directeur régional pour son rapport précis et exhaustif;
2. DEMANDE aux Etats Membres de :

- i) développer un cadre juridique favorable pour les sages-femmes, en particulier, et les autres cadres de la santé, en général, permettant d'acquérir des compétences nécessaires et d'agir de manière autonome à sauver des vies;
 - ii) mobiliser des ressources locales et extérieures pertinentes pour l'accélération de la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles et néonatales à travers la promotion d'un Paquet minimum d'interventions pour la maternité sans risque et les soins du nouveau-né;
 - iii) collaborer intensivement avec les institutions et les organisations non gouvernementales concernées dans la santé de la femme et de l'enfant et la maternité sans risque en vue d'optimiser les ressources existantes et d'éviter les doubles emplois;
 - iv) revoir leur programme de formation pour toutes les catégories du personnel de santé afin de renforcer des capacités nationales en communication et en counselling;
 - v) continuer à utiliser et à donner un soutien maximal aux équipes de soutien OMS/Pays;
 - vi) mettre en place ou continuer à développer un système d'information statistique simple et fonctionnel, avec un minimum d'indicateurs, pour aider à surveiller et évaluer les programmes visant à réduire la mortalité maternelle et périnatale.
3. DEMANDE au Directeur régional :
- i) de continuer de fournir aux équipes OMS/Pays le soutien technique et financier nécessaire en vue d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale dans la Région;
 - ii) d'établir au sein du Bureau régional une équipe multidisciplinaire comprenant, entre autres, une sage-femme capable d'analyser les situations des programmes de maternité sans risque dans les pays et de faire des recommandations au Directeur régional;
 - iii) d'organiser des ateliers et des séminaires interpays pour la formation, la gestion et les activités de recherche en SMI/PF et maternité sans risque, afin de renforcer les capacités nationales en la matière;
 - iv) de participer, par l'intermédiaire du Centre régional de Formation et de Recherche sur la Santé de la Famille, à Kigali, au renforcement des capacités nationales par la formation d'équipes paramédicales pluridisciplinaires en soins capables de sauver des vies;
 - v) de continuer à donner un appui technique aux pays pour l'élaboration et le perfectionnement de systèmes d'information statistique, en faisant appel aux services du Centre régional de Formation et de Recherche en Santé de la Famille, à Kigali;
4. DEMANDE également au Directeur régional de faire rapport sur les progrès réalisés dans le domaine de la maternité sans risque, lors de la quarante-sixième session du Comité régional.

Quatorzième séance, 14 septembre 1994

AFR/RC44/R12 Lutte contre le SIDA : Situation actuelle dans la Région africaine

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du Directeur régional contenu dans le document AFR/RC44/6 relatif à la situation actuelle du SIDA dans la Région africaine et aux efforts des Etats Membres pour combattre l'épidémie;

Rappelant les résolutions AFR/RC43/R3 et AFR/RC42/R5 invitant les Etats Membres à renforcer la gestion de leurs programmes nationaux de lutte contre le SIDA et à accroître la participation et le soutien à la prévention et à la lutte contre le SIDA;

Notant avec préoccupation que seulement 10 pays sur 46 Etats Membres de la Région africaine peuvent garantir la sécurité de la transfusion sanguine en milieu hospitalier;

Rappelant que, même si la transmission du VIH par transfusion sanguine n'est pas le mode de transmission le plus important, c'est le seul que les Etats Membres peuvent prévenir complètement en établissant à l'échelon national des centres de transfusion sanguine bien équipés;

Préoccupé par le fait que les programmes d'ajustement structurel institués pour améliorer les économies nationales de nombreux pays de la Région ont affecté la capacité des Etats Membres à s'attaquer à la lutte contre le SIDA et à rémunérer convenablement les personnels de santé,

1. FELICITE le Directeur régional pour la clarté de son rapport et le REMERCIE pour l'information détaillée qu'il a fournie sur la situation actuelle de la lutte contre le SIDA dans la Région;
2. FELICITE les pays membres pour les efforts louables fournis dans la mise en oeuvre des domaines d'impulsion du programme de lutte contre le SIDA, en particulier ceux traitant de l'information, de l'éducation et de la communication (IEC), de la mobilisation communautaire et de l'intégration des programmes VIH/SIDA et MST;
3. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres à :
 - i) prendre des mesures urgentes pour promulguer une politique de la sécurité du sang, mobiliser des ressources pour le développement de l'infrastructure des services hématologiques dans les hôpitaux centraux et de district et fixer des objectifs en vue de transfuser en milieu hospitalier du sang exempt de VIH;
 - ii) mettre l'accent sur les interventions ciblant les adolescents par le développement de politiques et programmes nationaux spécifiques;
 - iii) nommer aux postes de Directeur du programme pour le SIDA des personnes dûment qualifiées et expérimentées, pour refléter l'importance que le programme mérite, et à prendre des mesures appropriées pour les encourager à rester plus longtemps au Programme de lutte contre le SIDA;
 - iv) intégrer la composante IEC du Programme national de lutte contre le SIDA dans les services nationaux d'éducation pour la santé du Ministère de la Santé;

- v) faire en sorte que les fonds reçus des donateurs pour le SIDA soient exclusivement utilisés pour les activités du programme;
- vi) mobiliser les ressources humaines et financières à tous les niveaux pour les activités de lutte contre le SIDA;
- vii) donner leur appui maximal au programme conjoint et coparrainé des Nations Unies sur le VIH/SIDA dès qu'il sera mis sur pied;
- viii) prendre des mesures urgentes pour mettre en oeuvre la Déclaration des Chefs d'Etat de l'OUA sur l'épidémie du SIDA en Afrique [(AHG/Décl 1 (XXVIII)] qui avait été adoptée en juillet 1992 à Dakar, la résolution du Caire (AHG) Res.223 (XXIX)] sur l'épidémie du SIDA en Afrique, et la Déclaration de Tunis sur le SIDA et l'Enfant africain en Afrique (juin 1994);

4. PRIE le Directeur régional :

- i) de soutenir les Etats Membres dans l'élaboration de la politique et des stratégies nationales relatives à la sécurité du sang, en vue de garantir, à court, moyen et long terme, la sécurité du sang dans la Région africaine;
- ii) d'intensifier la collaboration de l'OMS avec les Etats Membres pour renforcer la gestion de leur programme national, et d'examiner les appels des pays membres, en vue d'inclure leur administrateur de programme pour le SIDA dans les équipes OMS-pays;
- iii) d'entreprendre une action énergique pour mobiliser des ressources auprès de la communauté des donateurs en vue de la lutte contre le SIDA dans la Région africaine;
- iv) de soumettre au Comité régional, lors de sa quarante-cinquième session, un rapport sur les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de la présente résolution.

Quatorzième séance, 14 septembre 1994

**AFR/RC44/R13 La santé bucco-dentaire dans la Région africaine :
Situation actuelle et action minimum pour l'améliorer**

Le Comité régional,

Considérant la résolution WHA36.14 (1983) de l'Assemblée mondiale de la santé demandant aux Etats Membres de suivre la stratégie disponible lors de l'élaboration de leur propre stratégie nationale de santé bucco-dentaire;

Considérant la résolution AFR/RC30/R4 (1980) invitant les Etats Membres à intégrer la santé bucco-dentaire dans leurs programmes de soins de santé primaires;

Considérant les recommandations formulées par la Conférence des chefs des services bucco-dentaires de la Région africaine (1969) et par le Comité régional d'experts en santé bucco-dentaire (1978) sur la nécessité d'établir des services de santé publique dentaire;

Considérant que les Etats Membres ont accepté le Cadre africain de Développement sanitaire et le Paquet "Santé pour tous" au niveau du district, en tant que cadre stratégique et organisationnel pour accélérer la réalisation de la SPT/2000;

Tenant compte du fait que les problèmes de santé bucco-dentaire commencent à causer de sérieuses inquiétudes dans les pays de la Région et que l'application de mesures préventives peut donner de grands résultats à peu de frais,

1. **REMERCIE** le Directeur régional du document d'information (AFR/RC44/Iinf;Doc./3) qui constitue un point de référence pour l'amélioration des programmes nationaux de santé bucco-dentaire;

2. **INVITE** les Etats Membres :

- i) à formuler des politiques et des plans nationaux de santé bucco-dentaire détaillés et fondés sur les soins de santé primaires, d'en suivre la mise en oeuvre et d'en évaluer l'impact;
- ii) à intégrer la santé bucco-dentaire dans le Paquet "Santé pour tous" dans tous les districts;
- iii) à mettre en place un mécanisme ou un point focal afin d'assurer la coordination de la mise en oeuvre des programmes de santé bucco-dentaire;
- iv) à élaborer des programmes adéquats de formation pour les agents de santé dentaires à tous les niveaux, et plus particulièrement, au niveau du district;
- v) à inscrire l'éducation préventive en santé bucco-dentaire au programme des établissements de formation des enseignants;
- vi) à prévoir des fonds pour un budget programme de santé bucco-dentaire tenant compte des dépenses d'équipement et de fonctionnement;

3. **PRIE** le Directeur régional :

- i) de continuer à donner aux Etats Membres l'appui technique nécessaire pour qu'ils améliorent leurs programmes nationaux de santé bucco-dentaire et intègrent ces programmes aux soins de santé primaires;
- ii) d'intensifier les efforts visant à mobiliser des ressources extrabudgétaires suffisantes pour renforcer les activités du programme en matière de santé bucco-dentaire;

- iii) de promouvoir et d'appuyer des activités appropriées de recherche appliquée, afin de fournir des solutions aux problèmes de santé bucco-dentaire et de développer des méthodes et des moyens efficaces de prévention et de gestion;
- iv) de faire rapport à la quarante-septième session du Comité régional sur les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de ce programme.

Quatorzième séance, 14 septembre 1994

AFR/RC44/R14 Accélérer le développement de la santé mentale dans la Région africaine

Le Comité régional,

Considérant la résolution WHA39.25 (1986) de l'Assemblée mondiale de la Santé demandant aux Etats Membres de prendre des mesures pour prévenir les troubles mentaux, neurologiques et psychosociaux;

Considérant la résolution AFR/RC38/R1 (1988) invitant les Etats Membres à promouvoir la création ou le renforcement de groupes nationaux de coordination de la santé mentale et à améliorer l'infrastructure sociale pour le traitement et la réadaptation des malades mentaux;

Considérant en outre la résolution AFR/RC40/R9 (1990) invitant les Etats Membres à mettre en oeuvre des soins de santé mentale communautaires fondés sur l'approche du système de santé de district;

Conscient des raisons historiques qui font que les services de santé mentale ne sont pas très développés dans la plupart des pays de la Région d'une part, et d'autre part, de la forte prévalence des problèmes psychosociaux liés à la pauvreté, l'analphabétisme, les migrations, l'urbanisation rapide, les crises socio-économiques, les guerres et les catastrophes sur le continent africain;

Conscient de l'importance capitale que revêt l'adoption d'une nouvelle stratégie destinée à permettre la mise en place de services de santé mentale intégrés et décentralisés, fondés sur les soins de santé primaires et bénéficiant de la participation indispensable de la communauté;

Conscient du fait que la santé mentale (4.2) et la prévention et contrôle de la toxicomanie (4.3.2) sont placées dans des sections séparées dans le Neuvième Programme général de Travail et dans des divisions différentes au Siège,

1. INVITE les Etats Membres :

- i) à formuler ou à mettre à jour des programmes nationaux de santé mentale (incluant la santé mentale infantile) axés essentiellement sur la prévention, et à y intégrer les connaissances et la technologie relatives à la psychologie sociale et aux comportements;
- ii) à réviser ou à moderniser les législations sur la santé mentale;

- iii) à intégrer la santé mentale dans le système sanitaire général et à décentraliser les services de santé mentale;
 - iv) à mettre en oeuvre la santé mentale comme une partie des soins de santé primaires, dans le cadre du Paquet "Santé Pour Tous" au niveau du district;
 - v) à élaborer une formation adéquate en santé mentale pour le personnel des soins de santé primaires;
 - vi) à introduire les connaissances sur la promotion de la santé mentale et la prévention des maladies dans les programmes de formation des infirmiers et de tout le personnel des soins de santé;
 - vii) à assurer aux malades mentaux un accès approprié aux services de santé et aux soins psychiatriques;
2. PRIE le Directeur régional :
- i) d'aider les Etats Membres à élaborer une politique et des programmes nationaux sur la santé mentale et à les intégrer dans les soins de santé primaires;
 - ii) de promouvoir et appuyer la coopération et l'échange d'informations et de connaissances entre les pays de la Région;
 - iii) de promouvoir et appuyer des activités de recherche visant à favoriser la santé mentale et la prévention des troubles mentaux et neurologiques et à mettre au point des méthodes efficaces de traitement et de réadaptation;
 - iv) d'entrer en rapport avec le Directeur général et mener les activités nécessaires pour que la Santé mentale soit inscrite à l'ordre du jour de la prochaine Assemblée mondiale de la Santé;
 - v) de faire rapport à la quarante-septième session du Comité régional sur les progrès accomplis par le programme relatif à la santé mentale.

Quatorzième séance, 14 septembre 1994

**AFR/RC44/R15 Sélection et Développement des technologies
de la santé au niveau du district**

Le Comité régional,

Se félicitant de l'issue des Discussions techniques tenues à la quarante-quatrième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique sur le thème "Sélection et Développement des technologies de la santé au niveau du district";

Convaincu que l'évaluation correcte, l'introduction, la gestion, la maintenance et l'utilisation des technologies de la santé sont indispensables si l'on veut assurer la rentabilité, l'efficacité et la qualité de l'ensemble du système de santé;

Préoccupé par le fait que, très souvent, les technologies de la santé sont sous-utilisées ou mal utilisées dans les Etats Membres, d'où une dégradation de la qualité des soins et un énorme gaspillage de ressources déjà limitées, et par le peu d'intérêt que suscite la question;

Conscient de ce que, pour la plupart des Etats Membres, l'absence de politiques appropriées en matière de technologies de la santé est au coeur du problème et vient renforcer tous les autres obstacles qui les empêchent d'utiliser pleinement le potentiel des technologies de la santé pour améliorer la santé de leur peuple,

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

- i) à élaborer une politique globale pour les technologies de la santé dans le cadre de leurs politiques de santé et plans de développement nationaux;
- ii) à renforcer les services techniques de soins de santé au niveau du district ainsi qu'aux niveaux provincial et central en les dotant d'un budget et d'une infrastructure satisfaisants pour pouvoir assurer dans de bonnes conditions la planification, la sélection, l'achat, la maintenance et l'utilisation des technologies de la santé;
- iii) à renforcer et à utiliser efficacement les capacités de formation nationales et internationales pour pouvoir développer toute la gamme des ressources humaines requises, notamment gestionnaires des technologies de la santé, ingénieurs, techniciens et artisans, et pour pouvoir former les utilisateurs;
- iv) à inscrire la théorie et la pratique de la gestion des technologies de la santé dans la formation des professionnels de santé;
- v) à mettre au point un ensemble de technologies essentielles de la santé, assorti d'un calcul des coûts, pour diverses catégories d'établissements de santé au niveau du système de santé de district et, par la suite, aux niveaux provincial et central;

LANCE un appel aux partenaires du développement sanitaire dans les Etats Membres, notamment aux institutions internationales et bilatérales de développement ainsi qu'aux organisations et fondations non gouvernementales et privées pour qu'elles prêtent un appui technique et financier aux programmes nationaux et inter pays dans le domaine de la gestion des technologies de la santé;

3. PRIE le Directeur régional :

- i) de renforcer les activités de l'Organisation en matière d'évaluation et de gestion des technologies de la santé;
- ii) d'intensifier l'aide de l'Organisation aux Etats Membres pour qu'ils puissent développer et mettre en oeuvre des politiques et des plans, une formation et un appui informationnel concernant les technologies de la santé;

- iii) d'inscrire les crédits voulus au budget ordinaire et, d'autre part, de mobiliser des ressources extrabudgétaires pour les activités mentionnées;
- iv) de publier et de diffuser largement le rapport de ces Discussions techniques.

Quatorzième séance, 14 septembre 1994

AFR/RC44/R16 Création d'un Groupe africain d'intervention humanitaire

Le Comité régional,

Considérant que notre Continent, l'Afrique, traverse une crise sans précédent stigmatisé par les maladies, la misère, le sous-développement, la résurgence des épidémies et des violences, qui nous guettent tous et dont le Rwanda n'est que le paroxysme;

Face à cette crise et aux diverses tragédies menaçant notre existence, et en soutien aux stratégies d'un développement durable de l'Afrique,

1. FELICITE le Directeur régional pour les efforts déployés dans le cadre de l'assistance sanitaire d'urgence aux populations africaines sinistrées;
2. ENCOURAGE les Etats Membres à constituer des équipes pluridisciplinaires de secours, pouvant intervenir en réponse à des situations d'urgence, sous la coordination du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique;
3. PRIE le Directeur régional :
 - i) d'étudier cette question et d'entreprendre les démarches auprès des Etats Membres, des organisations internationales et des ONG intéressées, en vue de mettre en place les mécanismes appropriés pour la création d'un Groupe africain d'Intervention humanitaire, constitué de professionnels de la santé et de spécialistes de la médecine des catastrophes, provenant des Etats Membres;
 - ii) de prendre les dispositions nécessaires pour générer des ressources ordinaires et additionnelles destinées à appuyer les Etats africains en situation sanitaire d'urgence, suite à des catastrophes naturelles ou à des conflits internes;
4. PRIE le Directeur régional de faire rapport à la quarante-cinquième session du Comité régional sur la mise en oeuvre de la présente résolution.

Quatorzième séance, 14 septembre 1994

AFR/RC44/R17 Programme spécial de coopération avec la République du Rwanda

Le Comité régional,

Considérant la situation sanitaire dramatique que connaît actuellement la République du Rwanda;

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

Réaffirmant que l'assistance sanitaire d'urgence est essentielle pour les populations du Rwanda;

Prenant note de la teneur du document d'information (AFR/RC44/INF.Doc./5 établi par le Directeur régional;

Rappelant les dispositions de la résolution WHA47.29 sur le Rwanda, invitant les Etats Membres, les organisations et les institutions nationales et internationales à apporter une aide financière, matérielle et technique urgente aux pays voisins, en particulier le Burundi, la Tanzanie, l'Ouganda et le Zaïre pour les seconder dans les efforts qu'ils font afin de fournir une aide urgente aux populations réfugiées,

1. REMERCIE le Directeur régional et le Directeur général de l'assistance technique déjà accordée aux populations rwandaises;
2. DECIDE de créer un programme spécial de coopération avec le Rwanda;
3. INVITE les Etats Membres à apporter à ce programme un soutien moral, technique, financier et matériel sans réserve dans l'esprit de la coopération technique entre pays en développement (CTPD) et de la solidarité africaine;
4. PRIE le Directeur régional :
 - i) de mobiliser des ressources techniques et financières pour la mise en oeuvre de ce programme spécial;
 - ii) de considérer l'utilisation des fonds du Programme du Directeur régional pour le programme de développement pour faire face aux requêtes les plus urgentes;
 - iii) de transmettre cette résolution au Directeur général pour qu'elle soit soumise au Conseil exécutif et à l'Assemblée mondiale de la Santé, conformément à la résolution WHA33.17 (paragraphe 3 (i));
5. PRIE le Directeur général de fournir les efforts nécessaires afin de :
 - i) libérer les fonds requis pour financer le Programme spécial de coopération avec la République rwandaise, en utilisant, si nécessaire, les fonds du Directeur général réservés au programme de développement;

- ii) rechercher, à cette fin, des contributions des sources de financement bilatérales et multilatérales;

6. PRIE le Directeur régional de faire rapport sur la mise en oeuvre de cette résolution à la quarante-cinquième session du Comité régional.

Quatorzième séance, 14 septembre 1994

AFR/RC44/R18 Témoignage de gratitude au Dr G. L. Monekosso

Le Comité régional,

Reconnaissant son dévouement à la santé internationale et sa contribution en tant que Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique au cours des dix dernières années,

1. REMERCIE le Dr G. L. Monekosso de son dévouement à la tête du Bureau régional de l'OMS et de son inestimable contribution au développement sanitaire de la Région africaine;
2. DEMANDE qu'il continue de mettre, à titre personnel, son expérience au service du développement sanitaire dans la Région;
3. DECIDE, en raison de cette immense contribution, de lui conférer le titre de Directeur régional Honoraire.

Quatorzième séance, 14 septembre 1994

AFR/RC44/R19 Motion de remerciements

Le Comité régional,

Considérant le temps consacré, les efforts consentis et les moyens mis en oeuvre ainsi que l'hospitalité manifestée par le peuple et le Gouvernement du Congo pour garantir le plein succès de la quarante-quatrième session du Comité régional, tenue à Brazzaville du 7 au 14 septembre 1994;

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

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

1. REMERCIE très chaleureusement Son Excellence le Professeur Pascal Lissouba, Président de la République du Congo, d'avoir rehaussé de sa présence la cérémonie d'ouverture et officiellement ouvert la quarante-quatrième session;

2. **PREND NOTE** avec satisfaction des termes de l'allocution pertinente et très encourageante prononcée par le Président de ce beau pays 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 Congo pour l'exceptionnelle qualité de leur hospitalité;
4. **DEMANDE** au Directeur régional de transmettre la présente motion de remerciements à Son Excellence le Professeur Pascal Lissouba, Président de la République du Congo.

Quatorzième séance, 14 septembre 1994

PARTIE II

RAPPORT DU COMITE REGIONAL

OUVERTURE DE LA SESSION

1. La quarante-quatrième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a été ouverte à Brazzaville (Congo) le mercredi 7 septembre 1994 à 10 heures par Son Excellence le Professeur Pascal Lissouba, Président de la République du Congo. Etaient présents à la cérémonie d'ouverture Son Excellence Pascal Gayama, Secrétaire général adjoint de l'Organisation de l'Unité africaine, Son Excellence le Dr B. K. Temane, Président de la quarante-troisième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, le Dr. G.L. Monekosso, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, le Dr Hiroshi Nakajima, Directeur général de l'OMS, et Son Excellence le Général de Brigade Amadou Toumani Touré, ancien Chef de l'Etat malien, ainsi que des délégations des Etats Membres, des représentants d'organisations internationales, intergouvernementales et non gouvernementales et les membres du corps diplomatique.
2. Dans ses remarques liminaires, le Dr B.K. Temane, Ministre de la Santé du Botswana et Président de la quarante-troisième session du Comité régional de l'Afrique, a remercié de leur présence Son Excellence Pascal Lissouba, Président de la République du Congo, et le Général de Brigade Amadou Toumani Touré, ancien Président de la République du Mali.
3. Il a déclaré que, durant son mandat, il avait assisté, avec le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, à la commémoration du quinzième anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata et du vingtième anniversaire du Conseil de la Recherche médicale de l'Afrique du Sud, et qu'il avait eu à cette occasion l'honneur de rencontrer à la fois le Ministre sud-africain de la Santé et le Président Nelson Mandela, dont l'action remarquable n'était plus à rappeler.
4. Le Dr Temane a précisé que le Directeur régional l'avait informé des différentes activités menées par l'OMS et le Bureau régional au Rwanda et dans les pays voisins depuis le début de la crise rwandaise. Il a, d'autre part, souligné que le Directeur régional avait déploré l'absence d'équipe africaine organisée dans la zone sinistrée et s'était engagé à inscrire la question à son prochain programme de travail.
5. Le Dr Temane a poursuivi en indiquant qu'il laissait derrière lui des tâches inachevées dans des domaines comme la prestation et le financement de soins de santé de qualité mais que, fort heureusement, la mise en oeuvre du paquet minimum Soins de santé au niveau du district aiderait beaucoup à surmonter ces problèmes. Il a conclu son intervention en remerciant une fois encore le Dr Monekosso et ses collaborateurs d'avoir aidé les pays africains à résoudre leurs divers problèmes de santé.
6. Prenant ensuite la parole, le Dr Monekosso a souhaité la bienvenue à deux nouveaux membres, l'Erythrée et la République d'Afrique du Sud. A moins de 6 ans de l'an 2000 et en dépit de la crise sanitaire et socio-économique que traversaient les Etats Membres, des progrès considérables sur la voie de la santé pour tous avaient été signalés par l'ensemble des pays de la Région et l'OMS avait contribué à traduire la détermination de ses membres en actions concrètes.
7. La Charte pour le développement sanitaire de l'Afrique et le Scénario pour le développement sanitaire africain ont été à la base de réformes institutionnelles nationales qui ont débouché sur de nombreuses réalisations: concentration des activités sur les districts de santé, accélération du renforcement des capacités et taux de couverture vaccinale atteints durant l'Année de la Vaccination en Afrique - tout cela sous l'égide du Comité régional.

8. De nouveaux défis sont apparus : le SIDA, la dévaluation monétaire et les situations d'urgence sanitaire et humanitaire au Libéria, en Angola, au Burundi et au Rwanda - autant de problèmes qu'il fallait anticiper et maîtriser. Le Dr Monekoso a donc appelé de ses voeux la création d'un Corps africain de Jeunes pour aider à les résoudre.

9. Les stratégies de lutte contre les grandes maladies dépendent de la qualité des ressources humaines, dont la gestion et le développement sont essentiels. Il ne peut y avoir de développement économique durable sans une population en bonne santé. Les pays et l'Organisation peuvent surmonter les obstacles qui se dressent sur la voie de la santé en s'appuyant sur la structure organisationnelle créée en 1985, qui allait déjà dans le sens préconisé par le Neuvième Programme général de Travail.

10. Dans ses remarques liminaires, le Dr Hiroshi Nakajima, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, a dit se réjouir de voir l'Afrique du Sud enfin libre et à nouveau membre de l'Organisation mondiale de la Santé.

11. L'année 1994 a été très préoccupante en Afrique, compte tenu des nombreux problèmes qui assaillent le continent: guerre civile, famine, catastrophes, déplacements de populations, voire violence. Le défi lancé au monde était de savoir comment remédier à ces maux, guérir les blessures et poursuivre le développement.

12. Le Dr Nakajima a admis qu'il faudrait du temps pour guérir les blessures mais que la communauté internationale se devait d'être aux côtés de l'Afrique afin d'aider à concrétiser le rêve de paix et d'éducation pour les enfants africains.

13. L'OMS a un rôle à jouer par le biais de la coopération technique et des activités d'intervention sanitaire.

14. Le Dr Nakajima a remercié l'OUA de son soutien politique et de sa collaboration dans l'action internationale en faveur de la santé.

15. Il a souligné que l'avenir de l'Afrique appartenait aux Africains mais que la communauté internationale devait les aider à le forger, dans l'intérêt même de la solidarité internationale.

16. Il a rendu hommage au peuple congolais pour son hospitalité et remercié le Professeur Pascal Lissouba de sa présence à la cérémonie d'ouverture.

17. M. P. Gayama, Secrétaire général adjoint de l'OUA, a pris la parole au nom de M. Salim Ahmed Salim, Secrétaire général de cette Organisation, que les événements sur le continent avaient empêché d'assister à la session du Comité régional.

18. Après avoir rappelé que l'OMS venait de renforcer son bureau de liaison auprès de l'OUA, M. Gayama a évoqué les textes adoptés en matière de santé lors des trois derniers sommets de l'OUA (Dakar, 1992, Le Caire, 1993 et Tunis, 1994), notamment la Déclaration de mobilisation pour la lutte contre le SIDA, un plan d'action allant dans le même sens et la Déclaration de Tunis, qui mettait l'accent sur le sort des enfants menacés de SIDA.

19. M. Gayama a précisé qu'au moment même de l'entrée en vigueur du traité instituant la Communauté économique africaine, un protocole additionnel sur la santé annexé au Traité serait examiné à la prochaine Conférence des Ministres africains de la Santé, prévue en 1995 sous les auspices de l'OUA.

20. Passant aux problèmes que connaissait l'Afrique et aux moyens de prévenir les conflits, M. Gayama a souligné que, pour l'OUA, il fallait avant tout consolider les bases d'un développement durable et prendre en compte les besoins élémentaires des populations, notamment en matière de santé et d'éducation.
21. S'agissant de la tragédie rwandaise et des crises multidimensionnelles à gérer, M. Gayama a déclaré qu'il fallait surtout investir les ressources humaines dans une action de solidarité gagée sur la durée. En un certain sens, l'Afrique connaissait moins de situations d'urgence mais les situations endémiques de crise perduraient.
22. La crise de la santé se conjugue dorénavant au problème des réfugiés, des personnes déplacées, des victimes d'épidémies et des problèmes d'environnement. Il faut trouver des réponses à cette insécurité généralisée et, comme l'a souligné en conclusion M. Gayama, c'était là une des tâches de la quarante-quatrième session du Comité régional.
23. L'ancien Chef de l'Etat malien, le Général de Brigade Amadou Toumani Touré, a lui aussi pris la parole à la cérémonie d'ouverture de la quarante-quatrième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Il s'est dit honoré de pouvoir s'exprimer sur le thème santé et développement puisque les ressources consacrées à la santé humaine constituaient un investissement durable.
24. Le Général Amadou Toumani Touré a déploré que l'Afrique détienne le record mondial en matière de réfugiés, de personnes déplacées et de problèmes de santé maternelle et infantile, alors même que les femmes et les enfants étaient l'espoir de toutes les nations. Il n'y avait pas d'avenir dans un monde sans enfants.
25. Il a fait allusion à son rôle dans l'éradication de la dracunculose et rendu hommage à Global 2000, au Japon et à d'autres donateurs pour leur appui et leurs encouragements.
26. Toutefois, pour le Général Amadou Toumani Touré, l'aide extérieure ne suffisait pas à guérir tous les maux. Des efforts personnels s'imposaient et c'est pourquoi il avait décidé, par son action en faveur de l'éradication de la dracunculose, de faire oeuvre utile au Mali, même s'il n'était plus Chef d'Etat. La dévaluation avait montré qu'il fallait décupler les efforts.
27. Dans son allocution d'ouverture, le Professeur Pascal Lissouba, Président de la République du Congo, a souhaité la bienvenue au Directeur général de l'OMS et aux nouvelles délégations de l'Afrique du Sud et de l'Erythrée. Il a cité en exemple à la classe politique africaine le Général Amadou Toumani Touré, ancien Chef de l'Etat malien.
28. Le Président a déploré la situation dramatique que continuait de traverser le Rwanda ainsi que les effets pervers de la drogue, des idéologies mal assimilées, de la misère et de la propagation du SIDA - autant de facteurs qui étaient à l'origine des violences survenues dans son pays. Le continent étant menacé d'autre génocides, le Président a plaidé en faveur de la création, parallèlement au Comité de l'OUA pour la prévention et la résolution des conflits, d'un groupe africain d'intervention humanitaire, géré et parrainé par l'OUA et les bureaux régionaux de l'OMS et de l'UNICEF et dont bénéficieraient particulièrement les femmes et les enfants, victimes désignées de la violence.
29. La Conférence internationale sur la Population était en train de débattre des problèmes démographiques. Les femmes, qui sont au coeur du problème, ne jouent qu'un rôle secondaire dans la prise des décisions. La morbidité et la mortalité maternelles en Afrique les empêchent, elles et leurs enfants, de s'épanouir pleinement. Le développement économique donnera aux femmes du temps pour s'épanouir physiquement et culturellement et travailler de façon productive.

30. L'OMS doit veiller à ce que la formation des personnels soit adaptée à l'environnement. Le Président avait entrepris de créer un centre des sciences de la vie consacrée à la recherche sur les grandes maladies en Afrique.

31. Il a remercié l'OMS, le Bureau régional et le Directeur régional d'avoir maintenu leur confiance en son pays malgré les troubles survenus fin 1993 et début 1994 et pour lesquels il a présenté ses excuses au nom du peuple congolais.

32. Le Président a déclaré ouverte la quarante-quatrième session du Comité régional.

ORGANISATION DES TRAVAUX

33. Le Dr Temane, Président de la quarante-troisième session du Comité régional, a proposé l'adoption de l'ordre du jour provisoire (document AFR/RC44/1). Le Sénégal, la République centrafricaine et le Gabon ont demandé l'inscription à l'ordre du jour d'un point supplémentaire concernant le réexamen de la résolution AFR/RC24/R8 en vue de la réadmission de la France en tant que membre du Comité régional de l'Afrique. Certains délégués ont jugé inopportun d'examiner la question à la quarante-quatrième session du Comité régional car elle avait des connotations politiques et la plupart des délégués devaient s'informer de la position de leur gouvernement à cet égard. La proposition a été mise aux voix et il a été décidé d'inscrire la question à l'ordre du jour de la prochaine session du Comité régional. Le Secrétariat communiquera en temps voulu aux Etats Membres les documents de base nécessaires. L'ordre du jour provisoire a été adopté (annexe 1).

Constitution du Sous-Comité des Désignations

34. Le Comité régional a constitué un Sous-Comité des Désignations composé des représentants des 12 Etats Membres suivants: Afrique du Sud, Algérie, Burundi, Comores, Guinée, Guinée Equatoriale, Lesotho, Mali, Namibie, Nigéria, République centrafricaine et Tchad. Le Sous-Comité a élu le Dr Mapetla (Lesotho) Président.

Election du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs

35. 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 comme suit les membres de son bureau:

Président : Mme H. Godinho Gomes
Ministre de la Santé (Guinée-Bissau)

Vice-Présidents :

1er Vice-Président : M. Christophe Dabiré
Ministre de la Santé (Burkina Faso)

2ème Vice-Président : M. Ralph Adam
Ministre de la Santé (Seychelles)

Rapporteurs :

1. Dr N.N. Adamafio
Directeur des services médicaux
(Ghana)
2. M. Asane Diop
Ministre de la Santé (Sénégal)
3. Dr Ildo de Carvalho
Directeur général à la Santé
(Cap-Vert)

Nomination des membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs

36. Le Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs, qui s'est réuni le 8 septembre 1994, était composé des représentants des 11 Etats Membres suivants : Cameroun, Erythrée, Madagascar, Mali, Maurice, Niger, Sao Tomé et Príncipe, Souaziland, Tanzanie, Zaïre et Zimbabwe. Il a élu président le Dr F.C. Silveira, Ministre de la Santé de Sao Tomé et Príncipe.

37. Le Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs a informé le Comité qu'il avait examiné les pouvoirs de 46 Etats Membres et les avait jugés recevables. Le Comité régional a adopté le rapport.

RAPPORT SUCCINCT DU DIRECTEUR REGIONAL SUR LES ACTIVITES DE L'OMS DANS LA REGION AFRICAINE (document AFR/RC44/3)**Introduction**

38. En guise d'introduction à la présentation de son rapport succinct, le Dr G.L. Monekosso, Directeur régional, a décrit à grands traits la structure organisationnelle du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, indiquant comment elle était reliée à sa gestion financière, technique et administrative.

39. Le Directeur régional a fait observer aux délégués que, si le rapport succinct ne portait que sur l'année civile 1993, il avait cependant été développé pour couvrir le premier semestre de 1994 afin de donner un tableau à jour des progrès accomplis dans la mise en oeuvre du programme régional.

40. Le Dr Monekosso a souligné l'importance qu'il attachait à une saine gestion des ressources de l'Organisation et a annoncé que les vérifications des comptes allaient s'intensifier dans les années à venir, tant dans les pays qu'au Bureau régional.

41. Il a rappelé aux délégués que les réalisations des dix dernières années leur avaient été présentées dans un résumé qui leur permettrait de voir plus clairement l'orientation prise par la Région.

42. Il s'est rendu en Erythrée et en Afrique du Sud pendant l'année considérée et a rencontré les autorités sanitaires de ces pays avec lesquelles il a examiné les problèmes et esquissé des plans en vue de les résoudre.

43. Pour le Directeur régional, la crise rwandaise était le plus grave problème qui se posait à l'Organisation. La réponse de l'OMS à la situation d'urgence et aux problèmes humanitaires engendrés par ce conflit a été à la fois immédiate et énergique. L'OMS a en effet été l'une des premières organisations à être présente sur le terrain. Elle a constitué dans les pays avoisinants des équipes de secours composées de médecins, d'épidémiologistes et de spécialistes des opérations de secours pour s'occuper des réfugiés. Bien que ces équipes se soient trouvées devant un problème quasiment insurmontable, l'OMS avait été la première à déceler la présence du choléra dans les camps de réfugiés.

44. Il a rendu hommage au Directeur général pour son assistance financière et matérielle et remercié les autres donateurs qui avaient aidé à financer certaines opérations de secours et d'urgence.

45. Pour suivre les problèmes qui se posent quotidiennement aux réfugiés, une petite équipe d'urgence se trouve maintenant en permanence à Nairobi, où le Directeur général et lui-même ont envoyé un coordonnateur spécial chargé de concerter les efforts.

46. A la suite de ces remarques liminaires, le Directeur régional a informé les délégués que, conformément à l'esprit de collégialité qui caractérisait le Bureau régional, son rapport succinct serait présenté par ses principaux collaborateurs, chaque directeur ou administrateur de programme étant chargé de la partie du rapport relative aux activités dont il était responsable.

47. Le Directeur régional a conclu en informant le Comité régional de la demande présentée par le Gouvernement français en vue de l'admission de la France en tant que membre du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Lors d'une visite de courtoisie, un haut fonctionnaire de l'Ambassade de France à Brazzaville avait évoqué la question avec lui de vive voix. Puisque le Directeur régional n'en avait pas encore débattu avec le Président du Comité régional, il lui semblait opportun de l'inclure dans son rapport succinct. Comme cela avait été convenu, la question serait inscrite à l'ordre du jour de la session suivante du Comité régional.

Développement et direction d'ensemble des programmes de l'OMS

48. Dans son exposé, le Dr A.M. D'Almeida (Secrétariat) a insisté sur les résultats obtenus dans la gestion d'ensemble du programme régional et dans la mise en oeuvre des programmes techniques. La pertinence des programmes de coopération avec les pays a été sensiblement améliorée, de même que l'efficacité des activités de coopération, grâce à la stabilisation des procédures AFROPOC.

49. En ce qui concerne les programmes techniques, le Dr D'Almeida a déclaré que l'accent était mis sur l'amélioration de la qualité des soins et des services moyennant des ressources humaines efficaces, une infrastructure appropriées et un matériel adapté. Un appui substantiel a également été apporté à la lutte contre les maladies soumises à notification, en particulier celles pour lesquelles des cibles ont été fixées en vue de leur élimination ou de leur éradication. La coordination, voire l'intégration des activités, ont été renforcées et des interventions multiprogrammes entreprises pour accroître le rendement et l'efficacité.

50. En matière de formation, 39 pays ont reçu 207 bourses d'études ou subventions, accordées en priorité pour une spécialisation, notamment en santé publique.

51. De plus, tous les programmes techniques ont été adaptés aux impératifs du paquet minimum Santé pour tous, qui guidera leurs interventions au cours des années à venir.

Appui aux systèmes nationaux de santé

52. Le Dr J. Namboze (Secrétariat) a présenté les activités du programme dont elle était responsable et qui comprenait le développement des soins de santé primaires, le processus gestionnaire pour le développement sanitaire national, les ressources humaines pour la santé, la technologie clinique, radiologique et de laboratoire, les médicaments et vaccins essentiels, la qualité, la sécurité et l'efficacité des médicaments et les pratiques en matière de médecine traditionnelle. Elle a fait ressortir les tendances futures du programme, qui serait axé sur la prestation de soins de qualité aux différents niveaux du système de santé, grâce à la création d'un nouveau programme intitulé Qualité des soins (QAC).

53. Parmi les réalisations des divers programmes en 1993 figurent le développement de l'infrastructure sanitaire de district, qui a fait l'objet des discussions techniques de 1993, et l'organisation d'un groupe de travail sur le profil de l'hôpital de district. Une aide a été accordée à des doyens d'écoles de médecine, des infirmiers et des sages-femmes pour qu'ils puissent assister à des réunions internationales dans leur domaine de compétence. Un appui a été fourni pour la révision des programmes de formation en soins infirmiers et obstétricaux.

54. Le Dr Namboze a ensuite indiqué que le matériel de laboratoire fonctionnant à l'énergie solaire qui avait été installé dans trois pays avait donné de bons résultats. Le programme régional relatif aux médicaments et vaccins essentiels et le Programme d'action pour les médicaments au Siège ont élaboré des plans d'action communs et passé en revue les politiques et plans d'action des pays en matière de médicaments. D'autre part, la législation pharmaceutique, l'assurance de qualité et le développement des ressources humaines dans le domaine des médicaments et vaccins essentiels ont fait l'objet d'activités.

Appui à la protection et à la promotion de la santé

55. Le Dr M.R. Boal (Secrétariat) a résumé les paragraphes 70 à 146 du rapport succinct du Directeur régional, qui portaient sur la protection et la promotion de la santé (PPS) et faisaient ressortir certains des résultats obtenus par ce programme et les actions envisagées pour l'avenir.

56. S'agissant des résultats, il a précisé qu'à la demande des Etats Membres et à l'initiative du Bureau régional, les différents programmes régionaux axés sur la protection et la promotion de la santé avaient mené de nombreuses activités destinées à aider les pays dans les domaines de la gestion, de la formation et, dans une moindre mesure, de la recherche dans les domaines d'action pertinents. Entre autres résultats, on pouvait citer: i) la diffusion régulière de messages de santé en langue vernaculaire dans des journaux et autre publications nationales; ii) la réalisation de projets de santé bucco-dentaire au niveau du district et la mobilisation de ressources extrabudgétaires pour leur extension; iii) le recrutement de 32 ingénieurs et inspecteurs sanitaires pour renforcer les équipes d'appui technique dans les pays; iv) l'élaboration d'un programme destiné à sensibiliser les bailleurs de fonds à la mise en oeuvre d'"Afrique 2000", initiative en faveur des programmes nationaux d'approvisionnement en eau et d'assainissement; v) la mise en oeuvre, dans dix pays, de projets d'évaluation et de maîtrise de la pollution marine et côtière; vi) l'élaboration d'un projet régional pour la promotion de la santé des adolescents, privilégiant la sexualité responsable, qui bénéficie déjà d'un financement du FNUAP, et vii) la formation de personnels nationaux dans divers domaines tels que le fonctionnement et la maintenance des réseaux d'approvisionnement en eau et d'assainissement en milieu rural, la lutte contre la cécité et la surdité et l'enregistrement des cas de cancer dans les hôpitaux.

57. Le Dr Boal a rappelé qu'en 1993 trois programmes de ce groupe avaient fait l'objet de rapports d'activité présentés au Comité régional à Gaborone, à savoir : le programme relatif aux Maladies cardio-vasculaires, le programmes Femmes, Santé et Développement et le programme relatif à l'Approvisionnement en eau et l'Assainissement. Il a ajouté que deux autres programmes seraient examinés de façon approfondie au cours de cette quarante-quatrième session, ce qui expliquait qu'ils n'aient pas été inclus dans le rapport succinct du Directeur régional. Il s'agissait des programmes relatifs à la Santé maternelle et infantile et à la Nutrition.

58. Concernant l'avenir, les divers programmes du groupe PPS ont, comme d'autres, contribué à l'élaboration du paquet minimum d'interventions en cours de mise en oeuvre dans les district. On espérait obtenir de meilleurs résultats pour les activités prévues dans les domaines suivants : i) prévention des maladies cardio-vasculaires, lutte contre l'abus d'alcool et de médicaments ainsi que le tabagisme ; ii) qualité des réseaux d'approvisionnement en eau et salubrité de l'environnement, y compris mesures de prévention de la pollution, et iii) amélioration sensible de la santé des femmes et des enfants, en particulier des nouveau-nés.

59. Le Dr Boal a conclu en appelant l'attention du Comité régional sur la nécessité d'accorder plus d'importance dans les pays à la santé des travailleurs et des personnes âgées.

Lutte contre les maladies et les incapacités

60. Le chapitre relatif aux maladies transmissibles a été présenté par le Dr Barakamfitye (Secrétariat) qui a souligné que, malgré les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de certains programmes de santé comme le Programme élargi de Vaccination (PEV), il y avait recrudescence de la tuberculose et du paludisme, que des maladies endémiques jusqu'ici endiguées comme la trypanosomiase, la peste et la dengue avaient fait leur réapparition et que la dysenterie et d'autres maladies épidémiques comme le choléra, la méningite cérébrospinale et la fièvre jaune, loin d'avoir disparu, s'étaient même propagées dans certains cas.

61. Le Dr D. Barakamfitye a ensuite résumé les progrès accomplis en 1993.

62. En ce qui concerne le PEV, en dépit des problèmes rencontrés, quinze pays ont réussi à améliorer leur couverture vaccinale tandis qu'environ 25 envoient des rapports mensuels sur l'incidence des maladies cibles. Il faut toutefois reconnaître que, depuis trois ans, la couverture vaccinale a diminué dans la plupart des pays. Le Directeur régional a créé un groupe spécial pour la vaccination en Afrique, lequel a proposé une approche novatrice pour accélérer l'élimination du tétanos, maîtriser la rougeole et éradiquer la poliomyélite. Il s'agit de regrouper les pays de la Région en entités épidémiologiques pour mieux coordonner l'appui technique de l'OMS et des donateurs.

63. S'agissant de la lutte antipaludique, la mobilisation s'est maintenue au niveau des hôpitaux et, parallèlement à la poursuite des activités de planification et de formation, la surveillance continue et l'évaluation ont débuté.

64. Quant à l'éradication de la dracunculose, le Comité régional était en mesure de se rendre compte des résultats obtenus par plusieurs pays et, dans certains cas, du recul spectaculaire de l'incidence de la maladie. L'attention du Comité a été appelée sur le fait qu'il ne restait plus que quinze mois, soit deux saisons de transmission, avant la date butoir du 31 décembre 1995. Cela voulait dire qu'il fallait doubler voir tripler les efforts pour relever le défi.

65. En matière de lutte contre les épidémies, le Dr Barakamfitye a indiqué que les pays tout comme l'Organisation avaient déployé d'énormes efforts. L'OMS avait envoyé des missions d'experts dans les zones touchées et fourni des médicaments et du matériel. Le renforcement des capacités techniques de surveillance épidémiologique se poursuivait à un rythme accéléré.

66. Au sujet des perspectives d'avenir, l'Administrateur du programme a évoqué les questions auxquelles il fallait accorder une attention particulière :

- i) le renforcement de la surveillance épidémiologique pour garantir le dépistage précoce des maladies, notamment celles qui présentent un potentiel d'épidémie, et déterminer les tendances des principales maladies transmissibles;
- ii) la mise en place et/ou le renforcement des moyens de prise en charge correcte des maladies à temps, à l'aide de schémas thérapeutiques simples et normalisés, particulièrement dans les communautés et les réseaux de centres de santé et d'hôpitaux de district;
- iii) l'intégration des activités de lutte contre les maladies transmissibles - ce qui, au niveau du district, doit se matérialiser pour la planification, la surveillance et la prise en charge des malades, notamment les enfants, ainsi que pour la formation du personnel de santé et les messages éducatifs destinés à la communauté, dans le cadre de la mise en oeuvre du paquet minimum d'interventions.

Coordination, Information et Promotion

67. Le Dr Naomi Nhiwatiwa (Secrétariat) a évoqué les activités de la Région pour l'année 1993 en ce qui concerne l'information du public et l'éducation, la production des documents, les services linguistiques et la distribution des documents, la bibliothèque de la santé et l'Index Medicus africain ainsi que la collaboration interinstitutions.

68. La collaboration avec les institutions du système des Nations Unies et d'autres partenaires a été fructueuse durant la période considérée. La collaboration entre les directeurs régionaux de l'UNICEF et de l'OMS s'est traduite par une amélioration de la mise en oeuvre des SSP, du PEV, du paquet minimum Soins de santé au niveau du district et de l'Initiative de Bamako, laquelle sera élargie en vue d'assurer la participation d'autres organisations s'intéressant à la santé.

69. Le Bureau régional de l'Afrique a pris part à des réunions de l'OUA et de la BAD pour donner des avis lorsque des questions de santé étaient examinées. Le Bureau régional de l'Afrique et la BAD ont décidé de mener une planification et une programmation communes pour harmoniser leurs activités dans les pays.

70. Le Bureau régional a aidé les Etats Membres, par l'intermédiaire du Ministère de la Santé, à promouvoir l'information sanitaire en leur fournissant des articles sur la santé destinés aux médias locaux, et il a encouragé les initiatives CTPD. Des rapports relatant les succès remportés par certains pays dans des domaines relatifs à la santé ont été diffusés dans d'autres pays à titre d'exemple de ce qui était possible. Une assistance a été accordée à des pays comme la Guinée (pour la formulation d'une politique nationale d'éducation sanitaire) et la Côte d'Ivoire (pour la formation de personnel de santé dans le cadre d'ateliers sur l'éducation des malades).

71. L'une des réalisations de la Bibliothèque de la Santé en 1993 été la relance du projet visant à mettre au point un répertoire régional de la littérature médico-sanitaire publiée en Afrique (Index Medicus africain), en collaboration avec l'Association pour l'information sanitaire et les bibliothèques de la santé en Afrique.

72. Le Service des Publications et Documents (PDS) a produit à l'intention des Etats Membres plusieurs documents à l'appui des réunions statutaires et oeuvré à la modernisation de l'unité, l'ancien processeur central Wang ayant été remplacé par des micro-ordinateurs.

73. A l'avenir, le Bureau régional s'efforcera de continuer à fournir en temps voulu une information sanitaire et biomédicale appropriée pour aider les Etats Membres à éduquer leurs citoyens et leur donner les moyens de promouvoir eux-mêmes leur santé.

Appui aux programmes

74. M. D.E. Miller (Secrétariat) a présenté au nom du Directeur régional les activités du programme de soutien. Il a précisé que le fonctionnement du programme de coopération technique de l'OMS dépendait de l'appui logistique fourni pour la mise en oeuvre des différentes activités formulées conjointement avec les Etats Membres. Les services comprennent recrutement et gestion du personnel, fournitures et matériel, informatique, budget et finances ainsi que services administratifs généraux, notamment voyages et transport, entretien des bâtiments et de la concession et, enfin, gestion des réunions.

75. Les services administratifs sont en contact avec les pays pour l'exécution du programme de coopération technique mais ils jouent aussi un rôle important à l'intérieur de l'Organisation, à savoir moderniser le fonctionnement de l'OMS et entretenir son infrastructure pour en garantir l'efficacité et s'adapter aux changements mondiaux. Le service informatique et le service de la gestion du Secrétariat ont un rôle déterminant à jouer pour moderniser le fonctionnement tandis que le service de gestion de la concession a pour tâche d'entretenir l'infrastructure physique.

76. Toutes les unités du programme ont ressenti l'impact des problèmes de sécurité dans bon nombre des pays de la Région, ce qui a compliqué la prestation des services. Malgré tout, le service du Budget et des Finances a géré le budget 1992-1993 d'un montant de US \$125 millions, plus US \$49 millions de fonds extrabudgétaires, et assuré la gestion de 43 autres comptes bancaires du fait de la décentralisation du programme de lutte contre le SIDA. L'unité des Services administratifs a installé un nouveau central téléphonique au Bureau régional et rénové le réseau d'approvisionnement en eau potable ainsi que le réseau d'égouts au Djoué. Le service informatique a dirigé la transition vers l'utilisation de la micro-informatique dans les bureaux des Représentants de l'OMS et à Brazzaville. Le service des Fournitures s'est occupé de 1148 achats pour un montant de US \$9,57 millions en 1993. Le service du Personnel s'est, quant à lui, occupé des conditions d'emploi de 1300 fonctionnaires titulaires d'un contrat à durée déterminée et de 300 fonctionnaires titulaires d'un contrat à court terme.

Rapport du Directeur général

77. Dans l'allocution qu'il a prononcée à l'occasion de la quarante-quatrième session du Comité régional, le Dr Hiroshi Nakajima, Directeur général de l'OMS, a déclaré que la réussite des réformes à l'OMS dépendrait pour une large part des régions et des comités régionaux. Le budget programme de l'OMS répondra aux besoins exprimés par les régions pour le développement sanitaire des pays eux-mêmes. Le Directeur général proposera également des priorités mondiales à tous les membres de l'Organisation.

78. Plusieurs résultats encourageants ont été enregistrés durant l'année écoulée. La première Conférence internationale sur l'élimination de la lèpre s'est tenue à Hanoï en juillet 1994. Neuf ans après l'adoption de la polychimiothérapie, le nombre des cas de lèpre dans le monde a baissé de 80 % et l'objectif de l'élimination de cette maladie d'ici l'an 2000 n'est plus hors de portée. Des progrès constants ont également été faits en vue de l'éradication de la poliomyélite d'ici l'an 2000. En 1993, 41 pays ont signalé une incidence zéro de cette maladie. S'il reste beaucoup à faire, l'Afrique du Nord, l'Afrique australe et l'Afrique orientale semblent toutefois exemptes de poliomyélite. Il faut intensifier les campagnes de vaccination dans les zones reculées. L'engagement ferme de la communauté internationale, en particulier de l'UNICEF et de Rotary International, sont fondamentaux pour l'éradication définitive de la poliomyélite.

79. En avril 1993, l'OMS a déclaré que la tuberculose, qui tue chaque année environ 3 millions de personnes, soit plus d'adultes que toute autre maladie infectieuse, constituait une urgence mondiale. La pandémie de VIH/SIDA a contribué à accroître le danger que représente la tuberculose. Il faut maîtriser la maladie tant que la chimiothérapie de brève durée offre un bon rapport coût/efficacité. Comme le monde l'a constaté avec le paludisme, laisser la pharmacorésistance se développer dans le cas de la tuberculose aurait de graves conséquences.

80. Des progrès très sensibles ont été faits en ce qui concerne la mise au point de médicaments et de vaccins contre le paludisme. Un vaccin antipaludique d'un coût abordable serait un formidable atout pour les régions impaludées, y compris en Afrique.

81. Le Directeur général a conclu en déclarant que chaque être humain, qu'il soit en bonne santé ou malade, avait droit au respect et que la responsabilité éclairée de tous les membres de la communauté revêtait une importance capitale. Le système de soins de santé doit être au coeur de la politique de développement. La population et les plus hautes autorités de l'Etat doivent instaurer un nouveau partenariat pour la santé. L'OMS maintiendra sa coopération technique à tous les niveaux dans la perspective de l'instauration de la santé pour tous et par tous pour le siècle à venir.

Discussion

Questions générales

82. Répondant aux questions posées notamment par le Kenya, Madagascar, le Malawi, la Zambie et Maurice au sujet de la coordination de l'aide d'urgence et de l'action humanitaire, le Directeur régional a expliqué que le Bureau régional disposait désormais d'un point focal pour ce type d'action. Des stocks de médicaments et de vaccins ont été constitués et l'on est en train d'envisager des lieux de stockages possibles.

83. Le Dr Monekosso a expliqué que l'équipe d'intervention rapide évoquée par le Président Lissouba à la cérémonie d'ouverture dans son allocution était analogue à celle qu'il avait mentionnée dans son rapport. Des jeunes seraient formés en vue d'assurer les premiers secours et d'autres interventions d'urgence, afin que l'Afrique soit présente lorsque les circonstances l'exigeaient. Ce corps d'intervention pourrait même être déployé en temps de paix pour permettre aux participants de mieux se connaître.

84. Le Nigéria et le Cameroun ont soulevé la question du financement des soins de santé. Ils ont demandé que l'on continue à appuyer les mécanismes de financement publics, privés et

communautaires, ce qui aiderait les pays à combler l'écart entre besoins et ressources. Le Directeur régional a expliqué que c'était précisément la raison d'être du programme HECAFIP; cela expliquait aussi pourquoi il était impératif de renforcer l'unité du Bureau régional responsable du financement de la santé .

85. Les délégations du Togo et de Madagascar ont soulevé la question de la dégradation de l'infrastructure sanitaire, qui demandait à être rénovée et reconstruite. Le Directeur régional a précisé que beaucoup était déjà fait dans certains pays grâce à des relations directes avec les banques de développement. Il a indiqué que le Bureau régional négociait déjà avec les banques de développement l'octroi de bourses d'études ou de prêts à des conditions avantageuses aux pays, quel que soit leur PNB. Ces prêts les aideront les pays à entretenir, reconstruire ou rénover leur infrastructure.

Développement et direction d'ensemble des programmes

86. La Gambie a demandé si des activités avaient été menées concernant les documents sur les grandes orientations ou l'élaboration des politiques. Le Dr Monekosso a répondu que l'unité responsable des politiques SPT était chargée d'aider les pays à élaborer des politiques de santé, suivre leur mise en oeuvre et mettre en commun l'information par des échanges de documents.

87. Répondant à la question posée par la Gambie et la Namibie au sujet des relations de travail entre les pays et l'OMS, le Directeur régional a déclaré qu'il existait dans les pays un mécanisme bien en place pour l'élaboration d'un document de programme par le personnel du ministère de la santé et le bureau OMS du pays, processus qui devait déboucher sur un projet de budget programme signé par le Ministre et le Directeur régional. Il a ajouté que la planification et la mise en oeuvre conjointes étaient un aspect essentiel de l'accord de coopération avec l'OMS. La surveillance des opérations incombait à l'unité AFROPOC.

88. Le Botswana ayant évoqué la difficulté à faire des choix entre les programmes, le Secrétariat a répondu que le Neuvième Programme général de Travail avait en fait simplifié les choses en se concentrant sur six secteurs de programme seulement. L'organigramme du Bureau régional adopté en 1985 suivait déjà cette voie d'approche.

89. Le Lesotho et le Nigéria ont souligné l'importance de l'information sanitaire, des banques de données et des indicateurs de santé. Allant dans le même sens, le Directeur régional a rappelé que le Bureau régional avait produit un certain nombre d'indicateurs de santé à utiliser au niveau du district. L'unité SPT s'en servait pour surveiller les principaux domaines de préoccupation, dont le SIDA, l'aide d'urgence et l'action humanitaire, les effort communautaires en faveur du financement des soins de santé et le paquet minimum Santé pour tous au niveau du district.

90. La Côte d'Ivoire, la Zambie et quelques autres pays ont fait part de l'expérience qu'ils avaient acquise dans la mise en oeuvre des réformes sanitaires axées sur le district. Le Directeur régional a expliqué que c'était précisément là la base de la mise en oeuvre du paquet Soins de santé au niveau du district, ajoutant que de nombreux pays avaient déjà des équipes de soutien opérationnel chargées d'aider à la mise en oeuvre et à la surveillance du paquet Soins de santé. Les membres de ces équipes, des experts nationaux, étaient rémunérés sur le budget ordinaire au titre d'accords de services spéciaux.

91. La question de la vérification normale des comptes du Bureau régional a été soulevée par le Cameroun et la Gambie. Le Directeur régional a précisé que, selon la pratique en vigueur, le Siège vérifiait les comptes des Bureaux régionaux et le Bureau régional ceux des bureaux de pays. Parmi les Bureaux régionaux, c'était celui de l'Afrique qui faisait l'objet des vérifications les plus fréquentes.

De l'avis du Dr Monekosso, les vérifications devaient être considérées comme un élément de l'encadrement d'appui. Le Bureau régional a dû prendre des mesures disciplinaires à l'encontre de certains membres du personnel en raison d'irrégularités mais il n'a pas jugé opportun de rendre la chose publique puisque le but ultime des vérifications était d'apporter des améliorations.

92. Récemment, une vérification extérieure des comptes a permis de repérer des lacunes dans le programme de bourses d'études, lacunes qui se situaient dans les pays, où les lignes directrices de l'OMS n'étaient pas rigoureusement suivies. Contrairement à ce qu'elles prévoient, le représentant dans le pays ne fait pas toujours partie de l'équipe de sélection. Dans ces circonstances, les responsables de l'OMS ne peuvent pas grand chose puisqu'ils ont affaire à des Etats souverains. Le Dr Monekosso a instamment invité les Etats à respecter les lignes directrices.

93. Le Dr Monekosso a d'autre part précisé que le Comité régional détenait des pouvoirs discrétionnaires concernant la vérification continue des comptes du Bureau régional et avait un droit de regard sur ce qui s'y passait. Quant aux donateurs, il existait un système de notification régulière en cours d'amélioration.

Appui aux systèmes nationaux de santé

94. Douze pays ont fait ressortir l'importance de la formation du personnel infirmier et des sages-femmes, et des délégués ont informé le Comité que les programmes d'enseignement infirmier et obstétrical de base et pré-emploi avaient fait l'objet d'un réexamen en Gambie, au Ghana, en Mauritanie et au Souaziland.

95. Certains pays comme le Libéria, le Mozambique et le Rwanda, où l'exode de professionnels de la santé se fait durement sentir, ont demandé une assistance pour former de nouveaux personnels et intensifier les programmes de formation existants en y intégrant des sujets qui aideront le personnel à prendre en charge les problèmes familiaux d'ordre sanitaire et psychosocial engendrés par la guerre et ses séquelles.

96. Les délégués du Botswana, du Ghana et du Souaziland ont demandé un accroissement du nombre de bourses d'études pour du personnel infirmier et des sages-femmes. Le Directeur régional, tout en reconnaissant l'importance de la demande, a souligné que les pays devaient suivre, dans le cadre de leur système AFROPOC, la procédure prévue pour obtenir de l'OMS des fonds supplémentaires pour des bourses d'études.

97. La délégation du Kenya a instamment prié l'OMS de prévoir un poste budgétaire spécifique pour les soins infirmiers et obstétricaux. Elle a également demandé que des fonds soient dégagés en vue d'aider à rémunérer des enseignants qualifiés dans les établissements d'enseignement infirmier et obstétrical de la Région.

98. Répondant aux questions posées par le Burundi, le Lesotho et le Souaziland concernant les personnels de santé, le Dr Monekosso a fait observer que le Bureau régional encourageait la mise en commun des ressources et l'exécution conjointe des activités. L'enseignement infirmier (Botswana, Ghana) faisait partie de l'ensemble plus vaste du développement des ressources humaines pour la santé.

99. Plusieurs pays, dont le Burundi, le Lesotho, le Mali, le Malawi, Maurice, le Tchad et la Zambie, ont dit mener en matière de ressources humaines pour la santé des expériences de type nouveau sur lesquelles ils ont donné des détails.

100. L'Afrique du Sud a proposé d'assurer la spécialisation de personnel de santé pour des pays de la Région et d'envisager des mécanismes pour mettre un terme à l'exode des cerveaux, qui drainait vers la République d'Afrique du Sud du personnel d'autres pays de la Région. Le Libéria a demandé à l'OMS de réexaminer ses critères d'appui à l'école de médecine du pays.

101. Le délégué du Nigéria a invité d'autres pays à faire appel aux programmes de formation ci-après organisés par son pays, peut-être en parrainant des candidats avec des bourses d'études de l'OMS :

- Planification et gestion sanitaires
- Financement et gestion sanitaires
- Administration des services de santé
- Gestion de l'information sanitaire.

102. Le Directeur régional a informé le Comité qu'une conférence régionale destinée à adapter l'enseignement médical aux besoins de l'Afrique aurait lieu au Cap la première semaine d'avril 1995 et il a instamment invité l'ensemble des pays à faire tout leur possible pour y participer.

103. Sao Tomé et Principe a demandé que du matériel pédagogique lui soit fourni en portugais. Le Directeur a signalé que cela avait été convenu et que le Bureau régional avait pris contact avec une fondation portugaise.

104. La délégation du Mozambique ayant critiqué le rapport sur les études de faisabilité relatives à la création d'un Institut des sciences de la santé à Maputo, le Dr Monekosso l'a rassurée en déclarant qu'un consultant se rendrait bientôt dans le pays pour remplacer celui dont le travail n'avait pas donné satisfaction.

105. La question de la production pharmaceutique et de la qualité des médicaments a été soulevée par la Gambie, le Nigéria et le Togo, entre autres; 31 pays de la Région produisaient déjà des médicaments essentiels. Pour pouvoir être compétitifs, les Etats Membres devaient envisager de baisser voire de supprimer les taxes et droits de douane sur les matières premières pharmaceutiques. Le Directeur régional a estimé que chaque pays devait chercher à se doter d'un minimum d'installations pour le contrôle de la qualité des médicaments et des vaccins. L'offre de l'Afrique du Sud d'aider à fournir des vaccins grâce à des achats en vrac et d'autres moyens était la bienvenue.

106. La Gambie et le Zaïre se sont inquiétés du fait que les médicaments traditionnels étaient peu utilisés dans le système de santé. Le Secrétariat a répondu qu'il s'agissait là d'une préoccupation légitime. Les pays étaient invités à donner suite à la résolution AFR/RC40/R8 adoptée en septembre 1990. L'évaluation des ressources que représentaient les remèdes traditionnels et les plantes médicinales faisait partie des activités prévues dans le paquet Santé pour tous au niveau du district. Dans les pays où la médecine traditionnelle est officiellement agréée dans le système national de santé, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique encourage la mise au point de politiques nationales pertinentes et, le cas échéant, l'élaboration d'un cadre juridique concernant l'exercice de la médecine traditionnelle et le recours à certains remèdes traditionnels.

107. Certains délégués se sont plaints du prix prohibitif des médicaments depuis la dévaluation du franc CFA. Le Secrétariat a précisé que l'on pourrait en partie surmonter le problème en supprimant les taxes sur les médicaments et produits pharmaceutiques et en établissant une liste de médicaments génériques essentiels. Deux réunions ont été organisées à Abidjan (Côte d'Ivoire) et à Evian (France) dans le but d'étudier les effets de la dévaluation sur le prix des médicaments. L'OMS fera au début de 1995 un bilan des mesures prises.

Promotion et protection de la santé

108. Certains délégués ayant demandé des précisions sur la progression des activités d'iodation du sel dans la Région, le Comité a été informé que le document AFR/RC44/5 relatif à la nutrition donnait des renseignements sur les actions menées par les Etats Membres. Vingt-trois pays avaient un programme de lutte contre les carences en iode; 14 d'entre eux pratiquaient déjà à large échelle l'iodation du sel tandis que sept autres allaient bientôt arriver à ce que tout le sel utilisé chez eux soit iodé.

109. Vu l'importance de la santé mentale et ses conséquences, le Nigéria a suggéré d'inclure la santé mentale dans le paquet Soins de santé au niveau du district en tant que neuvième élément des soins de santé primaires. Le Directeur régional a précisé que les huit éléments figurant dans la Déclaration d'Alma-Ata devaient être considérés comme un minimum et que les pays étaient libres d'en ajouter d'autres, comme la santé mentale, s'ils les jugeaient prioritaires; plusieurs pays de la Région avaient déjà ajouté d'autres éléments à la liste.

110. Sao Tomé et Principe s'est dit satisfait de sa politique nationale de santé mentale. Le Comité régional a été informé qu'en 1992, à la demande du pays, un consultant avait aidé à formuler une politique dans ce domaine et que l'inscription à l'ordre du jour provisoire de la Quarante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé d'un point relatif à la santé mentale, sur proposition du Ministre de la Santé de Sao Tomé et Principe, serait examinée avec la délégation concernée.

111. Des progrès ont été signalés dans les domaines de la santé bucco-dentaire (Souaziland), des maladies cardiovasculaires (Seychelles) et de la santé des adolescents (Lesotho). Le Directeur régional a déclaré que la santé des adolescents était importante non seulement pour la prévention des problèmes de l'adolescence mais aussi pour la lutte contre le VIH/SIDA et qu'elle était indispensable pour que les pays aient une population active en bonne santé.

112. Le Lesotho a soulevé la question des problèmes de santé liés à l'urbanisation. Le Souaziland, pour sa part, s'est félicité des efforts déployés par Afrique 2000. Le Directeur régional a exprimé l'espoir que les donateurs réagiraient favorablement à cette initiative.

113. Il n'y a en fait aucun rapport entre l'équipe d'appui multidisciplinaire du FNUAP et l'équipe OMS de pays, même s'il est censé y en avoir un. Une réunion de la consultation interinstitutions pour la santé en Afrique va avoir lieu prochainement en présence des représentants de diverses institutions du système des Nations Unies et des pays pour débattre de l'ensemble du problème de la coordination.

Lutte contre les maladies et les incapacités

114. Le Botswana et le Malawi, entre autres, ont évoqué la lutte contre la tuberculose, étant donné que l'incidence des cas était en augmentation chez eux comme dans d'autres pays. Cet accroissement de l'incidence s'accompagne d'un développement de la résistance aux médicaments actuellement utilisés; or, les médicaments de rechange coûtent très cher.

115. L'OMS a entrepris des études au Malawi et au Botswana dans le but de remplacer la thioacétazone et la streptomycine par l'éthambutol. Ces études devraient d'autre part aider à résoudre les problèmes de coûts et de respect des prescriptions.

116. Tous les pays touchés par des épidémies de dysenterie ont fait part de leur préoccupation face à ce problème, qui vient s'ajouter à tous ceux dont souffre déjà l'Afrique.

117. Ces épidémies de dysenterie présentent des caractéristiques particulières:

- résistance aux antibiotiques;
- difficulté à déterminer le mode de transmission exact, pour pouvoir choisir les mesures de prévention les plus efficaces;
- incapacité des laboratoires d'assurer le diagnostic et la surveillance de la résistance aux antibiotiques.

118. Compte tenu de l'expérience non négligeable qu'il avait acquise, le Burundi a proposé d'accueillir un centre de recherche sur les épidémies de maladies diarrhéiques, notamment de dysenterie bacillaire.

119. L'OMS suit la situation de près. Un projet interpays visant à surveiller et combattre les épidémies de maladies diarrhéiques a déjà été mis sur pied pour les pays de la Sous-Région III et une proposition analogue, envisagée pour la Sous-Région II, a été soumise pour examen à des bailleurs de fonds.

120. Plusieurs pays ont fait état de problèmes liés à des épidémies répétées de méningite méningococcique; c'était le cas en particulier de la Namibie. Il a été signalé que le Bureau régional venait d'organiser en juin 1994 à Niamey une consultation afin d'actualiser sa stratégie et d'établir un guide à l'intention des districts.

121. Au sujet du Programme élargi de Vaccination, le Comité régional s'est dit préoccupé par la chute du taux de couverture vaccinale qui, depuis 1991-1993, avait en effet baissé d'au moins cinq points de pourcentage dans 20 pays au moins (57% des pays).

122. La question de la production de vaccins au Nigéria et en Afrique du Sud a également été soulevée. Il est désormais des plus urgent d'organiser l'approvisionnement de tous les pays en vaccins. Des experts de l'OMS se sont déjà rendus en Afrique du Sud et iront bientôt au Nigéria pour faire le point de la capacité de production de vaccins et vérifier que les vaccins fabriqués répondent bien aux normes de l'Organisation.

123. Le paludisme reste l'un des plus graves problèmes de santé publique dans la Région africaine. En 1994, des épidémies de paludisme ont continué de toucher des pays comme le Botswana, le Kenya et l'Ouganda, de même que des populations de réfugiés au Burundi, en Ethiopie, au Rwanda et en Tanzanie. Plusieurs pays (Malawi, Ouganda, Tanzanie et Zambie) ont fait part de leur inquiétude face au développement de la résistance de *P.falciparum* à la chloroquine et signalé que la situation s'aggravait sur leur territoire.

124. Le Comité régionale a été informé par la délégation de l'Ouganda que la Banque mondiale et des experts nationaux avaient fait récemment une étude sur le fardeau que représentait le paludisme et sur le rapport coût-efficacité des interventions de lutte antipaludique en Erythrée, en Ethiopie, au Kenya, en Ouganda et en Tanzanie.

125. L'étude a montré que, dans ces pays, le paludisme contribuait au fardeau des maladies dans une proportion allant de 11% à 14%. Elle a également révélé que sept maladies, à commencer par les pathologies périnatales/maternelles, suivies par le paludisme, la diarrhée, les IRA, les pneumopathies, le SIDA, la tuberculose et la malnutrition, représentaient entre 70% et 75% de toutes les maladies dans ces pays.

126. Pour pouvoir instaurer la santé pour tous d'ici l'an 2000, il faudra privilégier la lutte contre ces maladies en tenant compte de leur ordre de priorité.

127. Les trois Etats d'Afrique de l'Est (Kenya, Ouganda et Tanzanie) ont constitué une commission régionale spéciale sur le paludisme chargée de dresser de toute urgence un plan commun d'action antipaludique qui sera partiellement financé par la Banque mondiale. La commission se propose de demander au Bureau régional un appui technique.

128. Le Directeur régional a fait savoir que plusieurs mesures avaient été prises en vue de répondre aux besoins des pays :

- deux consultations, l'une sur la prévention et la maîtrise des épidémies de paludisme et l'autre sur la mise à jour des lignes directrices du Bureau régional concernant le diagnostic et le traitement du paludisme, vont être organisées en 1995;
- pour renforcer la coordination et la mobilisation des ressources, il a été créé un groupe spécial pour la lutte antipaludique en Afrique qui se réunira une fois par an;
- un système de suivi individuel des programmes de pays est en cours d'élaboration.

129. Une stratégie intégrée de lutte contre les épidémies a été définie au Bureau régional et appliquée avec succès par certains pays pour prévenir des flambées de méningite.

130. Au sujet de la lutte antipaludique, évoquée également par le Ghana, la Gambie et le Kenya, entre autres, le Dr Monekosso a souligné que le Bureau régional n'avait cessé de s'intéresser au problème mais que les Etats Membres n'en saisissaient pas toujours la gravité. Il a instamment demandé des mesures plus énergiques à cet égard. La stratégie régionale de lutte antipaludique indiquait clairement les principales interventions à mener, à savoir la prise en charge correcte des cas dès le début et la mise en place d'un système efficace de surveillance de la résistance aux antipaludiques - ce qui revêtait une importance primordiale car la résistance risquait de ne pas s'arrêter aux frontières d'un pays et de se propager à toute la Région. Ce système permettait à chaque pays de passer si nécessaire à d'autres médicaments pour le traitement.

Appui aux programmes

131. La délégation du Gabon a estimé que la répartition des ressources dans la Région n'était pas équitable. Le Directeur régional a précisé que les ressources étaient affectées sur la base d'une formule mathématique en vigueur depuis 1978. Lors d'au moins deux sessions du Comité régional, il avait demandé que le mode d'affectation soit réexaminé mais cela n'avait pas été fait. Il a exprimé l'espoir que le réexamen de la formule suscite un intérêt suffisant.

132. La République centrafricaine a demandé si l'on ne pourrait pas revoir la méthode suivie pour le recrutement du personnel. Le Dr Monekosso a précisé que l'Assemblée mondiale de la Santé était à cet égard inflexible. Les postes étaient pourvus selon un système strict de quotas géographiques.

133. La Mauritanie a été informée, à la suite de son intervention, que les équipes OMS de pays étaient composées de nationaux recrutés au titre d'accords de services spéciaux. Ils jouaient un rôle consultatif vis-à-vis du personnel du ministère de la santé et des représentants de l'OMS dans le pays. Faire de ces nationaux des administrateurs nationaux de programme, conformément à la pratique suivie par d'autres institutions du système des Nations Unies comme l'UNICEF, était une question en cours d'examen au Siège.

134. Après le débat sur le rapport du Directeur général, d'autres observations ont été faites sur les points suivants :

- espoir formulé par le Nigéria que le Dr Samba, Directeur régional nouvellement désigné, utiliserait ses talents de mobilisateur de fonds pour attirer davantage de ressources dans la Région;
- problème de l'exode des cerveaux au Libéria, puisque 80 % des effectifs de personnels de santé qualifiés ont quitté le pays;
- souhait exprimé par la Zambie que les programmes de santé mentale soient étendus aux enfants.

135. Le Bénin a déclaré que les problèmes d'exode du personnel au Libéria étaient probablement dus aux conflits armés dans ce pays. Il a également fait observer que, malgré la prolifération des centres de formation dans la Région, certains centres manquaient de personnel.

136. Le Directeur régional a reconnu qu'il n'était pas facile de retenir le personnel lorsque l'environnement n'était pas favorable au travail. Il a toutefois assuré le Comité que toutes les régions avaient du mal à conserver leur personnel et que l'on avait tendance à accorder plus d'importance au financement qu'aux ressources humaines.

137. Le Directeur régional a estimé que la proposition faite par un Etat Membre d'organiser une conférence sur la violence était une bonne idée. On pourrait d'autre part tirer un meilleur parti des multiples établissements de formation s'ils se spécialisaient dans certains domaines.

138. Le Dr Samba, Directeur régional nouvellement désigné, a ensuite fait observer que le personnel était la clé du succès d'une institution quelle qu'elle soit. Avec une bonne gestion du personnel et une transparence financière, notamment la restitution des ressources non utilisées, le Bureau régional sera en mesure de trouver des ressources suffisantes.

Conclusion du débat sur le rapport succinct du Directeur régional

139. En concluant le débat sur son rapport succinct pour 1993, le Directeur régional a informé les délégués qu'une consultation interinstitutions sur le développement sanitaire venait d'être mise sur pied. Elle avait pour but de réunir toutes les organisations concernées par le développement sanitaire, afin de garantir une action concertée dans le cadre des interventions sanitaires. Elle comprenait pour l'instant des représentants de l'OMS, de l'UNICEF, du PNUD, de la BAD et de la Banque mondiale. Son secrétariat sera basé au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique.

140. Le Dr Monekosso a indiqué que la surveillance de la mise en oeuvre du paquet Soins de santé au niveau district se poursuivrait, comme pour le programme SIDA. Les activités se poursuivraient également en ce qui concerne le financement de la santé au niveau communautaire ainsi que la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours.

141. Le Directeur régional a promis d'intensifier la collaboration avec la Banque mondiale et d'autres organismes donateurs pour oeuvrer en vue d'une meilleure santé en Afrique, initiative qui venait d'être lancée.

142. Afin de renforcer les capacités et la collaboration avec les pays, les bureaux implantés au niveau sous-régional à Bamako, Bujumbura et Harare seront renforcés et davantage de personnel sera envoyé sur le terrain.

143. En l'absence d'autres questions, le rapport succinct du Directeur régional a été adopté. Le Comité régional a également adopté la résolution AFR/RC44/R2 et la résolution AFR/RC44/R17 par laquelle était créé un programme spécial de coopération avec le Rwanda.

Allocution du Dr E.D.K. Jaycox, de la Banque mondiale

144. Dans l'allocution qu'elle a prononcée au nom de M. E. D. K. Jaycox, Vice-Président de la Banque mondiale responsable de la Région africaine, Mme Ishra Hussein a déclaré qu'elle était venue partager avec les ministres la vision d'une meilleure santé en Afrique et lancer l'initiative "Pour une meilleure santé en Afrique". Les Ministres de la Santé étaient assurément en mesure d'apporter des changements et d'assurer une meilleure santé à leur population.

145. Des réformes sur le plan de la gestion et d'autres aspects des systèmes de soins de santé entraînent également une amélioration de la santé. L'expérience a montré que des ensembles de soins de santé de base, d'un bon rapport coût-efficacité, dispensés par des réseaux de centres de santé locaux et de petits hôpitaux implantés dans les zones rurales et péri-urbaines répondaient bien aux besoins des ménages.

146. Elle a assuré les délégués du soutien de la Banque mondiale dans la poursuite des améliorations de la santé. La Banque a fourni un appui financier à de nombreux projets relatifs à la santé et la nutrition en Afrique.

Allocution de M. Cole Dodge, Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique orientale et australe

147. Au nom de M. Cole P. Dodge, le Dr K. Mukelabai a parlé longuement des forces antagonistes qui caractérisent actuellement l'Afrique : anarchie et atrocités d'un côté, réconciliation et démocratie de l'autre. Il y allait de l'avenir des enfants africains et un engagement politique sans faille s'imposait pour inverser la tendance. Il fallait améliorer l'éducation, la nutrition et la santé et développer le rôle des femmes dans la société.

148. Il s'est dit préoccupé par la proportion croissante des ressources de l'UNICEF allouée aux situations d'urgence. Il y avait là un dilemme : comment répondre aux appels des enfants pris au piège de la guerre sans compromettre l'approche du développement pour résorber les "urgences silencieuses".

DESIGNATION DU DIRECTEUR REGIONAL

149. Réuni en séance privée le 8 septembre 1994, le Comité régional, conformément à l'article 52 de la Constitution de l'OMS et à l'article 52 de son règlement intérieur, a désigné le Dr Ebrahim Malick Samba Directeur régional pour l'Afrique. Le Comité a adopté la résolution AFR/RC44/R1.

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

Moyens de mettre en oeuvre les résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif (document AFR/RC44/9)

150. Les documents relatifs à cette question (documents AFR/RC44/9, AFR/RC44/10 et AFR/RC44/11) ont été présentés par le Dr Nhiwatiwa (Secrétariat) au nom du Directeur régional.

151. Elle a précisé que, dans le document AFR/RC44/9, le Directeur régional exposait les moyens de mettre en oeuvre les résolutions d'intérêt régional adoptées par la Quarante-Septième Assemblée mondiale de la Santé et par la quatre-vingt-quatorzième session du Conseil exécutif.

152. Le rapport ne contient que les paragraphes extraits du dispositif des résolutions. Chaque résolution est accompagnée d'une proposition concernant les mesures à prendre. Ces propositions sont groupées par programme selon la liste ordonnée des programmes du Neuvième Programme général de Travail.

153. Le Directeur régional a présenté ce rapport au Comité régional, en application des dispositions de la résolution WHA33.17 de l'Assemblée de la Santé, par laquelle le Comité régional était prié de prendre une part active aux travaux de l'Organisation et, en particulier, de soumettre au Conseil exécutif des recommandations et des propositions sur les questions d'intérêt régional.

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

155. Le Comité a approuvé les propositions du Directeur régional.

Ordres du jour de la Quatre-vingt-quinzième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé : Incidences régionales (document AFR/RC44/10)

156. Le document AFR/RC44/10 contient le rapport du Directeur régional sur l'ordre du jour de la quatre-vingt-quinzième session du Conseil exécutif, qui aura lieu du 17 au 27 janvier 1995, et celui de la Quarante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, qui se tiendra du 1er au 12 mai 1995. Il présente également un projet d'ordre du jour provisoire pour la quarante-cinquième session du Comité régional, qui se tiendra du 6 au 13 septembre 1995.

157. Ce rapport est présenté en application des dispositions de la résolution AFR/RC30/R6 du Comité régional, qui a approuvé cette procédure pour coordonner les ordres du jour des organes directeurs au niveau mondial et régional.

158. Le Comité a été invité à prendre note de la corrélation qui existait déjà entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé concernant les points suivants inscrits à leur ordre du jour :

- a) **Rapport des directeurs régionaux sur les stratégies adoptées et les progrès accomplis dans des domaines clés intéressant les réformes opérationnelles et gestionnaires dans les Régions.**

- b) Tabac ou Santé.
- c) Santé maternelle et infantile : soins de qualité.
- d) Eradication de la poliomyélite.
- e) Stratégie mondiale de lutte contre le SIDA.

159. La délégation du Nigéria a demandé à ce que la santé mentale soit inscrite à l'ordre du jour de la session du Conseil exécutif, dans l'espoir que l'on revienne sur la décision de scinder ce programme en trois éléments distincts.

160. Le Comité s'est dit satisfait de la coordination entre les projets d'ordre du jour de sa quarante-cinquième session, de la quatre-vingt-quinzième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé.

METHODE DE TRAVAIL ET DUREE DE L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE (document AFR/RC44/11)

161. La cérémonie d'ouverture de la Quarante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé aura lieu le lundi 1er mai 1995 à 12 heures. Elle sera suivie immédiatement par la réunion de la Commission des Désignations qui fera des propositions conformément à l'article 25 du Règlement intérieur de l'Assemblée, afin que les élections aient lieu le lundi après-midi.

162. Pour que l'Assemblée mondiale de la Santé puisse travailler de façon harmonieuse, notamment les deux premiers jours, il est nécessaire de procéder à des préparatifs approfondis pour faciliter les travaux de la Commission des Désignations le lundi après-midi. Dans le rapport principal, le Directeur régional propose au Comité des mesures concrètes destinées à rendre le plus efficace et le plus efficient possible les travaux de l'Assemblée mondiale de la Santé. Des propositions précises sont faites concernant :

- a) l'élection du Président et des Vice-Présidents de l'Assemblée de la Santé;
- b) l'élection du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs des Commissions A et B;
- c) l'élection des membres habilités à désigner une personne devant siéger au Conseil exécutif;
- d) la cérémonie de clôture de la Quarante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé;
- e) la réunion informelle du Comité régional avant l'ouverture de l'Assemblée mondiale de la Santé; et
- f) la réunion quotidienne des délégations des pays africains à l'Assemblée mondiale de la Santé.

163. Dans le document AFR/RC43/6 Add.1, le Directeur régional a rappelé que, lors d'une des réunions quotidiennes des délégations des pays africains à la Quarante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, les délégués de la Région avaient souligné la nécessité de s'exprimer collectivement sur certains thèmes communs afin que la voix de l'Afrique puisse se faire entendre.

164. Il a été noté que, s'il était toujours possible d'établir et de présenter des rapports individuels de pays pour qu'ils puissent être intégrés dans le rapport global de l'Assemblée mondiale de la Santé, des exposés de groupe sur des problèmes d'intérêt commun pourraient être faits devant les membres de la communauté internationale présents à l'Assemblée mondiale de la Santé afin d'agir avec efficacité pour obtenir un soutien en vue de la solution de ces problèmes. L'additif suggère des possibilités de groupements nationaux à envisager.

165. Au cours du débat qui a suivi, une question a été posée concernant la possibilité pour les pays africains de parler d'une seule voix. Le Directeur régional a répondu en proposant de mettre en place un mécanisme de consultation sous-régionale pour faciliter la coordination et les consultations entre pays d'une même sous-région; une fois à Genève, seuls les rapporteurs de chaque sous-région se réuniraient pour harmoniser les points de vue et présenter la position de l'Afrique, ce qui pourrait se faire deux mois avant l'Assemblée mondiale de la Santé. Il a également indiqué que, récemment, les Ministres de la Santé des pays africains avaient commencé à s'exprimer en tant que groupe - ce qui était un signe révélateur de l'affirmation de l'unité africaine.

166. Le Comité régional a adopté le rapport du Directeur régional ainsi que les décisions de procédure pertinentes.

RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME (document AFR/RC41/17)

Introduction

167. Le rapport du Sous-Comité du Programme a été présenté par le Dr M.N. Ntutumu (Guinée Equatoriale), Rapporteur, qui a rappelé qu'en vertu du mandat du Sous-Comité, sa toute première tâche statutaire était d'examiner le projet de budget programme. Cette tâche a occupé le Comité pendant une journée et demi. Le Sous-Comité a également examiné neuf autres documents techniques pour le compte du Comité régional. Le Président du Sous-Comité présenterait les conclusions du Sous-Comité concernant le budget programme, tandis que d'autres membres présenteraient les observations et les propositions relatives aux neuf autres documents. Le texte intégral du rapport du Sous-Comité du Programme fait l'objet de l'Annexe 13.

Projet de budget programme pour 1996-1997 (documents AFR/RC44/2, AFR/RC44/2 Add.1 et AFR/RC44/2 Corr.1)

168. Le Dr David Dofara (République centrafricaine), Président, a signalé que le Sous-Comité du Programme avait examiné d'un oeil critique, chapitre par chapitre, le document AFR/RC44/2 relatif au projet de budget programme. Les membres avaient posé de nombreuses questions et demandé des précisions. Le Secrétariat, sous l'autorité personnelle du Directeur régional, avait répondu aux questions et fourni les précisions demandées, à la satisfaction des membres du Sous-Comité.

169. Pour la préparation du budget, le Directeur régional a pris en compte de nombreux facteurs et éléments concrets et s'est efforcé de trouver des ressources pour la majorité des programmes. Pour certains, les crédits prévus sont en diminution, parce que les pays ont été moins nombreux à les choisir ou bien qu'ils ont réduit les montants inscrits au budget pour ces programmes. Certaines réductions s'expliquent aussi par le fait que des fonds extrabudgétaires pourraient être dégagés pendant la période biennale ou qu'un financement pourrait venir d'autres sources que l'OMS.

170. Dans les lignes directrices qu'a publiées le Directeur général pour la préparation du budget, il demandait que celui-ci soit fixé au même montant en dollars que pour la période biennale précédente, sans tenir compte des augmentations de coûts survenues entretemps. De plus, le même taux de change de 296 frs CFA pour un dollar des Etats-Unis a été imposé.

171. Après avoir examiné le document AFR/RC44/2, le Sous-Comité a formulé les recommandations ci-après au Comité régional pour adoption :

- i) aucun programme ne devrait apparaître sans indication des ressources disponibles pour mettre en oeuvre les activités décrites - comme c'était le cas pour les programmes **Mobilisation des ressources pour la santé, Santé et Développement socio-économique, Femmes, Santé et Développement, Education sanitaire et Lèpre**. Si, pour des raisons techniques (par exemple éviter des doubles emplois), il n'y a pas lieu de présenter un tableau budgétaire en bonne et due forme, il faudrait inclure une liste des montants en dollars disponibles au titre d'autres programmes. La liste pourrait notamment donner un pourcentage des dépenses de personnel prévues dans d'autres programmes.
- ii) Le programme **Femmes, Santé et Développement** devrait avoir son identité propre et faire l'objet d'un tableau budgétaire. Il est récemment devenu un programme à part entière dans le Neuvième Programme général de Travail et dispose déjà de ses propres ressources (paragraphe 92)¹.
- iii) Les corrections au texte et aux tableaux dans le document rectificatif distribué au Sous-Comité du Programme ainsi que les autres changements apportés lors de l'examen du budget devront être inclus dans le document final que le Directeur régional transmettra au Directeur général.
- iv) Le Secrétariat devrait s'efforcer d'indiquer les montants extrabudgétaires dont un pays peut disposer pour les programmes dans son budget de pays.
- v) L'OMS devrait faire tout son possible pour mobiliser des ressources extrabudgétaires en faveur de programmes tels que l'**approvisionnement public en eau et l'assainissement** (para.104)², l'**hygiène de l'environnement** (para.107), le **paludisme** (para.114)³ et le **Programme mondial de lutte contre le SIDA** (para.123 (ii))⁴.
- vi) Les mesures de maîtrise des coûts devraient être maintenues dans le programme d'**Appui au plan de l'information sanitaire et biomédicale** (para.100)⁵ et il faudrait d'autre part faire des études sur le rapport coût-efficacité des vaccins (para. 109)⁶.
- vii) En matière d'**Aide d'urgence et d'action humanitaire** :
 - l'OMS devrait donner une indication des fonds extrabudgétaires susceptibles d'être disponibles (para.77)⁷;

¹ Document AFR/RC44/2.

^{2,7} Document AFR/RC44/12.

- l'OMS devrait réactiver le Centre panafricain pour la préparation aux situations d'urgence à Addis Abeba et lui assigner un rôle plus constructif;
- il faudrait que les pays s'associent à l'appel du Directeur régional en faveur d'un Corps africain de Jeunes;
- l'OMS devrait appuyer les activités de formation à la prise en charge des situations d'urgence et la préparation aux catastrophes;

viii) S'agissant de la santé mentale et des toxicomanies:

- l'OMS ne devrait pas scinder les programmes;
- il faudrait prévoir des fonds suffisants pour pouvoir mener des programmes de santé mentale dans tous les Etats Membres.

172. Enfin, le Sous-Comité a accepté le budget sous réserve des recommandations ci-dessus ainsi que des modifications et révisions aux budgets de pays que proposeraient les délégations au Comité régional à la suite des débats. Le Sous-Comité a donc proposé que le Comité régional adopte la résolution AFR/RC44/R4 demandant au Directeur régional de transmettre au Directeur général le document relatif au budget programme assorti des modifications et des recommandations mentionnées plus haut.

173. Au cours du débat, un délégué (Gabon) a dit avoir analysé le budget et réparti les pays entre ceux qui recevaient moins de 1 % du budget et les trois qui recevaient plus de 2 %. Le Gabon se trouvant dans la première catégorie, il a demandé la raison de cet état de choses. D'autre part, pourquoi un pourcentage aussi important du budget du pays était consacré au bureau de l'OMS? Il a demandé des précisions sur les critères appliqués pour l'affectation des crédits budgétaires.

174. Il a été souligné que les crédits affectés aux pays - US \$88 375 000 - étaient répartis entre les pays selon une formule mathématique adoptée par le Comité régional il y avait plus de dix ans. Cette formule fait appel à des critères tels que population, produit national brut, situation sanitaire, couverture sanitaire, etc.

175. Depuis dix ans, la situation a évolué et le Bureau régional, après avoir fait les études nécessaires, a proposé des changements en 1991. Le Comité régional a reporté à plus tard l'étude de la question mais il serait utile qu'il réexamine le document AFR/RC41/INF.DOC/8 lors d'une session ultérieure et adopte une résolution de façon à infléchir la situation actuelle.

176. A la suite des observations ci-dessus, le Comité régional a approuvé le rapport du Sous-Comité du Programme et adopté la résolution AFR/RC44/R4.

Lutte contre la tuberculose et la lèpre (documents AFR/RC44/13 et Add.1)

177. Le rapport du Sous-Comité du Programme a été présenté par le Dr P.K. Mmatli, membre du Sous-Comité. Le rapport confirmait la gravité de la situation épidémiologique en matière de tuberculose dans la Région africaine et déplorait en particulier qu'il y ait 1,25 millions de cas de tuberculose active et que la maladie fasse environ 500 000 victimes chaque année.

178. Le Comité régional, tout en s'associant à l'appel lancé par le Sous-Comité du Programme en faveur d'un renforcement des programmes antituberculeux dans les pays, s'est dit convaincu qu'il était

plus urgent d'accroître l'appui technique aux pays. Depuis que l'OMS a officiellement fait de la tuberculose une urgence mondiale en avril 1993, les effectifs de personnel et les fonds extrabudgétaires ont augmenté à l'unité Tuberculose du Siège. Il est donc recommandé au Bureau régional de prendre des mesures analogues pour développer son effectif de personnel et ses ressources extrabudgétaires afin d'apporter aux programmes de pays l'appui technique des plus nécessaire pour qu'il puissent s'attaquer vraiment au problème de la tuberculose.

179. Fort heureusement, des efforts ont été faits au niveau régional pour renforcer la lutte antituberculeuse; c'est ainsi qu'un fonctionnaire a été recruté pour faire office de point focal régional et coordonner les activités régionales de lutte antituberculeuse. De plus, des spécialistes de la tuberculose ont été recrutés pour collaborer avec les pays membres francophones. Enfin, plusieurs cours ont été organisés en vue de renforcer la gestion au niveau du district. Des animateurs de 35 pays ont déjà été formés.

180. L'OMS a continué à jouer un rôle de catalyseur pour mobiliser des ressources supplémentaires en faveur de la lutte antituberculeuse dans la Région. Le Directeur régional a pris note des recommandations visant à accroître l'effectif de personnel au niveau régional.

181. D'énormes progrès ont été faits en matière de lutte contre la lèpre dans la Région; la couverture de la polychimiothérapie a augmenté, d'où une chute sensible du nombre de cas enregistrés. Mais, pour parvenir à l'éradication, il faudra davantage de ressources afin d'atteindre les zones les plus reculées.

182. Le Comité régional a adopté les résolutions AFR/RC44/R5 sur la tuberculose et AFR/RC44/R6 sur la lèpre.

Programme élargi de vaccination (document AFR/RC44/14)

183. Le Comité régional a approuvé le rapport présenté par le Dr Magdali Bartoussia Gagdet (Tchad) au nom du Sous-Comité du Programme. S'agissant des progrès accomplis par les Etats Membres en matière de couverture vaccinale et de maîtrise des maladies cibles, le Comité régional a reconnu qu'il y avait des disparités importantes entre pays et il a encouragé ceux dont la couverture vaccinale était encore faible à fournir l'appui logistique et technique nécessaire à la relance du programme dans les districts les plus démunis.

184. L'émergence de zones exemptes de poliomyélite dans l'est et le sud de la Région a été notée avec satisfaction. Cependant, l'apparition d'une flambée de poliomyélite dans un pays indemne de cette maladie depuis plusieurs années (la Namibie) souligne la nécessité d'établir et/ou de renforcer la surveillance épidémiologique des maladies cibles du PEV et d'appliquer des stratégies de lutte telles que les opérations de vaccination de "ratissage" et l'organisation de campagnes de vaccination aux niveaux national, provincial ou local.

185. La pérennisation du programme a également été évoquée: il s'agissait de rappeler que les Etats Membres devraient poursuivre leurs efforts pour accroître leur contribution au financement du programme. Concernant l'approvisionnement en vaccins, le Comité régional a insisté sur la nécessité de soutenir la production de vaccins dans certains Etats Membres et d'en faciliter la distribution dans la Région.

186. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC44/R7.

Eradication de la dracunculose dans la Région africaine : Progrès accomplis
(document AFR/RC44/15)

187. Les progrès accomplis dans la mise en oeuvre du programme régional d'éradication de la dracunculose ont été présentés par le Dr Tezera Fisseha au nom du Sous-Comité du Programme.

188. En résumant l'état de la situation, il a souligné que 86 % de tous les villages d'endémie dans les pays endémiques avaient, au début de 1994, au moins un projet d'intervention pour l'éradication de la dracunculose et que, sur la base des rapports officiels, on estimait maintenant que l'incidence annuelle de la dracunculose était passée de 10 millions de cas lors du lancement du programme à 2 millions début 1994. Entre 1992 et 1993, il y a eu réduction de 41 % du nombre de cas signalés. Le rapport s'achève sur quatre recommandations visant à accélérer les progrès en vue de l'éradication. La Comité régional a adopté le rapport ainsi que la résolution AFR/RC44/R8.

Programme de lutte contre les infections respiratoires aiguës : Progrès accomplis
(document AFR/RC44/16)

189. Le rapport du Sous-Comité du Programme a été présenté par le Dr L. Manirenkune (Burundi), membre du Sous-Comité. Il a indiqué que le Sous-Comité du Programme avait fait ressortir une fois de plus l'importance des IRA, qui étaient à l'origine de taux de mortalité et de morbidité élevés.

190. Le Sous-Comité a noté que, sur les 30 Etats Membres qui disposaient d'un programme de lutte contre les IRA, seuls 19 avaient un programme opérationnel.

191. Face à ce constat, il a été proposé qu'une étude soit faite pour cerner toutes les contraintes qui s'opposent à la mise en oeuvre des programmes nationaux afin de trouver des solutions réalistes. Un appui apécial devra être accordé aux pays qui n'ont pas encore élaboré leurs plans d'opération. Le Bureau régional, en collaboration avec les Etats Membres, devra aider à mobiliser des ressources extrabudgétaires pour la mise en oeuvre des programmes nationaux. Le Comité régional a adopté le rapport du Sous-Comité et la résolution AFR/RC44/R9.

Situation nutritionnelle dans la Région africaine (document AFR/RC44/5)

192. Le Dr George (Gambie) a présenté le rapport au nom du Sous-Comité du Programme. Il a rappelé que la malnutrition était l'une des principales causes de morbidité et de mortalité chez les femmes enceintes et les enfants. Elle était due à une multitude de facteurs, dont la prise en considération avait débouché sur l'élaboration d'une stratégie adoptée par les pays dans le cadre de la Conférence internationale sur la nutrition. Les mesures prises pour prévenir la malnutrition étaient axées sur la promotion de l'allaitement au sein, la réglementation de la commercialisation des substituts du lait maternel, l'apport de suppléments de fer et l'enrichissement des aliments ainsi que l'emploi de sel iodé.

193. Le Bureau régional a été prié de définir des lignes directrices novatrices afin de mieux connaître l'épidémiologie de la malnutrition et de promouvoir une alimentation saine, notamment durant les périodes d'allaitement et de sevrage. Il a également été invité à examiner le rôle qu'il pourrait jouer dans la récupération nutritionnelle des victimes de guerres et de catastrophes.

194. Au cours du débat qui a suivi, les membres du Sous-Comité du Programme ont soulevé plusieurs questions. S'agissant de l'initiative en faveur des hôpitaux "amis des bébés", ils ont proposé d'élargir son champ d'application au-delà de l'hôpital, vers la communauté elle-même, car une proportion importante des accouchements est encore pratiquée par des accoucheuses traditionnelles. Pour ce qui

est des carences en micronutriments, le Sous-Comité du Programme a demandé au Bureau régional de mettre au point des méthodes simples, applicables au niveau communautaire, tant pour la prévention que pour le dépistage et d'élaborer une législation sur le sel iodé. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC44/R10.

Stratégie régionale en vue d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale dans la Région africaine (document AFR/RC44/7)

195. Le Dr I. Carvalho (Cap-Vert) a présenté le rapport au nom du Sous-Comité du Programme. Il a insisté sur le fait que les taux de mortalité maternelle et néonatale étaient trop élevés, en dépit des efforts déployés pour les faire reculer.

196. Les principaux facteurs à l'origine de cette situation sont notamment le statut socio-économique inférieur des femmes, l'insuffisance de la couverture des services et leur piètre qualité, le tout étant aggravé par un accès difficile voire inexistant aux soins d'urgence, notamment pour la population rurale.

197. L'OMS a pris plusieurs mesures pour remédier à cette situation déplorable : nomination d'experts nationaux en santé maternelle et infantile au sein des équipes OMS de pays, création du Centre régional de formation et de recherche en santé de la famille et mise au point d'un paquet minimum d'activités incluant une composante santé maternelle et soins au nouveau-né, à mettre en oeuvre au niveau du district.

198. Le débat a été axé sur l'importance de la planification familiale tout comme des moyens de communication et de transport et sur la nécessité d'impliquer le secteur de la santé dans le processus de développement socio-économique. La formation a été également évoquée, en particulier, celle des accoucheuses traditionnelles, qui sont souvent le seul recours disponible. On a également mentionné le rôle capital de l'information statistique dans la surveillance et l'évaluation des programmes ainsi que pour la prise des décisions aux niveaux appropriés.

199. Le Comité régional a estimé que le Centre régional de formation et de recherche en santé de la famille devrait répondre aux préoccupations exprimées en matière de formation. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC44/R11 qui lui était soumise pour approbation.

Lutte contre le SIDA : Situation actuelle dans la Région africaine (document AFR/RC44/6)

200. Le document a été présenté par le Dr Oumadi (Comores), membre du Sous-Comité du Programme. Il a fait ressortir les progrès réalisés par les pays membres dans la mise en oeuvre des grands axes du programme, notamment l'information, l'éducation et la communication (IEC), la mobilisation des femmes et l'intégration des activités de lutte contre le VIH/SIDA et contre les MST. Des carences généralisées ont été relevées au niveau de la mise en oeuvre des stratégies relatives à la sécurité du sang, la surveillance épidémiologique et la qualité de la notification.

201. Le Dr Mike Merson, Directeur exécutif du Programme mondial de lutte contre le SIDA, a donné au Comité des détails sur le nouveau mécanisme interinstitutions en cours d'établissement pour diriger la lutte contre le VIH/SIDA. Les organisations concernées étaient l'OMS, l'UNICEF, l'UNESCO, le PNUD, le FNUAP et la Banque mondiale.

202. Au cours du débat qui a suivi, il a été proposé que le Comité régional formule des recommandations spécifiques qui puissent faire progresser la lutte contre le SIDA en Afrique et qui seraient soumises à la réunion des Chefs d'Etat ou de Gouvernement à Paris le 1er décembre 1994.

Le Dr Merson a précisé que la plupart des domaines qui préoccupaient les pays en développement seraient abordés à la réunion de Paris, à laquelle assisteraient les ministres ou chefs de gouvernement de 24 pays en développement.

203. Compte tenu du fait que le traitement à l'AZT peut réduire de 50 % environ la transmission du VIH de la mère à l'enfant, il a par ailleurs été jugé souhaitable de négocier avec des laboratoires pharmaceutiques en vue de mettre ce médicament à la disposition des pays en développement. Une autre question a été soulevée concernant le nouveau sous-type de virus "O" VIH-1.

204. Le Dr Merson a répondu que la réunion de Paris examinerait la question de la disponibilité des médicaments pour les pays en développement. Il a donné au Comité l'assurance que la question du sous-type "O" était correctement prise en compte tant par l'OMS que par les fabricants de tests. Il a d'autre part précisé que les compressions budgétaires actuelles subies par les programmes n'affecteraient pas trop les activités dans les pays de la Région étant donné que la majeure partie des compressions porterait sur le personnel. Le nouveau mécanisme, a-t-il ajouté, contribuerait à coordonner le financement et les efforts dans la lutte contre le SIDA.

205. Le Directeur régional a fait observer que, dans le système des Nations Unies, la réorganisation était parfois le résultat d'une incapacité à traiter correctement un problème. Il souscrivait néanmoins à l'idée d'une coopération de toutes les institutions du système des Nations Unies à la lutte contre le SIDA.

206. Le Dr Monekosso a toutefois souligné que les efforts les plus importants étaient ceux que déployaient les pays eux-mêmes dans la lutte contre le SIDA. Le véritable problème, selon lui, était la façon dont les pays s'organisaient pour assurer la protection des femmes, des enfants et des jeunes.

207. L'aide internationale, a indiqué le Dr Monekosso, ne pouvait se substituer aux efforts personnels. Il n'y avait rien de particulièrement admirable à savoir utiliser l'argent des autres ou l'argent obtenu par le dur labeur des autres. Il a demandé instamment aux ministres de laisser aux citoyens toute liberté pour collecter des fonds en faveur de la lutte contre le SIDA.

208. S'agissant de la mobilisation politique et communautaire dans des domaines tels que la lutte contre le SIDA (question soulevée par le Ghana et le Malawi), le Directeur régional a estimé que c'était une bonne idée de lancer ces activités le mois qui précède la Journée mondiale du SIDA. L'engagement des dirigeants politiques, qui était l'une des raisons du succès remporté par les programmes de vaccination vers la fin des années 70, serait des plus utiles pour l'action de sensibilisation au problème du VIH/SIDA.

Mise en oeuvre des stratégies de la santé pour d'ici l'an 2000 dans la Région africaine : Troisième surveillance continue (document AFR/RC44/4)

209. Le rapport a été présenté par le Dr R.C. Zitsamele (Congo), membre du Sous-Comité du Programme. Se référant au paragraphe 9 du document, le Sous-Comité a recommandé que le Comité régional demande aux Ministères de la Santé de réunir en 1995 les informations requises par les Chefs d'Etats ou de Gouvernements membres de l'OUA pour apprécier les progrès réalisés dans la mise en oeuvre des mesures préconisées dans la Déclaration sur la crise sanitaire en Afrique, adoptée à Abuja en juin 1991.

210. S'agissant de la coopération technique entre l'OMS et les pays pour la mise en oeuvre de cette résolution, l'attention devrait se concentrer, premièrement, sur le renforcement des capacités nationales en matière d'appui informationnel à la gestion et, deuxièmement, sur l'intégration de la surveillance et de l'évaluation de la SPT 2000 dans le processus national de planification sanitaire.

211. La résolution AFR/RC44/4/R3 soumise pour examen au Comité régional a été adoptée.

Rapport d'activité sur le programme de financement des soins de santé
(document AFR/RC44/8)

212. Le rapport a été présenté par M. Begone Bayi (Gabon), membre du Sous-Comité du Programme. Il a rappelé que le programme HECAFIP de financement des soins de santé avait été lancé par le Bureau régional pour aider les Etats Membres à faire face aux conséquences catastrophiques de la crise économique mondiale. Il s'agissait d'un programme axé sur les pays car c'était précisément là que les activités pertinentes étaient censées avoir lieu, avec l'appui technique du Bureau régional et des membres de l'équipe OMS de pays.

213. M. Begone Bayi a fait observer que des institutions comme la BAD et la Banque mondiale étaient prêtes à apporter une aide pour la mise en oeuvre du programme. Tous les représentants de l'OMS, d'autres responsables et les économistes des équipes de pays avaient assisté à des ateliers de formation organisés conjointement par l'unité SDP au Siège et le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. Des programmes étaient en cours dans 18 pays ou devaient débiter sous peu dans au moins dix autres.

214. Le programme suscite un intérêt croissant et de nombreux pays ont demandé une aide pour instituer des systèmes de financement.

215. Le Comité régional a adopté le rapport du Sous-Comité du Programme sans modification.

DISCUSSIONS TECHNIQUES (documents AFR/RC44/TD/1, AFR/RC44/TD/2 et AFR/RC44/TD/3)

216. Le Comité régional a souligné la qualité du rapport qui lui était soumis (document AFR/RC44/17) et a apporté des changements mineurs concernant le renforcement du rôle des centres collaborateurs ainsi que les incitations financières destinées au personnel s'occupant de la gestion des technologies de la santé.

217. Dans les observations qu'il a formulées sur le rapport, le Directeur régional a rappelé au Comité la décision prise par l'Assemblée mondiale de la Santé de supprimer les discussions techniques et de les remplacer par des séances où serait fait un bilan de certains thèmes jugés d'actualité. Le Comité régional souhaitera peut-être examiner cette question compte tenu des besoins de la Région.

218. Le Comité régional a adopté le rapport sur les discussions techniques ainsi que la résolution AFR/RC44/R15.

DATES ET LIEUX DES QUARANTE-CINQUIEME ET QUARANTE-SIXIEME SESSIONS DU COMITE REGIONAL EN 1995 ET 1996 (document AFR/RC44/20)

219. M. D.E. Miller (Secrétariat) a présenté au nom du Directeur régional le document AFR/RC44/20, dans lequel le Comité régional était invité à confirmer sa décision de tenir sa quarante-cinquième session à Brazzaville, sauf s'il était invité à se réunir ailleurs par un pays prêt à assumer les coûts supplémentaires que cela entraînerait pour l'Organisation.

220. La délégation du Gabon a invité le Comité régional à tenir sa quarante-cinquième session à Libreville (Gabon). L'invitation a été acceptée et le Gabon a été remercié de son offre. Le Comité se réunira alors du 6 au 13 septembre 1995.

221. La quarante-sixième session du Comité régional se tiendra à Brazzaville, où le budget programme pour 1998-1999 pourra être aisément examiné.

ADOPTION DU PROJET DE RAPPORT FINAL DU COMITE REGIONAL (document AFR/RC44/21)

222. Le projet de rapport final a été examiné par le Comité régional section par section; les délégations ont approuvé les diverses sections ou apporté les modifications qu'elles jugeaient nécessaires.

223. Le Comité régional a ensuite adopté le rapport.

AUTRES QUESTIONS EXAMINEES PAR LE COMITE REGIONAL

Résolution conférant le titre de Directeur régional honoraire au Professeur G. L. Monekosso, Directeur régional sortant

224. Le Comité régional a été saisi d'un projet de résolution soumis par le Botswana, le Cap-Vert, la Guinée-Bissau, la Guinée équatoriale, le Lesotho, la République centrafricaine, le Tchad, le Togo et le Souaziland en vue de conférer le titre de "Directeur régional honoraire" au Dr G.L. Monekosso, Directeur régional sortant.

225. A la suite des précisions données par le Secrétariat sur le statut de "Directeur régional honoraire", la résolution AFR/RC44/R18 a été adoptée par acclamation.

Projet de résolution sur une meilleure santé en Afrique

226. Le Comité régional a été saisi d'un projet de résolution sur "Une meilleure santé en Afrique" soumis par plusieurs pays. Après une première et une seconde lectures, le Comité a demandé des précisions sur plusieurs points, notamment l'identité des éminents chercheurs africains chargés d'examiner l'étude de la Banque mondiale, les mécanismes de financement à utiliser et ce que l'on entendait vraiment par ensemble de mesures étant donné que bien des éléments avaient été mentionnés dans l'ouvrage. Certains délégués ont relevé que le rapport de la Banque mondiale était non pas un ensemble mais un rapport émanant de plusieurs publications, dont certaines de l'OMS.

227. L'examen du projet de résolution a été reporté à l'année suivante; les membres du Comité auraient d'ici là le temps d'étudier la publication "Pour une meilleure santé en Afrique" et les documents de base.

CLOTURE DE LA SESSION

228. La cérémonie de clôture a été présidée par Son Excellence Joachim Yhombi Opango, Premier Ministre de la République du Congo.

229. Dans son allocution de clôture, le Dr G.L. Monekosso a remercié les ministres de la rigueur avec laquelle ils avaient étudié les documents de travail du Comité régional. Il avait constaté avec plaisir que, lors des débats, l'intérêt collectif avait pris le pas sur les considérations personnelles.

230. Il a dit être convaincu que les résolutions adoptées par le Comité régional contribueraient à renforcer encore les progrès déjà faits. Cependant, les préoccupations majeures de la Région restaient la santé maternelle et infantile, la qualité des soins de santé, la propagation de la pandémie de SIDA, le financement des soins de santé et les médicaments et vaccins essentiels.

231. Le Directeur régional a déclaré que des bases solides avaient été établies avec le paquet minimum Santé pour tous, qui était déjà appliqué dans plusieurs pays et devrait à n'en pas douter faciliter l'instauration d'une meilleure santé pour tous.

232. Il a remercié le Gouvernement et le peuple du Congo d'avoir contribué au succès de la quarante-quatrième session du Comité régional et a prié le Premier Ministre de transmettre au Président Pascal Lissouba les remerciements de l'OMS.

233. Il a renouvelé ses plus sincères félicitations au Dr Ebrahim Malick Samba pour son élection au poste de Directeur régional pour l'Afrique et affirmé que ses collaborateurs se joignaient à lui pour adresser tous leurs vœux de succès au Dr Samba.

234. Dans son allocution de clôture, le Président de la quarante-quatrième session du Comité régional, Mme H. Godinho Gomes (Guinée-Bissau), a dit sa joie d'avoir vu l'Afrique du Sud réintégrer l'Organisation et l'Erythrée devenir Membre de la Région.

235. Elle a déploré la violence et l'agitation sociale qui assaillaient le continent et empêchaient les pays de réaliser leur potentiel de développement.

236. Elle a rendu hommage au Dr G.L. Monekosso pour son talent, son ardeur à la tâche et ses réalisations.

237. Le Président a invité le Premier Ministre à transmettre au Chef de l'Etat, au Gouvernement et au peuple du Congo les remerciements les plus sincères des délégués pour la chaleur de l'accueil qui leur avait été réservé durant leur séjour à Brazzaville.

238. Enfin, elle a remercié le personnel linguistique, les secrétaires et les chauffeurs, tout le personnel logistique, le Secrétariat ainsi que tous ceux qui avaient oeuvré dans les coulisses pour faciliter les travaux du Comité.

239. Le Général Yhombi Opango, Premier Ministre du Congo, a clos les débats de la quarante-quatrième session du Comité régional. Dans son allocution de clôture, il a dit se féliciter de ce que la paix soit revenue à Brazzaville, ce qui avait permis au Comité régional de tenir sa session.

240. Il a adressé ses félicitations au Directeur régional nouvellement désigné et lui a souhaité la bienvenue en tant que nouveau citoyen du Congo, exprimant l'espoir que son action à la tête du Bureau régional contribuerait à l'amélioration de la santé des peuples africains, particulièrement dans le contexte de la crise économique actuelle.

241. Après avoir remercié le Dr G.L. Monekosso de son ardeur à la tâche durant ces dix années, il a prononcé à 12h20 la clôture de la quarante-quatrième session du Comité régional.

CONCLUSION

242. La quarante-quatrième session du Comité régional s'est déroulée en présence de trente-six Ministres et dix Chefs de délégation. Comme par le passé, les partenaires traditionnels du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique - PNUD, UNICEF, FNUAP, BAD et Banque mondiale - ont participé activement aux travaux.

243. Trois questions importantes soumises au Comité appelaient de sa part une orientation et des décisions :

- i) l'analyse et l'adoption du budget programme régional;
- ii) l'examen approfondi des programmes techniques dont il lui était rendu compte; et
- iii) l'élection du prochain Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique.

244. Les deux premières questions ont fait l'objet de longs débats au sein du Sous-Comité du Programme, qui a communiqué ses conclusions au Comité régional. Sur la base de son rapport, le budget programme ainsi que les résolutions soumises ont été adoptées, dans certains cas avec des amendements.

245. Il convient de noter que le Comité régional s'est particulièrement penché sur des problèmes d'intérêt général comme les situations d'urgence, la coopération entre pays voisins concernant les médicaments et les vaccins ainsi que le développement des ressources humaines pour la santé. Le Comité régional a d'autre part approuvé le rapport sur les discussions techniques concernant le choix et le développement des technologies de la santé.

246. Le Comité régional a adopté la résolution par laquelle le Dr Ebrahim Malick Samba était désigné prochain Directeur régional. Il entrera en fonctions le 1er février 1995, après confirmation par la quatre-vingt-quinzième session du Conseil exécutif.

247. Le Comité a également approuvé par acclamation la résolution conférant au Dr Gottlieb Lobe Monekosso le titre de "Directeur régional honoraire".

PARTIE III

ANNEXES

ORDRE DU JOUR¹

1. Ouverture de la session
2. Adoption de l'ordre du jour provisoire (document AFR/RC44/1)
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 (document AFR/RC44/3)
7. Nomination du Directeur régional (Article 52 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 (document AFR/RC44/9)
 - 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 (document AFR/RC44/10)
 - 8.3 Méthode de travail de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC44/11)
9. Examen du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC44/12)
 - 9.1 Projet de Budget Programme 1996-1997 (document AFR/RC44/2)
 - 9.2 Programmes de lutte contre la tuberculose et la lèpre : Progrès accomplis (document AFR/RC44/13 et AFR/RC44/13 Add.1)
 - 9.3 Programme élargi de Vaccination - Eradication de la poliomyélite et élimination du tétanos néonatal : Progrès accomplis (document AFR/RC44/14)
 - 9.4 Eradication de la dracunculose dans la Région africaine : Progrès accomplis (document AFR/RC44/15)
 - 9.5 Programme de lutte contre les infections aiguës des voies respiratoires (IRA) : progrès accomplis (document AFR/RC44/16)

¹ Document AFR/RC44/1 Rév.1.

- 9.6 Situation de la nutrition dans la Région africaine : (document AFR/RC44/5 Rév.1)
- 9.7 Stratégie régionale pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale dans la Région africaine (document AFR/RC44/7)
- 9.8 Lutte contre le SIDA : Situation actuelle dans la Région africaine (document AFR/RC44/6)
- 9.9 Rapport sur la Troisième Surveillance de la mise en oeuvre des stratégies de la Santé pour Tous d'ici l'An 2000 (document AFR/RC44/4)
- 9.10 Rapport d'activité sur le Programme de Financement des Soins de Santé (document AFR/RC44/8)
10. Discussions techniques (document AFR/RC44/TD/1)
 - 10.1 Présentation du rapport des Discussions techniques (document AFR/RC44/17)
 - 10.2 Désignation du Président et du Président suppléant des Discussions techniques pour 1995 (document AFR/RC44/18)
 - 10.3 Choix du sujet des Discussions techniques pour 1995 (document AFR/RC44/19)
11. Dates et lieux de la quarante-cinquième et de la quarante-sixième session du Comité régional en 1995 et 1996 (document AFR/RC44/20)
12. Adoption du rapport du Comité régional (document AFR/RC44/21)
13. Clôture de la quarante-quatrième session.

LIST OF PARTICIPANTS¹
LISTE DES PARTICIPANTS
LISTA DOS PARTICIPANTES

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

ALGERIA
ALGERIE
ARGÉLIA

M. Abbas Mohamed Larbi
Chef de Cabinet du Ministre de la Santé et de la Population
Chef de délégation

Dr Ouchefoun Abdelkrim
Directeur général de l'Institut national de la Santé publique

M. Y. Aït Chellouche
Bureau de Liaison de l'OMS, Alger

ANGOLA

Dr. J. M. Kiasekoka
Chefe da Delegação
Director Nacional de Saúde Pública

M. J. Narciso
Conselheiro, Ministério dos Negócios Estrangeiros
Direcção das Organizações Internacionais (DORINT), Luanda

Dr. Sérgio de Azevedo Bras
Delegado Provincial de Saúde
Kuanza Sul

Dra. Maria Imaculada Socopia Sassingui
Coordenadora do SMI
Delegação Provincial da Saúde, Luanda

¹ Document AFR/RC44/24.

**BENIN
BENIM**

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

Dr P. Dossou-Togbe
Directeur Adjoint du Cabinet du Ministre de la Santé

**BOTSWANA
BOTSOUANA
BOTSUANA**

Hon. Bahiti Ketaraka Temane
Minister of Health
Leader of delegation

Dr Edward T. Maganu
Permanent Secretary

Dr Phillip K. Mmatli
Assistant Director of Health Services for Hospitals Services

BURKINA FASO

M. Christophe Dabire
Ministre de la Santé
Chef de délégation

Dr L. Tapsoba
Secrétaire général du Ministère de la Santé

Dr Zina Yacouba
Directeur des Etudes et de la Planification du Ministère de la Santé

BURUNDI

Mme M. Mujawaha
Chef de Cabinet du Ministre de la Santé
Chef de délégation

Dr L. Manirankunda
Directeur général de la Santé

**CAMEROON
CAMEROUN
CAMARÕES**

Prof. Joseph Owona
Ministre de la Santé publique
Chef de délégation

Dr E. Ngapana
Conseiller Technique No 1

Dr R. Owona-Essomba
Directeur de la Médecine préventive et rurale

M. M. Mpana
Sous-Directeur de Institutions spécialisées des Nations Unies
au Ministère des Relations extérieures

**CAPE VERDE
CAP-VERT
CABO VERDE**

Dr. J. B. Ferreira Medina
Ministro da Saúde
Chefe da Delegação

Dr. Ildo Carvalho
Director Geral da Saúde

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

M. A. C. Zanfe-Touam-Bona
Ministre de la Santé publique et de la Population
Chef de délégation

Dr D. Dofara
Directeur général de la Santé publique et de la Population

Dr A. Satoulou-Maleyo
Directeur des Etudes et de la Planification

Dr G. Nzil'Koue-Dimanche
Directeur de la Santé communautaire

**CHAD
TCHAD
CHADE**

M. Daba Idabaye Ngarbaye
Ambassadeur du Tchad auprès de la République du Congo
Chef de délégation

Dr Gagnet Bartoussia Mangdah
Directeur général adjoint de la Santé

M. L. Ngarmadjingaye Ngaradje
Directeur des Etablissements sanitaires

**COMOROS
COMORES**

M. A. Boina Issa
Ministre de la Santé
Chef de délégation

Dr A. Oumadi
Directeur général de la Santé publique
Chef de délégation

CONGO

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

Dr A. S. Makita
Conseiller sanitaire du Président de la République

Dr G. Mountn
Directeur général de la Santé publique, a.i.

Mme B. Fila-Meza
Directrice générale des Affaires sociales

M. J. J. Moka
Conseiller sanitaire du Ministre de la Santé et de la Population

Dr E. Malalou
Directeur régional de la Santé de Brazzaville

Dr R. Cuddy Zitsamele
Directeur de la Médecine préventive

Dr D. Lomina
Conseiller sanitaire du Premier Ministre

M. B. Miamba Tsongo
Directeur des Etudes et de la Planification

M. J. P. Binimbi
Directeur des Pharmacies, du Médicament et des Laboratoires

Dr P. Mpele
Chef de Programme Sida

COTE D'IVOIRE

Prof. M. Kakou Guikahue
Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales
Chef de délégation

M. Christophe Assi
Conseiller Technique du Ministre de la Santé publique et de la Population

Prof. Y. G. Loukou
Directeur général de la Santé

Prof. A. Yangni Angaté
Doyen Honoraire de la Faculté de Médecine

M. Yao Samuel Attamah
Chef des Relations régionales et internationales

EQUATORIAL GUINEA GUINEE EQUATORIALE GUINÉ EQUATORIAL

Dr B. Ngore Mboyako
Ministro de Sanidad y Medio Ambiente
Jefe de Delegacion

Dr Juan A. Bibang
Jefe del Gabinete del Ministro de Sanidad y Medio Ambiente

DR M. Nguea-Ntutumu
Director General de Salud Publica y Planificacion

**ERITREA
ERYTHREE
ERITREIA**

Mr Sebhat Ephrem Amanuel
Minister of Health
Leader of delegation

Dr Tekeste Fekadu
Vice-Minister of Health

Dr Afeworki Abraham
Director of Health Care - Ministry of Health

Dr M. Tekle Nerayo
Chairman Eritrean Relief Rehabilitation Agency

**ETHIOPIA
ETHIOPIE
ETIÓPIA**

Dr Abdi Aden Mohamed
Vice-Minister of Health
Leader of delegation

Dr Tezera Fisseha
Head of Planning of the Ministry of Health

**GABON
GABÃO**

M. J. N'goua-Bekale
Ministre de la Santé publique et de la Population
Chef de délégation

M. Bengone Bayi
Conseiller du Ministre de la Santé publique et de la Population

Dr P. Kombila
Directeur de la Médecine préventive

Dr G. Dibanga
Médecin, Coordonnateur adjoint du PNLS/MST

**THE GAMBIA
GAMBIE
GÂMBIA**

Mrs F. Tambajang
Hon. Minister of Health and Social Welfare
Leader of delegation

Mr E. Bright
Deputy Permanent Secretary

Dr Melville O. George
Director of Health services

Mr Njogou Bah
Director of International Economic Cooperation
Ministry of External Affairs

**GHANA
GANA**

Commodore (RTD) S. G. Obimpeh
Minister of Health
Leader of delegation

Dr N. A. Adamafio
Director of Medical Services

**GUINEA
GUINEE
GUINÉ**

Dr Ousmane Bangoura
Secrétaire général du Ministère de la Santé publique
Chef de délégation

Dr Mohamed Sylla
Conseiller Technique chargé de Missions de Coopération

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

**Dra. Henriqueta Godinho Gomes
Ministra de Saúde Pública
Chefe da Delegação**

**M. Malam Drame
Director do Centro de Planificação do Ministério da Saúde**

**Mrs A. Goudiaby
Directora Programa CDD**

**KENYA
QUÉNIA**

**Hon. Joshua Mulanda Angatia
Minister of Health
Leader of delegation**

**Dr James O. Gesami
Acting Senior Deputy Director of Medical Services**

**Prof. Hilary P. Ojiambo
Professor of Medecine, University of Nairobi**

**Mr E. M. O. Ndowiga
Under Secretary Administration, MOH**

LESOTHO

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

**Mr L. Lechesa
Principal Secretary, Ministry of Health**

**Mr Kelello L. M. Lerotholi
Head, Family Health Division, Ministry of Health and Social Welfare**

**Dr N. Mapetla
Director of Health Services**

**Ms M. Tiheli
Chief Nursing Officer**

LIBERIA

Dr Vamba M. Kanneh
Minister of Health and Social Welfare
Leader of delegation

Dr Moses K. Galakpai
Chief of Health Services

MADAGASCAR

Prof. D. S. Andriambao
Ministre de la Santé
Chef de délégation

Dr Givance
Directeur de la Santé communautaire

MALAWI

Dr G. Nga Mtafu
Minister of Health and Environmental Affairs
Leader of delegation

Dr W. O. O. Sangala
Chief of Health Services

Mr E. M. Kachenje
Medical Laboratory Technologist
Kamuzu Central Hospital

Mr Zangazanga D. Chikhosi
Under Secretary, Ministry of Health and Environmental Affairs

Mrs S. Bandazi
Deputy Regional Nursing Officer

MALI

M. Modibo Sidibe
Ministre de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées
Chef de délégation

Dr Mountaga Coulibaly
Directeur national de la Santé publique

M. Niaza Coulibaly
Conseiller Technique

M. Abdoul Karim Diallo
Directeur de la Cellule des Infrastructures sanitaires

**MAURITANIA
MAURITANIE**

Mme Khady Mint Cheikna
Secrétaire générale du Ministère de la Santé et des Affaires sociales
Chef de délégation

Dr Ibrahima Kane
Directeur de la Protection sanitaire

**MAURITIUS
MAURICE
MAURÍCIAS**

Dr Maheswarduth Gunese
Principal Medical Officer (Planning), Ministry of Health

**MOZAMBIQUE
MOÇAMBIQUE**

Dr. Leonardo Santos Simão
Ministro da Saúde
Chefe da Delegação

Dr Humberto A. Cossa
Director Nacional de Planificação e Cooperação Internacional

Mr Lucas Jeremias Chomera
Director Nacional Adjunto de Saúde

**NAMIBIA
NAMIBIE**

Dr Iyambo Indongo
Deputy Minister of Health and Social Services
Leader of delegation

Dr D. I. Uirab
Regional Health Director

Ms V. N. Tjapeua
Acting Deputy Director - Primary Health Care

Dr Daniel G. Makuto
Medical Officer

NIGER

M. Mahamane Koullou
Ministre de la Santé publique
Chef de délégation

M. Moutari Laouali
Secrétaire Général Adjoint de la Santé/MSP

Dr Daga Magagi
Inspecteur général de la Santé

NIGERIA

Dr J. D. A. Makanjuola
Director General (Deputy Minister) for Health
Leader of delegation

Dr O. F. Ashley-Dejo
Director, Department of Primary Health Care & Disease Control

Mr G. Adetuberu
Ambassadeur of Nigeria in the Republic of the Congo

Mr J. Shamakee
First Secretary, Embassy of Nigeria in the Republic of the Congo

**RWANDA
RUANDA**

Col. J. Karemera
Ministre de la Santé
Chef de délégation

Dr V. Biruta
Directeur général du Ministère de la Santé

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

Dr. F. Da Conceição Silveira
Ministro da Saúde
Chefe da Delegação

Dr. A. Soares Marques De Lima
Directeur dos Cuidados de Saúde

SENEGAL

M. Assane Diop
Ministre de la Santé et de l'Action sociale
Chef de délégation

Dr Mandiaye Loume
Conseiller en Santé publique

**SEYCHELLES
ILHAS SEYCHELLES**

M. Raph Adam
Minister of Health
Leader of delegation

Ms L. N. Alexander
Principal Secretary, Ministry of Health

**SIERRA LEONE
SERRA LEOA**

Lt. Col. Dr A. A. Gibril
Secretary of State, Health
Leader of delegation

Dr Sheku Kamara
Chief Medical Officer, Health

Mr S. J. Mara
Deputy Secretary

**SOUTH AFRICA
AFRIQUE DU SUD
AFRICA DO SUL**

Dr N. C. Dlamini Zuma
Minister of Health
Leader of delegation

Dr C. F. Slabber
Director General of Health

Dr S. S. Abdool Karim
Technical Advisor, Medical Research Council

Mrs C. Makwakwa
Chief Nursing Service Manager

Mr J. W. J. Van Deventer
Ambassador of South Africa to Zaïre/Republic of the Congo

Mr Debra L. Steiner (Advocate)
Diplomat of the Republic of South Africa
Department of Foreign Affairs

Ms Sbongile Mamlangu
Private Secretary to the Minister of Health

**SWAZILAND
SOUAZILAND
SUAZILÂNDIA**

Dr Derek Von Wissell
Minister of Health
Leader of delegation

Dr Q. Q. Dlamini
Deputy Director of Health Services

Dr J. Kunene
Sanitary Medical Officer

TOGO

Prof. A. Amedome
Ministre de la Santé, Population et Solidarité nationale
Chef de délégation

Dr Kossi N. Bawe
Médecin-Chef, Kara

**UGANDA
OUGANDA**

Dr J. Makumbi
Minister of Health
Leader of delegation

Dr D. Kihumuro Apuuli
Director of Medical Services

Dr J. H. Kyabaggu
Commissioner for Medical Services

Dr E. Kaijuka
Commissioner for Medical Services

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

**Hon. A. H. Mayagila
Minister of Health
Leader of delegation**

**Hon. M. A. Khamis
Deputy Minister**

**Mr R. M. Shirima
Principal Secretary**

**Dr F. Mrisho
Assistant Chief Medical Office - Preventive Services**

ZAIRE

**M. Bo-Nkumu-Lonyangela Bopenda
Secrétaire général du Ministère de la Santé publique
Chef de délégation**

**M. B. Mongombe-Mudjir
2ème Conseiller à l'Ambassade du Zaïre au Congo**

**ZAMBIA
ZAMBIE**

**Hon. Michael C. Sata
Minister of Health
Leader of delegation**

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

**Prof. C. Chintu
Professor of Paediatrics and Child Health and
Dean, School of Medicine**

**Dr John C. Masange
Group Medical Adviser (ZCCM LTD)**

**Mrs C. Kamanga-Petit
Bilingual Translator, Zambian Embassy, Paris (France)**

ZIMBABWE

Ms T. Hungwe
Deputy Minister of Health and Child Welfare
Leader of Delegation

Dr R. R. Chatora
Secretary for Health and Child Welfare

Dr P. L. N. Sikosana
Principal Medical Director - Health Care Services

Ms K. Moyo
Hospital Equipment Technician

2. **REPRESENTATIVES OF THE UNITED NATIONS AND SPECIALIZED AGENCIES
REPRESENTANTS 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)
Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a
Agricultura**

M. J. B. Moyo
Assistant de Programme FAO
B. P. 972
Brazzaville
Congo

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

M. A. Saboukoulou
Chargé de Programme, PNUD
B.P. 465
Brazzaville
Congo

Economic Commission for Africa (ECA)
Commission économique pour l'Afrique (CEA)
Comissao Económica para Africa (CEA)

Prof. Yousif Suliman
Special Assistant
ECA
Addis Ababa
Ethiopia

Mr A. N. Correia
WHO Representative, OAU/ECA
Addis Ababa
Ethiopia

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

Mr Cole P. Dodge
Regional Director (ESARO)
P.O. Box 44145
Nairobi
Kenya

Prof. Kopano Mukelabai
ESARO
P.O. Box 44145
Nairobi
Kenya

Ms Torild Skard
Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre
B.P. 443
Abidjan - 04
Côte d'Ivoire

Mr R. Knippenberg
UNICEF Regional Health Adviser WCARO
P.O. Box 443
Abidjan
Côte d'Ivoire

Dr R. Watshidiso Moeti
Regional Health Advisor (ESARO)
P.O. Box 44145
Nairobi
Kenya

Miss J. Peters
UNICEF Representative, Congo and Gabon
Brazzaville
Congo

World Bank
Banque mondiale
Banco Mundial

Mr E. V. K. Jaycox
 Vice-President of the World Bank in charge of the African Region
 1818H Street, N.W.
Washington, D.C. 20433

Mrs Ishrat Z. Husain
 Division Chief, Human Resources and Poverty Division
 Africa Technical Department
 1818H Street, N.W.
Washington, D.C. 20433
 USA

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

Prof. Olikoye Ransome-Kuti
 Chair, Independent Africa Expert Health Panel, "Better Health in Africa"
 World Bank, Africa Technical Department
 1818H Street N.W.
Washington, D.C. 20433
 USA

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

Mrs Sheela Embounou
 Directrice du FNUAP
 B.P. 465
Brazzaville
 Congo

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

M. H. Edongo
 Délégué du HCR pour l'Afrique centrale
 B.P. 7248
Kinshasa
 Zaïre

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

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

* Unable to attend/N'a pas pu participer/Nao puderam participar.

**3. REPRESENTATIVES OF INTERGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS
REPRESENTANTS DES ORGANISATIONS INTERGOUVERNEMENTALES
REPRESENTANTES DAS ORGANIZAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS**

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

Dr Mohamed M. Youssouf
Senior Health Expert
01 B.P. 1387
Abidjan - 01
Côte d'Ivoire

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

Mr P. Gayama
Assistant Secretary-General of OAU
Addis Ababa
Ethiopia

Mr A. N. Corrêa
WHO Representative, OAU/ECA

**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)**

M. Youssouf Kane
Secrétaire général
B.P. 153
Bobo Dioulasso
Burkina Faso

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

* Unable to attend/N'a pas pu participer/Nao puderam participar.

African and Malagasi Council for Higher Education
Conseil Africain et Malgache pour L'Enseignement superieur (CAMES)
Conselho Africano e Malgaxe para o Ensino Superior

Dr R. M. Ouiminga
Secrétaire général du CAMES
01 B.P. 134
Ouagadougou 01
Burkina Faso

French Cooperation Agency
Mission française de Coopération

Dr A. L. Tchikounzi
Médecin au Projet Appui aux Centres de Santé
B.P. 2175
Brazzaville
Congo

East, Central and Southern African Health Community (ECSAHC)
Communauté sanitaire des Etats de l'Afrique de l'Est, du Centre et du Sud

Prof. Thairu Kihumbu
Regional Secretary
P.O.Box. 1009
Arusha
Tanzania

Economic Community for West African States (ECOWAS)*
Communauté économique des Etats de l'Afrique occidentale (CEDEAO)
Comunidade Economica dos Estados da Africa Ocidental (CEDEAO)

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

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

* Unable to attend/N'a pas pu participer/Nao puderam participar.

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

**Medical Women's International Association (MWIA)
Association internationale des Femmes de la Médecine
Associação Internacional das Mulheres Médicas**

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

**Medical Research Council
Conseil médical sur la Recherche**

Dr Nicolaas Walters
Group Manager: Health Technology Research
Medical Research Council
Tyserbe 7505 South Africa
Republic of South Africa

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

**African Medical and Research Fondation (AMREF)*
Fondation internationale pour la Médecine et la Recherche en Afrique**

* Unable to attend/N'a pas pu participer/Nao puderam participar.

**6. OBSERVERS
OBSERVATEURS
OBSERVADORES**

W.K. Kellogg Foundation Princess of Wales Terrace

Dr Mary M. Hlalele
Program Director
Parktown 2193
Johannesburg
Republique of South Africa

**Kenya Medical Research Institute (KEMRI)*
Institut de Recherche médical du Kenya**

**World Council of Churches*
Conseil mondial des Eglises**

Tanzanian Institute*

* Unable to attend/N'a pas pu participer/Nao puderam participar.

**ALLOCUTION D'OUVERTURE
DU MINISTRE DE LA SANTE DE BOTSWANA
SON EXCELLENCE LE DR B. K. TEMANE,
PRESIDENT DE LA QUARANTE-TROISIEME SESSION
DU COMITE REGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE¹**

Monsieur le Président de la République du Congo,
Monsieur le Président Touré,
Messieurs les Ministres,
Monsieur le Directeur régional,
Messieurs les Chefs des Missions diplomatiques
et les Représentants des Organisations internationales,
Mesdames et Messieurs,

C'est pour moi un honneur que de devoir prendre la parole devant vous à l'occasion de l'ouverture officielle de la quarante-quatrième session du Comité régional de l'Afrique.

Le Professeur Pascal Lissouba, Président de la République du Congo, qui figure au tout premier rang des champions de la lutte pour la réalisation de la Santé pour Tous en Afrique, a bien voulu honorer le Comité de sa présence. Nous sommes également fiers de compter parmi nous Monsieur Touré, ancien Président de la République du Mali, dont le dévouement à la cause du développement autonome des Africains est bien connu de tous. Je vous remercie, Messieurs, de vous comporter en vrais fils de l'Afrique.

Messieurs les Ministres de la Santé, mes chers collègues,

Je suis très sensible à l'honneur que vous m'avez fait et, à travers moi, à mon pays en me demandant de présider la dernière Assemblée mondiale de la Santé. J'ai eu ainsi l'occasion, et le très agréable devoir, d'accueillir en notre sein l'Erythrée et l'Afrique du Sud.

Pendant la durée de mon mandat, j'ai assisté, avec le Directeur régional, au 15ème anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata, et au 20ème anniversaire du Conseil de la Recherche médicale de l'Afrique du Sud, grâce à quoi j'ai eu l'honneur de rencontrer le nouveau Ministre de la Santé de l'Afrique du Sud et le très remarquable Président de ce pays, Son Excellence Monsieur Nelson Mandela.

La crise du Rwanda s'est abattue sur nous pendant le cours de cette année. Je suis heureux de pouvoir dire que le Directeur régional m'a informé des diverses activités que l'OMS et le Bureau régional lui-même ont entreprises au Rwanda et dans les pays voisins ayant besoin d'une aide.

¹ Document AFR/RC44/Conf.Doc/1.

Le Directeur régional m'a fait part de ce qu'il avait observé à cette occasion, à savoir l'absence d'unité et d'organisation dans l'aide des Africains aux pays touchés par ce désastre, et il m'a dit sa détermination d'inscrire la question au prochain ordre du jour.

Excellences,
Mesdames et Messieurs,

Permettez-moi d'exprimer ma gratitude au Directeur régional pour son excellente collaboration pendant la durée de mon mandat. Je lui suis tout particulièrement reconnaissant de m'avoir consulté au sujet du lieu de la réunion de notre présent Comité régional. Je note aussi avec satisfaction que le Bureau régional a continué à fonctionner efficacement en dépit de la tourmente qui a balayé le Congo, et me félicite de la décision prise de tenir notre session ici.

Mes collaborateurs n'ont pas résolu tous les problèmes posés par le financement des soins et les prestations de santé, mais j'ai le plaisir de déclarer que la mise en application du Paquet Minimum de Soins de Santé de District, dont nous avons fortement recommandé l'adoption à la dernière session du Comité régional, nous aidera grandement à résoudre ces questions.

Excellences,
Mesdames et Messieurs,

J'ai le ferme espoir que l'élimination des derniers vestiges du colonialisme et de la répression en Afrique, nous permettra de consacrer toutes nos énergies à la poursuite de l'exécution de nos programmes de santé.

Puis-je conclure en exprimant, une fois de plus, mon appréciation au Dr Monekosso et à son équipe d'avoir aidé nos pays à résoudre leurs divers problèmes de santé. Il mérite notre appui.

Je vous remercie de votre attention.

**DISCOURS PRONONCE PAR LE DR. G. L. MONEKOSSO,
DIRECTEUR REGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE¹**

Excellence Monsieur le Président de la République et Chef de l'Etat,
Monsieur le Premier Ministre et Chef du Gouvernement,
Monsieur le Président du Sénat,
Monsieur le Président de l'Assemblée nationale,
Monsieur le Général de Brigade Amadou Toumani Touré, ancien Chef de l'Etat malien,
Mesdames et Messieurs les Ambassadeurs et Chefs de missions diplomatiques
Mesdames et Messieurs les membres du Gouvernement,
Monsieur le Président de l'Assemblée mondiale de la Santé et Président de la quarante-troisième session du Comité régional de l'Afrique,
Mesdames et Messieurs les Ministres de la Santé,
Monsieur le Maire de Brazzaville,
Monsieur le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé,
Monsieur le Représentant du Secrétaire général de l'Organisation de l'Unité africaine,
Mesdames et Messieurs,

C'est pour moi un grand honneur de vous souhaiter, au nom de toute la famille de l'OMS en Afrique, la plus chaleureuse bienvenue à la cérémonie d'ouverture de la quarante-quatrième session de notre Comité régional.

Au nom de cette même famille et en celui de l'ensemble des éminentes personnalités réunies dans cette salle, je voudrais saluer la présence parmi nous de Son Excellence le Professeur Pascal Lissouba, Président de la République du Congo.

Excellence, je sais combien la santé de votre peuple vous préoccupe et combien il vous tarde d'offrir à tous les Congolais le minimum de soins leur permettant de contribuer activement au développement du pays. Votre plan national de développement sanitaire est un outil à la mesure de ces aspirations et votre Organisation collaborera à sa réalisation.

Je voudrais aussi me réjouir de l'honneur d'accueillir Son Excellence, le Général Toumani Touré, qui s'est si généreusement mis au service de la lutte contre la dracunculose et de la promotion de la santé en Afrique. Merci, mon Général, d'avoir détourné votre itinéraire pour nous consacrer quelques heures de votre noble mission.

Excellences, Mesdames et Messieurs,

Permettez-moi à présent de m'acquitter d'un très agréable devoir, celui de vous annoncer que la famille de l'OMS en Afrique s'est agrandie de deux nouveaux membres. Je salue en votre nom les retrouvailles avec la nouvelle République d'Afrique du Sud, si chère à nos coeurs. Je salue également, avec fierté et reconnaissance, la présence de la République d'Erythrée, qui prend, pour la première fois, sa juste place parmi nous. La présente session revêt un caractère historique, car c'est la première fois depuis 40 ans que le Comité régional se réunit sans la présence des représentants d'un mouvement de libération.

¹ Document AFR/RC44/Conf.Doc/2

Nous avons, il faut le reconnaître, perdu des amis chers - l'ANC et le PAC - mouvements de libération reconnus par l'OMS. Mais le fait que leur lutte ait été couronnée de succès, tout comme celle de la SWAPO autrefois dans le cas de la Namibie, est pour nous un sujet à la fois de satisfaction et de réconfort.

Soyez tous les bienvenus en cette maison qui est aussi la vôtre. Soyez les bienvenus en ces lieux où se discutent et se prennent les décisions collégiales en faveur du développement sanitaire des pays de notre Région.

La présente session du Comité régional se tient à moins de six ans de l'échéance de l'an 2000, projetée pour la réalisation des objectifs de la santé pour tous. Il se déroule donc à une étape de notre route commune, où il est nécessaire de faire le point sur les résultats obtenus et les contraintes qui en ont limité l'ampleur.

Comme l'ont démontré les résultats de la Deuxième évaluation et du Troisième exercice de surveillance de la mise en oeuvre de la stratégie de la santé pour tous, des progrès non négligeables ont été rapportés par tous les pays de la Région. Et l'Organisation mondiale de la Santé, à travers son Bureau régional et les bureaux des Représentants, a contribué à traduire en actions concrètes l'engagement politique, technique et financier de ses membres.

Le bilan des dix dernières années de coopération technique de l'OMS avec les Etats Membres de la Région révèle en effet, qu'en dépit de la crise socio-économique et sanitaire qui les frappe, ceux-ci ont consenti des efforts et des sacrifices en faveur de la promotion de la santé de leurs populations.

L'adoption par le Comité régional de la Charte africaine pour le Développement sanitaire et celle du Cadre africain de Développement sanitaire ont fourni le cadre politique, stratégique et opérationnel aux changements significatifs enregistrés. Ces documents ont servi d'assise aux réformes institutionnelles, gestionnaires et programmatiques que les pays ont entreprises. Parmi celles-ci la réorganisation et le renforcement des systèmes nationaux de santé peuvent être considérés comme le jalon catalyseur de toute une série de réalisations de portée régionale et nationale. Le recentrage des initiatives et interventions de développement sanitaire sur le district, l'intégration de mécanismes locaux et endogènes de financement de la santé, l'accélération de la formation des cadres dans tous les secteurs prioritaires de prestation de services et de soins, méritent d'être rappelés. On se souviendra aussi du formidable élan de l'Année africaine de Vaccination et des taux de couverture atteints, parfois - comme au Burkina Faso - dans les délais flatteurs pour tous les pays.

Ces brefs constats d'une bien longue liste témoignent de l'engagement irréductible des pays de notre Région en faveur de la santé. Votre Bureau régional, grâce à la mise en place de mécanismes gestionnaires aujourd'hui parfaitement stabilisés, a joué le rôle attendu de lui : celui d'impulsion, de soutien technique et d'appui gestionnaire. Toutes ces initiatives et interventions furent guidées par les résolutions, recommandations et décisions des Organes directeurs et plus particulièrement celles émanant des sessions du Comité régional. La collaboration avec les organisations soeurs des Nations Unies, avec les agences bilatérales et multilatérales de coopération fut souvent exemplaire.

Pourtant, combien d'obstacles et de contraintes n'a-t-il pas fallu affronter ? Aux défis anciens se sont greffés de nouveaux qui ont pour nom : SIDA, DEVALUATION MONETAIRE ET URGENCES SANITAIRE ET HUMANITAIRE de plus en plus préoccupants dans un secteur autrefois si stable.

Les urgences sanitaires et humanitaires ont soumis les systèmes nationaux de santé et les populations de la Région africaine à des perturbations sans précédent. Au Libéria, en Angola, au Burundi, au Rwanda, elles ont atteint l'ampleur de cataclysmes aux conséquences incalculables. Les épidémies de choléra, de dysenterie, de fièvre jaune et de méningite ont refait surface et semblent devoir se pérenniser. Le spectacle de la mort, de la désolation et du désespoir des camps de réfugiés n'a pas empêché votre Bureau régional, en coordination avec le Siège de l'Organisation, de toujours apporter sa présence et son appui aux activités de lutte. Les Représentants de l'OMS ont souvent fait preuve d'héroïsme dans des circonstances qu'il n'est pas nécessaire de rappeler.

Mais la gestion des urgences, notamment lorsqu'elles ont une dimension humanitaire, relève d'interventions multisectorielles, pluridisciplinaires coordonnées. Autant que les mesures de prévention, les premiers gestes sont importants, critiques et vitaux à poser. Il ne s'agit pas seulement des soins et services à fournir mais d'organisation, de coordination et de convergence.

Les pays de la Région doivent impérativement s'organiser pour prévenir les urgences et les endiguer lorsqu'elles surviennent sur leurs territoires respectifs. Ils doivent collectivement se concerter pour s'entraider et contenir l'extension des épidémies. L'Afrique, ici comme dans d'autres domaines, doit de plus en plus assumer ses responsabilités de façon individuelle et collective. L'image encore vivante du spectacle que j'ai vécu avec certains de mes collaborateurs, de la tragédie rwandaise s'effacera difficilement de ma mémoire. Tant de souffrances et si peu des nôtres mobilisés pour les soulager.

C'est pourquoi, permettez moi, Excellences, Mesdames et Messieurs, de lancer un vibrant appel en faveur de la création d'un Corps africain de Jeunes formés et organisés pour participer à la solution de ce type de problème, pour contribuer à la construction de la paix entre pays de la Région.

Contre le SIDA, le paludisme, les épidémies de diarrhées, de dysenterie et de méningites les stratégies de contrôle existent. Il en est de même de la lutte contre la poliomyélite, la dracunculose, le tétanos néonatal, la tuberculose et la lèpre.

Toutes ces stratégies reposent sur la disponibilité et la mobilisation de ressources humaines compétentes et performantes seules en mesure de transformer l'argent, le matériel, les fournitures en activités.

Excellences, Mesdames et Messieurs,

En matière de santé, les fonctions essentielles des gouvernements consistent à retarder la mort, à promouvoir la santé et à protéger l'environnement contre les risques de pollution. Pour les assurer, les pays - quel que soit leur niveau de développement - ont besoin d'hommes et de femmes compétents et motivés, mais aussi capables de concilier leurs droits avec leurs devoirs pour éviter d'accroître les souffrances des populations. C'est pourquoi, je considère qu'un effort exceptionnel doit être consenti pour renforcer les capacités des pays à résoudre les problèmes que leur pose la gestion des ressources humaines nécessaires à leur développement. Sans l'application de solutions novatrices et courageuses, qui interpellent les nationaux et leurs partenaires en développement, les progrès resteront lents et fragiles. Je voudrais, du haut de cette tribune, en appeler à l'engagement de tous en faveur du développement des personnels de santé pour une couverture sanitaire accrue, pour la prestation de services et soins de qualité, pour la promotion du bien-être de tous.

Excellences, Mesdames et Messieurs,

La charge de maladie et de souffrances qui pèse sur les populations africaines justifie que priorité soit accordée à la santé. Je ne crois pas en un développement économique et social durable sans des hommes, des femmes et des enfants en bonne santé. Je me rejouis donc de l'importance de plus en plus grande que nos gouvernements accordent à la santé.

Votre Bureau régional, en ce qui le concerne, croit en la capacité des pays comme en celle de l'Organisation à surmonter ces contraintes et obstacles. Il s'est, dès 1985, doté d'une structure organisationnelle qui anticipait déjà les orientations du Neuvième Programme général de travail. Ses outils gestionnaires sont aujourd'hui suffisamment rodés pour continuer à accroître l'efficacité des programmes de coopération avec les pays.

Vive la coopération de peuple à peuple.

Vive la coopération internationale pour la paix, la santé et le bien-être social de tous.

Excellences, Mesdames et Messieurs, je vous remercie de votre attention.

Vive la coopération internationale pour la paix, la santé et le bien-être social de tous.

Excellences, Mesdames et Messieurs, je vous remercie de votre attention.

**ALLOCUTION DU DR HIROSHI NAKAJIMA,
DIRECTEUR GENERAL, ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE¹**

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

Cette année, les Organes directeurs de l'OMS consacrent leur attention à la réforme dans les Régions. A la fin de 1994, toutes les Régions de l'OMS devront avoir conçu et commencé à mettre en oeuvre ce qui, dans le processus de réforme mondial, relève de leur domaine de compétence et de leur autorité. En 1994, j'ai présenté au Conseil exécutif de l'OMS et à l'Assemblée de la Santé des rapports et des mises à jour sur la réforme telle qu'elle a été exécutée au Siège. En 1995, nos Organes directeurs comptent que les Directeurs régionaux leur feront rapport sur les progrès réalisés par les Régions pour avancer et harmoniser le processus de réforme de l'OMS.

La réussite finale de la réforme de l'OMS dépend maintenant pour une large part des Régions et des Comités régionaux. La coopération technique directe avec les pays étant l'une des principales raisons d'être de l'Organisation, les priorités du budget programme de l'OMS sont fixées de façon à répondre aux besoins exprimés par les Régions pour le développement sanitaire de leurs pays. Mais le Directeur général, comme il peut le faire, propose des priorités mondiales qui doivent permettre d'atteindre les buts communs et de tenir les engagements pris conjointement par tous les Membres de l'Organisation.

La crise économique mondiale semble s'estomper quelque peu. Les conclusions du Sommet du G-7 qui a eu lieu à Naples en juillet dernier ont été moins sombres que précédemment. Le fardeau de la dette de certains de pays qui connaissent une transition économique particulièrement difficile a été réduit. La situation générale, cependant, reste précaire et il est probable que les pays les moins avancés continueront de se heurter à des difficultés économiques et d'en subir les conséquences sociales.

En ces temps d'incertitude économique, les pays riches comme les pays pauvres doivent faire face à l'augmentation des coûts du secteur social, en particulier dans le domaine des soins de santé où les technologies nouvelles et la prolifération des informations ont stimulé la demande de services de santé. Les gouvernements, pressés par les difficultés financières, continueront donc de chercher, tant au plan national que dans leurs politiques d'assistance, à faire le maximum d'économies. Les répercussions ont été ressenties directement par le système des Nations Unies. L'OMS, pour sa part, a subi les effets du déficit des contributions et du maintien de la croissance zéro en valeur réelle de son budget, situation dont on ne peut attendre qu'elle s'améliore dans l'immédiat.

Le rôle des Nations Unies a évolué dans le sens de la gestion des situations humanitaires et des situations d'urgence complexes, dans l'intérêt du maintien de la paix et sous l'autorité du Conseil de Sécurité. Mais cela a considérablement ajouté à nos responsabilités opérationnelles et financières.

¹ Document AFR/RC44/Conf.Doc/3.

Dans un environnement mondial en évolution, la santé - point de convergence des droits de l'homme et des responsabilités humanitaires - par-delà sa dimension biomédicale et technique - est devenue une question politique majeure. Nous savons que des fonds sont affectés à la santé dès lors qu'elle devient une question politique. Mais alors que les soins de santé primaires n'ont été perçus que comme un élément d'un filet de sécurité sociale, et comme servant seulement à répondre aux besoins minimums de base, trop peu d'attention a souvent été accordée aux problèmes tels que la prévention des maladies, la promotion de la santé et l'éducation sanitaire, la salubrité de l'environnement et la recherche en santé. En d'autres termes, l'importance de la santé pour le développement a été quelque peu oubliée.

Les Nations Unies, dans leur effort pour privilégier l'amélioration de la coordination, l'efficacité et la rentabilité de leurs opérations, ont dans une certaine mesure perdu de vue leur rôle dans le développement socio-économique. Les populations, en particulier les contribuables des principaux pays donateurs, manifestent moins d'intérêt pour les institutions spécialisées des Nations Unies et accordent davantage d'attention aux organisations non gouvernementales dont les dépenses totales s'élèvent maintenant à au moins dix fois le budget d'ensemble des Nations Unies. Mais la Banque mondiale et le Fonds monétaire international ont par ailleurs reconnu récemment la nécessité d'inclure des prêts importants pour des investissements en faveur de la santé en tant que composante du processus d'ajustement structurel.

Avec la conclusion des négociations d'Uruguay sur le commerce international, une nouvelle organisation, l'Organisation mondiale du Commerce, sera créée l'année prochaine à Genève. C'est là un important pas en avant pour le commerce international qui aura aussi des conséquences sur les politiques de santé et la coopération sanitaire.

Dans cet environnement, il nous faut distinguer entre différents ordres de priorité. Nous devons analyser en permanence nos activités et nous tenir prêts soit à relever leur rang de priorité pour faire face aux besoins nouveaux, soit à y mettre fin lorsqu'elles ont perdu leur utilité ou qu'elles ne répondent plus à notre avantage différentiel. Le maintien d'activités marginales ne peut se faire qu'aux dépens de besoins sanitaires plus pressants dans les pays. Il ne permettra même pas de protéger des emplois, car de nombreux partenaires internationaux se détourneront de ce qu'ils considèrent comme des programmes injustifiés et des organismes peu coopératifs.

La balle est dans notre camp. Nos propositions de budget programme doivent être sélectives, axées sur un nombre limité de priorités, définies de façon à répondre aux besoins urgents des pays tout en servant nos buts communs à long terme. Nous devons dire clairement que nous savons vers quoi nous tendons et que nous avons les compétences nécessaires pour atteindre les buts que nous avons fixés avec les ressources dont nous disposons, que nos programmes sont axés sur l'action, gérés efficacement, et que les résultats pour la santé que nous en attendons justifient le déploiement de ressources restreintes par nos partenaires extérieurs. En d'autres termes, nous devons montrer que nous sommes responsables. Les moyens de financement font aujourd'hui l'objet d'une âpre concurrence, au niveau international comme en milieu national. Si nous ne sommes pas plus convaincants que les autres demandeurs, nous serons perdants et serons privés de liquidités.

Cet exercice nécessaire mais douloureux comporte des risques. Dans une certaine mesure, les choix seront influencés non seulement par des critères objectifs, mais aussi par des jugements personnels et par l'humeur du jour et de la société. Si le paludisme, aujourd'hui, a fait un tel retour en force au premier rang des priorités sanitaires, c'est précisément parce que, pendant longtemps, il n'a pu attirer l'attention du public ni être reconnu comme une priorité par les partenaires extérieurs.

Cela ne fait qu'illustrer ce que je disais précédemment, à savoir que nous devons toujours rester vigilants, surveiller nos activités de santé et examiner les problèmes de santé, ceux qui semblent en veilleuse comme ceux qui se font jour. Ce sont peut-être là les priorités ou, si on n'y veille pas, les urgences de demain.

Au Siège, nous nous sommes efforcés de concentrer notre attention sur les domaines prioritaires, en partie en restructurant nos services et en partie en révisant la liste ordonnée des programmes que nous nous proposons de ramener à 19 points. La rationalisation des programmes et de la gestion a progressé régulièrement, mais il nous reste un long chemin à parcourir. Et nous ne pouvons avancer davantage si les pays et les Régions ne se joignent pas à nous et ne soutiennent pas notre effort pour concevoir et appliquer la réforme à tous les niveaux du réseau mondial de l'OMS. Ensemble, nous pouvons réussir à mener cet exercice à bien.

Nous pouvons nous féliciter des résultats encourageants que nous avons enregistrés l'année dernière dans un certain nombre de domaines importants malgré les sévères restrictions qui ont pesé sur le personnel et le budget.

La Première Conférence internationale sur l'élimination de la lèpre s'est tenue à Hanoi en juillet 1994. Elle a fait état de succès remarquables. Neuf ans après l'adoption de la polychimiothérapie, le nombre total des cas de lèpre dans le monde a baissé de 70 %. En 1994 seulement, le nombre de cas est tombé de 23 % par rapport à 1993. Malgré les nombreuses difficultés et les sérieux obstacles économiques qu'elle doit surmonter, l'Afrique elle-même a considérablement progressé dans la lutte contre la lèpre. L'OMS a déployé beaucoup d'efforts pour former les administrateurs de programme afin de doter les pays d'un potentiel national et de renforcer leurs capacités pour une mise en oeuvre efficace des stratégies d'élimination de la lèpre. La cible que nous nous étions fixée en 1991, à savoir l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique d'ici à l'an 2000, est maintenant à notre portée et un programme spécial va être créé pour accélérer sa réalisation. Les programmes de lutte contre la lèpre se consacreront désormais de plus en plus à la prévention et la prise en charge des incapacités et l'intégration de la réadaptation dans des programmes communautaires.

Je tiens à rendre hommage à tous les partenaires, en particulier les organisations non gouvernementales et les associations bénévoles, qui nous ont accordé un soutien précieux. C'est là un excellent exemple de ce qui peut être réalisé grâce à des partenariats élargis pour la santé. La nécessité d'encourager les partenariats et la coordination trouve confirmation au sein même de l'OMS où les responsabilités concernant les activités de lutte antilépreuse sont partagées, les différentes tâches et fonctions étant réparties entre le Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales (TDR), qui bénéficie du soutien de fonds extrabudgétaires, et la Division de la Lutte contre les Maladies tropicales (CTD), financée par le budget ordinaire.

De même, des progrès réguliers ont été accomplis dans la réalisation de notre but de l'éradication de la poliomyélite d'ici à l'an 2000. En 1993, 141 pays ont déclaré une incidence zéro de la poliomyélite, chiffre encore jamais atteint. S'il reste beaucoup à faire, je suis heureux de dire que l'Afrique du Nord, l'Afrique australe et l'Afrique orientale apparaissent maintenant comme des zones exemptes de poliomyélite. Pour réaliser une large couverture vaccinale, nous devons intensifier

nos campagnes de prospection auprès des groupes éloignés ou marginalisés. Nous devons aussi nous prémunir des pénuries de vaccin ou de personnel qualifié. Le ferme engagement des responsables politiques et de la santé publique et le soutien continu de la communauté internationale, en particulier de l'UNICEF et de ROTARY International, sont fondamentaux pour l'éradication définitive de la poliomyélite.

En juin 1994 à Tunis, lors du Sommet de l'Organisation de l'Unité africaine, les Chefs d'Etat africains ont inscrit le problème des enfants et du SIDA en Afrique à leur ordre du jour et ils ont souligné la nécessité d'étendre les efforts de prévention, notamment en instaurant des programmes d'éducation sexuelle pour les jeunes. Ils ont aussi rappelé l'urgence de mesures sociales et économiques concrètes à l'appui des familles et des enfants affectés par l'infection à VIH et le SIDA.

La Dixième Conférence internationale sur le SIDA et les Maladies sexuellement transmissibles qui s'est tenue il y a un mois à Yokohama a appelé l'attention sur la rapidité de la propagation de la pandémie en Asie du Sud et du Sud-Est et fait le point de l'état de la recherche sur les médicaments et les vaccins. Elle a confirmé le rôle directeur de l'OMS et sa compétence unique dans la lutte mondiale contre l'infection à VIH/SIDA. Au sein du programme commun coparrainé des Nations Unies sur le VIH et le SIDA, l'OMS conservera ce leadership et sa responsabilité constitutionnelle pour ce qui est de la direction et de la coordination de l'action de santé internationale.

A Paris, le 1er décembre 1994, le Sommet sur le SIDA se réunira sous le coparrainage de la France et de l'OMS. Les responsables politiques au plus haut niveau engageront leurs gouvernements vis-à-vis de la lutte mondiale contre le SIDA. De nouvelles initiatives et des mécanismes nouveaux seront lancés, notamment pour la recherche, la sécurité des produits sanguins, les vaccins et l'approvisionnement pharmaceutique, pour donner aux pays en développement un accès équitable à la prévention et aux soins.

En avril 1993, l'OMS a déclaré que la tuberculose constituait une urgence mondiale. On estime actuellement que la tuberculose tue quelque trois millions de personnes chaque année dans le monde, soit plus d'adultes que toute autre maladie infectieuse. La pandémie de VIH/SIDA a contribué à accroître la menace mondiale que représente la tuberculose. Mais d'autres facteurs ont joué un rôle important, comme la médiocrité et l'insuffisance chronique du financement de nombreux programmes de lutte antituberculeuse, la pauvreté, l'urbanisation sauvage, les ruptures d'approvisionnement en produits pharmaceutiques et la détérioration des services de soins de santé due à la crise économique. Il est essentiel que nous maîtrisions la tuberculose tant que la polychimiothérapie nous offre un outil de lutte d'un bon rapport coût/efficacité contre cette maladie. Ne pas saisir cette occasion et laisser la pharmacorésistance se développer auraient de graves conséquences pour tous les pays et toutes les populations. C'est l'une des dures leçons que nous avons retirées de notre expérience concernant le paludisme.

De grands pas en avant ont été faits en ce qui concerne la recherche et le développement de médicaments et de vaccins contre le paludisme. Un vaccin antipaludique efficace et d'un coût abordable représenterait un formidable espoir pour la santé de millions de personnes dans le monde et offrirait de nouvelles chances pour le développement économique des zones impaludées, y compris dans la Région africaine.

La santé est à la fois l'un des principaux déterminants et un résultat du développement. Le développement sanitaire durable et intégré passe par la solidarité, aux niveaux national et international, mais les pays doivent investir leur argent là où se situent leurs priorités. Les pays doivent mobiliser toutes leurs ressources pour le développement sanitaire de leur population. Cela est possible et doit être fait, y compris dans les pays en crise ou en conflit, ainsi que dans les pays qui ont essuyé des échecs par le passé en raison du manque de coordination des politiques nationales et internationales de coopération.

L'Afrique a dû faire face à des situations d'urgence particulièrement complexes au cours de ces derniers mois. Celles-ci ont levé un lourd tribut en vies humaines et en perturbations sociales. Elles ont notamment compris d'importantes urgences sanitaires, dont de graves flambées

épidémiologiques de choléra, de dysenterie et de méningite. L'OMS est présente sur le terrain dans le cadre du système des Nations Unies, pour tenter de soulager le sort de toutes les populations concernées. Dans des circonstances aussi néfastes, il est impératif d'accorder la priorité à la santé. Il faut investir dans la santé pour reconstituer le potentiel humain, et donc le potentiel social et économique des pays affectés. Investir dans la santé et coopérer en faveur du développement social constituent dans tous les cas le meilleur moyen d'établir la cohésion sociale, la prospérité et la sécurité, aux niveaux national, régional et mondial. C'est, j'en suis sûr, ce qui a inspiré la Région africaine de l'OMS lorsqu'elle a décidé de soutenir en priorité l'Afrique du Sud et l'Erythrée dans ses propositions de budget programme pour 1996-1997. Je ne peux qu'applaudir à cette expression de solidarité collective.

Décidée à construire pour l'avenir, la Région africaine a montré sa détermination à donner un nouvel élan au développement social et économique, malgré les difficultés économiques qu'elle rencontre actuellement, y compris le lourd service de sa dette extérieure et les dévaluations récentes. L'OMS est prête à soutenir vos courageux efforts, en particulier pour la constitution d'un potentiel national, le développement des infrastructures et la réglementation et l'amélioration des approvisionnements pharmaceutiques.

De nouvelles structures sociales et économiques et de nouvelles conditions pour le commerce mondial ont été instaurées, et continuent d'évoluer, privilégiant de plus en plus la privatisation. L'OMS continuera à promouvoir l'élargissement des partenariats pour la santé, qui inclueront tous les secteurs et tous les acteurs sociaux. La nature et la portée de la participation de la population au développement sanitaire même ont beaucoup évolué depuis la Déclaration d'Alma-Ata. Les organisations non gouvernementales, les communautés et les malades eux-mêmes jouent un rôle de plus en plus actif dans le plaidoyer, les lobbies politiques et dans la prévention, les soins, la réadaptation et le soutien. Le concept de "santé de la famille" récemment mis au point par l'OMS, par exemple, vise à informer et à promouvoir l'éducation et la participation de la famille tout entière sur la base d'un partage des responsabilités pour la santé de tous ses membres pendant toute la durée de la vie. C'est là un élément du message que nous avons transmis à la Conférence internationale sur la population et le développement qui se tient actuellement au Caire.

Qu'il s'agisse de la santé de la famille, des médicaments essentiels, du développement des ressources humaines, de la vaccination ou du financement et de la gestion des systèmes de santé, l'OMS est prête à coopérer avec les pays pour définir leurs besoins et à leur apporter un soutien technique direct à tous les niveaux. Mais cela suppose que les Régions et les pays eux-mêmes choisissent d'abord leurs priorités et en établissent l'ordre. Les besoins devront être définis et les tâches réparties en coordination entre les pays, les Bureaux régionaux et le Siège.

C'est pourquoi il est urgent que l'OMS soit dotée d'un système d'information gestionnaire qui assure la compatibilité à travers tout notre réseau mondial. Ce système doit être conçu et instauré conjointement pour faciliter les liaisons et la communication, analyser et résoudre les problèmes, ainsi que pour l'exécution, la coordination et la surveillance des programmes et la gestion du budget.

De même, l'examen du rôle et des fonctions des Bureaux de l'OMS dans les pays et des Représentants de l'OMS doit être achevé et les changements nécessaires effectués pour permettre à l'OMS de contribuer aussi efficacement que possible au développement sanitaire et social dans les pays. Notre objectif doit être de renforcer le soutien direct de l'OMS aux Ministères de la Santé, ainsi que la capacité de l'OMS à promouvoir, coordonner et intégrer les interventions sanitaires dans les futures équipes unifiées des Nations Unies et les actions communes dans les pays.

Vous êtes appelés, pendant cette session du Comité régional, à élire votre Directeur régional. C'est là une décision politique et gestionnaire majeure. Le rôle des Directeurs régionaux est déterminant, car il leur incombe d'assurer avec succès la gestion conjointe de l'ensemble de l'Organisation et des activités sanitaires de leur Région. L'Organisation des Nations Unies, tendant à unifier son action et sa représentation, les Directeurs régionaux seront des acteurs de plus en plus importants, qui exerceront leur influence sur le système des Nations Unies au niveau régional et dans les pays. S'ils préfèrent agir de façon isolée, les Directeurs régionaux ne feront que rétrécir le champ et les opportunités de leur action et marginaliser leurs bureaux, voire leur Région même. Aussi, en choisissant votre Directeur régional, vous allez aussi définir l'avenir que vous souhaitez pour l'OMS et décider si vous voulez voir votre Région jouer un rôle mondial.

Les changements politiques et économiques mondiaux de ces dernières années ont nécessité l'actualisation et la réforme des politiques de santé. La Santé Pour Tous en l'An 2000 reste notre but fondamental. La santé pour tous est une aspiration aussi essentielle que tout autre droit fondamental de l'être humain. L'égalité d'accès aux soins de santé demeure l'une des responsabilités premières des gouvernements, et elle est la question fondamentale d'éthique sanitaire telle que l'ont exprimée la majorité des chefs de délégation à l'Assemblée de la Santé cette année. Mais aujourd'hui, la fourniture équitable des soins de santé requiert une participation sensiblement élargie de nombreux dispensateurs et bénéficiaires différents par rapport à ce qui avait été envisagé à Alma-Ata en 1978. Les maladies demeurent le problème, mais les personnes affectées par ces maladies ne sont pas des problèmes; elles font partie intégrante des solutions qu'ensemble nous devons définir et mettre en oeuvre.

Notre nouveau partenariat pour la santé se fondera sur cet idéal éthique. Le point de départ est le respect de la dignité et des droits des personnes, qu'elles soient en bonne santé ou malades. Mais la responsabilité éclairée de chaque personne, au sein de la famille et de la communauté revêt aussi une importance capitale. Un système de soins de santé élaboré par le gouvernement devrait être au coeur de la politique nationale de développement. La participation et l'engagement au plus haut niveau politique de l'Etat, en liaison avec la population, sont d'une extrême importance pour l'instauration de ce nouveau partenariat dans le domaine de la santé. L'OMS maintiendra sa coopération technique à tous les niveaux pour soutenir les efforts des gouvernements et des populations, en vue de l'instauration de la santé pour tous, et de la santé par tous, pour préparer le XXI^e siècle.

Je vous remercie.

**DISCOURS DE M. P. GAYAMA,
SECRETARE GENERAL ADJOINT DE L'ORGANISATION
DE L'UNITE AFRICAINE¹**

Monsieur le Président de la République,
Monsieur le Premier Ministre,
Messieurs les Présidents du Sénat et de l'Assemblée nationale,
Monsieur le Président Amadou Toumani Touré
Messieurs les Ministres,
Monsieur le Maire,
Monsieur le Directeur général de l'OMS, Dr Nakajima,
Monsieur le Directeur régional, Professeur Monekosso,
Messieurs les Ambassadeurs et Chefs de Missions diplomatiques,
Excellences, Mesdames et Messieurs.

Au moment où s'ouvre cette quarante-quatrième session ordinaire du Comité régional de l'OMS, l'Afrique traverse une phase très délicate de son histoire. Nous voudrions tous ici, j'en suis convaincu, trouver les remèdes qui conviennent à son état tel que l'expriment les statistiques et que le dépeignent les indicateurs de développement humain, ces nouveaux baromètres de la situation sociale et individuelle.

Le Secrétaire général de l'OUA, M. Salim Ahmed Salim, qui avait d'abord prévu de participer à cette rencontre, n'a malheureusement pas honoré l'invitation que lui a adressée à cet effet le Directeur régional en raison précisément du rythme haletant que prennent les événements sur ce continent; aussi m'a-t-il demandé de l'y représenter.

Je m'acquitterai de cette tâche en rendant tout d'abord hommage à Monsieur le Président de la République, le Professeur Pascal Lissouba dont la présence ici rend compte aussi bien de l'intérêt personnel qu'il porte à l'amélioration de ce que l'on pourrait appeler la "condition africaine" avec ses exigences de tous ordres, en particulier humains, que de la juste appréciation que se fait le peuple congolais et son Gouvernement de la place de l'OMS dans le paysage du Congo et de son rôle parmi les institutions internationales opérant en Afrique.

En raison d'un tel rôle, l'OUA entretient avec l'OMS des relations fort actives que viennent encore de confirmer le renforcement de son Bureau de Liaison auprès de l'OUA à Addis Abeba (dont nous remercions le Dr Nakajima, Directeur général de l'OMS, présent ici), et surtout l'attention particulière accordée par les organes dirigeants et techniques de l'OUA aux programmes et activités de l'OMS relatifs à la santé communautaire.

Nos vues concordent, en effet, pour ce qui est de la place à accorder à la santé comme base du développement ainsi que l'ont déjà affirmé les Chefs d'Etat et de Gouvernement dans une de leur déclaration. C'est dans ce même esprit que les trois derniers sommets de l'OUA, à savoir Dakar en 1992, le Caire en 1993 et Tunis en 1994 ont adopté une Déclaration de mobilisation pour la lutte contre le SIDA, un plan d'action dans le même sens ainsi qu'une décision spéciale : la Déclaration de Tunis, qui met l'accent sur le sort des enfants face à ce fléau.

¹ Document AFR/RC44/Conf.Doc/4.

Par ailleurs, le Conseil des Ministres de l'OUA a, dans une résolution spécifique consacrée aux politiques de santé et de développement également adoptée à Tunis, mis l'accent sur la nécessité de développer aussi bien la recherche que l'apport en tant que tel de la médecine traditionnelle, dite alternative, tout comme de la pharmacopée africaine en appoint à la modernisation des équipements et de la gestion de nos services de santé en zone rurale comme en ville.

Nous ne manquerons pas, en temps utile, au cours de cette session, de mettre à la disposition des différentes délégations dans toutes leurs langues de travail, le texte de ces décisions de Tunis, y compris celle qui exhorte nos Etats à participer au prochain Sommet mondial sur le Développement social prévu à Copenhague, Danemark, en mars 1995 et en vue duquel une position commune africaine a été élaborée par l'OUA et la CEA.

Au moment où entre en vigueur le Traité instituant la Communauté économique africaine déjà ratifié par un peu plus des deux-tiers de nos Etats Membres, l'OUA et l'OMS s'activent à finaliser le texte du Protocole additionnel sur la Santé qui sera annexé au Traité en tant que partie intégrante de celui-ci.

Les Honorables Ministres de la Santé ici présents seront saisis de ce document très important, au plus tard dans le courant du premier semestre de l'année prochaine lorsque sera convoquée, sous l'égide de l'OUA, la prochaine session de la Conférence des Ministres Africains de la Santé (qu'il ne faut pas confondre naturellement avec la rencontre qui nous réuni ici sous l'égide de l'OMS). Il y a quelques jours, très exactement le 1er septembre, nous avons organisé à Addis-Abeba une réunion inter-institutions (avec la FAO, l'UNICEF et d'autres) en vue de déterminer les principaux éléments pouvant figurer à l'ordre du jour de cette rencontre de nos Ministres de la Santé.

L'Afrique, disions-nous, traversait des jours très préoccupants qui nécessitent un véritable programme d'ajustement structurel de la coopération internationale à son égard. Et dans la conception que se fait l'OUA de la prévention des conflits, il n'est pas meilleure approche que celle tendant à créer et à consolider les bases d'un développement durable axée sur la prise en compte des besoins élémentaires de nos populations, en matière de santé et d'éducation notamment, gages sûrs de progrès dans l'ordre politique et social et de bien-être dans l'ordre si tant est que la culture démocratique ne saurait être promue ni même envisagée dans un environnement de précarité accentuée.

Si aujourd'hui, la tragédie qui se déroule au Rwanda nous émeut tant, c'est qu'elle s'alimente en même temps de données structurelles et des calamités dont sont directement comptables les hommes qui auraient dû les prévenir.

Or il nous faut, à présent, nous doter non seulement de moyens capables de gérer de telles crises multidimensionnelles, mais surtout de ressources humaines prêtes à être investies dans une action de solidarité gagée sur la durée. C'est un peu une des leçons que l'on a retenue des conclusions des assises de Yokohama où, en mai dernier, la Conférence mondiale sur les Catastrophes naturelles a en quelque sorte recommandé que cesse dorénavant d'être perçu comme relevant de la conjoncture des calamités qui tendent de plus en plus à s'imposer comme des drames de la vie quotidienne.

En ce sens, il y a de moins en moins de situations d'urgence en Afrique : il n'y a plus que des situations endémiques de crises comme l'atteste aussi bien l'actualité que les indicateurs de développement humain.

La crise de la santé comme base et facteur de développement se conjugue dorénavant avec ces milliers de réfugiés et personnes déplacées dont le record est détenu par l'Afrique et qui se présentent aujourd'hui en conducteurs ou vecteurs naturels d'épidémies récurrentes telles que SIDA, choléra, méningite, malaria, sans parler des effets subis par l'environnement et leurs incidences sur la quantité et la qualité d'eau potable ainsi que les contraintes d'ordre nutritionnel.

C'est à cette insécurité généralisée qu'il vous faut trouver des réponses, Messieurs les Ministres, y compris dans le choix que vous allez faire de celui qui sera chargé, pour les cinq ans à venir, de diriger le Bureau régional en qualité de Directeur.

A cette tâche qui n'est pas des moindres parmi celles que vous allez accomplir ici à Brazzaville, l'OUA souhaite simplement que vous sachiez, en dépit des passions, raison garder et que dans la galerie des portraits soumis à votre appréciation, vos suffrages puissent aussi bien reconnaître l'expérience et le dévouement, que récompenser la valeur et le mérite.

Merci de votre aimable attention.

ALLOCUTION DU GENERAL DE BRIGADE AMADOU TOUMANI TOURE ANCIEN CHEF D'ETAT DU MALI¹

Son Excellence Monsieur le Président de la République,
Monsieur le Directeur général de l'OMS,
Monsieur le Directeur régional de l'OMS,
Monsieur le Président de la quarante-troisième session du Comité régional de l'Afrique,
Mesdames et Messieurs,
Honorables invités,

C'est avec un grand honneur, et un immense plaisir que je prends part à cette importante réunion africaine sur la gestion de santé publique, voire de développement.

Il serait inutile de répéter que l'homme, est au début, et à la fin du développement, aussi l'investissement sur l'homme lui-même est la pierre angulaire de tout développement durable. Et je pense que la santé qui n'est d'ailleurs pas seulement l'absence de maladie comme vous le dites, est la première condition pour permettre à l'homme d'être *l'artisan* et le *bénéficiaire* du développement.

Les actions auxquelles j'ai été associé récemment en Afrique, notamment les actions de prévention, et de règlement des conflits, "*Initiative africaine*" avons-nous dit, m'ont mis en contact avec les drames humains les plus graves auxquels notre continent se trouve confronté.

En effet, l'Afrique est en passe de battre tous les *records* sinistres en populations réfugiées, et à l'intérieur d'un même pays en populations déplacées. (Triste performance). Ces mouvements massifs de populations touchent aujourd'hui les *cinq régions africaines*.

Ils masquent des tragédies encore plus importantes pour les femmes et surtout les enfants, couches démunies, fragiles sans défense, face à ces nouveaux *aléas* de leur vie.

Quand on sait qu'en Afrique, chez nous, les *enfants* occupent une place de choix, ils sont souvent considérés comme la manifestation de la bénédiction divine, et, sont tenus en haute estime par leurs parents et la collectivité.

Ils représentent un symbole de l'espoir en l'avenir de la famille, de la communauté, du pays et du *continent*. Aujourd'hui, l'avenir des enfants grandissant dans les camps de réfugiés ou dans les zones de conflits armés est compromis.

Quant à l'avenir des enfants grandissant dans nos villes en pleine expansion non contrôlée, il tend à devenir beaucoup plus difficile, que celui des parents ayant grandi le plus souvent à *l'abri de valeurs et de styles de vie traditionnelle*, procurant un *filet de sécurité sociale*.

Pour ces enfants, qu'ils soient filles ou garçons, bien portants ou malades, venant des zones urbaines ou rurales, l'avenir est plein d'incertitude, les obstacles qui se posent à leur croissance, à leur sécurité et à leur développement ne manquent pas. L'avenir doit offrir des possibilités si nous voulons faire reculer la *famine, l'analphabétisme et la maladie*. Et pour notre continent, il est du devoir de chaque dirigeant d'agir avec tous les moyens disponibles, *politiques, diplomatiques, économiques et financiers*, pour mettre fin à des situations que rien ne peut justifier.

¹ Document AFR/RC44/Conf.Doc/5.

Face au reste du monde, nous Africains, avons le devoir de prendre les initiatives nécessaires pour un retour à la juste mesure des choses.

Dans le cas de tragédies comme celles du Rwanda et de la Somalie, nous ne devons pas laisser "le monopole du coeur" aux autres, et surtout dans le domaine de la santé et de l'assainissement. Nous constatons malheureusement que l'ampleur du désastre et la durée des conflits tendent à releguer au second plan les efforts pourtant louables entrepris en Afrique et dans bon nombre de nos pays dans le domaine de la *santé publique* et du *développement*.

Mesdames et Messieurs,
Honorables invités,

Les années 1993-1994 ont permis d'enregistrer des succès dans l'évolution du programme de lutte contre la dracunculose que nous suivons avec l'appui inestimable et le dévouement sans retenu du Président Jimmy Carter, à travers Global 2000, l'appui technique et financier de l'OMS et des autres organisations et pays donateurs.

Ces résultats encourageants, et surtout la volonté de voir éradiquer le ver de Guinée, ont permis à de nouveaux donateurs de s'engager à nos côtes et de financer l'extension du programme aux autres pays africains (exemple du Japon, avec 500 forages pour 270 villages et un appui technique hydraulique très important au Mali).

Cependant, il faut noter qu'aucun effort ne peut remplacer notre soutien, nous avons besoin d'une impulsion politique pour aborder avec optimisme l'année charnière que constitue 1995.

L'affaire de la santé ne peut plus rester seulement l'affaire des "*Blouses blanches ou roses*"; c'est une affaire de tous et surtout de nos autorités politiques et administratives. Depuis mon retrait, je cherche à être utile sans être Président. C'est la seule voie. La dracunculose me passionne, mais je ne l'aime pas, je veux qu'elle soit éradiquée.

Mesdames et Messieurs,
Honorables invités,

Vous me permettrez de saisir la présente occasion pour exprimer au nom des populations africaines mes remerciements sincères à tous ces généreux donateurs, car leur geste fait renaître l'espoir d'un nouveau départ pour des milliers de personnes démunies parmi les plus pauvres.

Mesdames et Messieurs,

Je voudrais avant de terminer féliciter toute l'équipe de l'OMS, pour sa perspicacité dans l'effort, et pour la pertinence des politiques en faveur de la santé en Afrique.

En effet, les suites de la récente dévaluation du CFA, le développement inquiétant de la pandémie du SIDA, et les perspectives démographiques en Afrique, mettent plus que jamais en exergue la nécessité d'une politique de soins de santé primaires, telle que promue par l'OMS.

Cette politique qui s'avère sage et équilibrée doit être *plus performante*. Nous devons tous la soutenir pour éviter la paupérisation encore plus grande des couches de populations déjà fortement marginalisées dans leur société.

L'amer constat dans de nombreux pays prouve que les programmes touchant les enfants sont souvent mal appliqués, faute de ressources suffisantes ou simplement manque d'imagination.

Ce qui met en cause les immenses espoirs suscités par la Conférence mondiale sur l'Enfance tenue en 1990 à New York.

Nous avons espéré, en tout cas c'est notre voeu le plus ardent, que la communauté internationale saura répondre aux requêtes africaines en faveur *de l'enfance et de la santé*, car il s'agit de l'équilibre et surtout de l'avenir de tout un continent et de l'action humanitaire la plus justifiée.

Mesdames et Messieurs,

Mon pays, le Mali et moi-même, avons été très honorés de cette *invitation d'honneur*, trouvez ici l'expression de notre gratitude.

Je vous souhaite beaucoup de succès dans vos travaux, dans un climat empreint de sagesse, de compréhension et de solidarité tout africaine.

On se demande souvent qu'est-ce qu'un Général fait dans la dracunculose.

Je me suis rendu compte que la santé a pris tous nos termes - Stratégie, contraintes, avantages, logistiques - délais.

Je ne suis pas perdu du tout.

Je vous remercie.

**DISCOURS D'OUVERTURE
DE SON EXCELLENCE LE PROFESSEUR PASCAL LISSOUBA,
PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE DU CONGO,
CHEF DE L'ETAT¹**

Monsieur le Président de la quarante-quatrième session du Comité régional de l'OMS,
Monsieur le Directeur général de l'OMS,
Monsieur le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique,
Mesdames et Messieurs les Ministres,
Mesdames et Messieurs les Délégués,
Distingués Invités,
Mesdames et Messieurs,

L'honneur échoit à mon pays d'abriter la quarante-quatrième session du Comité régional de l'OMS.

En vous remerciant tous de cette marque d'amitié et de confiance à l'endroit des peuples du Congo, j'ai infiniment plaisir à souhaiter la plus cordiale bienvenue à Monsieur le Directeur général de l'OMS qui a bien voulu honorer, en nous consacrant son temps étant donné ses lourdes charges, à toutes les délégations ici représentées, avec une attention toute particulière aux délégations Sud-africaine et Erythréenne, en leur qualité de nouveaux membres de la Région Afrique de l'Organisation mondiale de la Santé.

L'appartenance et la présence de l'Afrique du Sud et de l'Erythrée à l'OMS constituent non seulement un précieux renfort d'effectifs, mais aussi et surtout un apport d'expérience, et de moyens qui concourent à la sauvegarde et à l'enrichissement du patrimoine sanitaire et scientifique universel.

Je voudrais enfin, et aussi, relever et souligner avec force, la présence parmi nous du Général AMANI-TOUMANI TOURE, ancien Chef d'Etat du Mali qui, après avoir conduit son pays à la démocratie, s'est volontairement retiré de la scène politique avec toute la gratitude du peuple malien, l'admiration des autres peuples africains, le soulagement complice de tous les démocrates du monde.

Aujourd'hui, je me joins à cet hommage et avec moi tout notre peuple dans sa quête vers la paix sociale... Mon Général, Monsieur le Président, en vous investissant dans la lutte contre l'endémie filarienne qui constitue une cause sérieuse d'invalidité de nombreuses populations de notre continent, vous faites plus qu'honorer Votre peuple, vous garantissez son avenir, en assurant à sa jeunesse, santé, dignité et bonheur.

Puisse cet exemple inspirer la classe politique africaine !

¹ Document AFR/RC44/Conf.Doc/6.

Mesdames et Messieurs,

Les présentes assises s'ouvrent au moment où le Rwanda connaît une **grande tragédie** entretenue par l'intolérance et la mégalomanie des politiciens de l'intérieur comme de l'extérieur, exacerbée par les effets pervers de la drogue, les idéologies mal assimilées auxquelles il faut ajouter la détresse de la jeunesse devant la misère, mais aussi l'impuissance actuelle des hommes de sciences à trouver rapidement les remèdes susceptibles d'enrayer la déchéance humaine résultant du SIDA.

A partir de la relation d'une expérience personnelle, je puis soutenir que le **couple Drogue/SIDA** dans ses multiples manifestations, aboutissant aux désordres psychiques, constitue l'élément détonateur du génocide qui plane sur notre continent.

En effet, mon propre pays a été fortement endeuillé, comme vous le savez, par l'intolérance et les violences politiques qui puisent leur source dans ce couple infernal : drogue-SIDA, et que nourrissent l'ignorance et les travers d'une démocratie mal assimilée.

A la mémoire de toutes les victimes innocentes de toutes ces violences absurdes, je vous invite à observer, Mesdames et Messieurs, une minute de silence.

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

Notre continent traverse une crise sans précédent, qu'attisent outre le couple infernal stigmatisé ci-dessus, les maladies de la misère, le sous-développement, la résurgence d'autres maladies et épidémies, les violences, qui nous guettent tous et dont le Rwanda n'est que le paroxysme.

Face à cette crise, face aux diverses tragédies qui menacent notre existence, et en soutien aux stratégies d'un développement durable de l'Afrique, je suggère que soit envisagée la création, à côté du Comité de l'OUA pour la prévention et la résolution des conflits, d'un Groupe africain d'intervention humanitaire, constitué de professionnels de la santé et de spécialistes de la médecine de catastrophes.

La mobilisation des ressources et la coordination des activités pourraient être assurées par le Secrétariat général de l'OUA en collaboration avec les Bureaux régionaux de l'OMS, et de l'UNICEF pour l'Afrique.

Le résultat escompté est un soutien **tout particulier** à la femme et à l'enfant, victimes désignées des violences sous toutes leurs formes et sous tous les cieux.

Monsieur le Président,
Mesdames et Messieurs,

La présente session a lieu en même temps que la Conférence internationale sur la Population, dont l'accroissement rapide et attendu amplifiera inéluctablement les problèmes déjà nombreux auxquels nos Etats se trouvent confrontés.

Il est clair, de ce point de vue, que les questions relevant de nos différentes politiques de population devraient donner à la femme une place de choix, or paradoxalement, elle ne joue qu'un rôle secondaire dans la prise des décisions.

C'est un truisme de dire que ce sont les femmes qui assurent l'éternité. Elles ont la charge des premiers pas de l'Être humain, et gèrent dans nos sociétés et notamment dans nos communautés rurales, le bien-être moral et matériel de la famille.

Sans doute, la situation des femmes dans le monde n'est certes plus ce qu'elle était; elle a connu des progrès considérables dans de nombreux pays, mais ces progrès sont encore insuffisants, même au regard des avancées scientifiques et technologiques.

Dans le cadre de l'Afrique, du Congo notamment, les femmes continuent trop souvent à donner la vie en perdant la leur.

Quand elles survivent aux opérations chirurgicales, même les plus bénignes, et aux maternités difficiles, c'est au prix d'une grande détérioration de leur santé et de leur espérance de vie qui les rend inaptes à s'épanouir pleinement, et à participer efficacement à l'éducation de leurs enfants.

Par ailleurs, il est à craindre que le sous-développement économique ne soit pire que le SIDA. Si ce dernier élimine l'individu, le premier consacre la déchéance des générations, c'est-à-dire de l'humanité, et interdit toute espérance, tout futur, pour un génocide collectif.

Parties prenantes aujourd'hui du développement intégral, l'UNICEF et l'OMS devraient, en Afrique, conjuguer leurs activités, leurs efforts, avec la collaboration de nos gouvernements, pour une stratégie commune dans la prise en charge de la femme et de l'enfant.

Le développement économique porteur des avantages comme l'ouverture abondante des crèches permettra l'accroissement du temps libre, pour un travail plus productif, l'accès aux loisirs pour l'épanouissement physique et culturel, couronnement de la liberté pour les femmes, mais aussi pour nos communautés dont elles sont le pivot.

Toutefois, même libérées des tâches les plus astreignantes, elles ne sont quittes ni de la peine, ni de l'effort. Le problème est de savoir être libre dans la dignité, dans le respect de nos valeurs les plus nobles.

Car savoir se libérer est dur et bien.
Mais savoir être libre, est plus dur et mieux.

Monsieur le Président,
Mesdames et Messieurs,

S'agissant de la situation sanitaire de l'Afrique, qu'il me soit permis d'interpeller tout à la fois nos experts, que vous êtes tous et Monsieur le Directeur régional, pour nous fournir les éléments d'une évaluation la plus objective possible, puisque c'est dans ce contexte que vous allez vous déterminer pour l'élection du Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique.

Puisse le prochain programme de travail de l'OMS pour l'Afrique s'inscrire dans une politique basée sur la formation du personnel. Ce programme ne se distinguera véritablement des précédents qu'en mettant l'accent sur le développement de la recherche afin de promouvoir, au travers de l'innovation, les stratégies adaptées à notre environnement.

C'est dans cette optique que je me suis engagé à créer au Congo et pour l'Afrique un polycentre de Sciences de la Vie, essentiellement orienté vers la recherche sur les grands fléaux de notre continent, notamment les maladies à rétrovirus, le paludisme et la drépanocytose.

Avant de clore mon propos, je tiens à féliciter très cordialement, à travers l'Organisation mondiale de la Santé, Monsieur le Professeur Lobe Monekosso, Directeur régional, tous les fonctionnaires du Bureau régional de l'OMS, pour les efforts consentis en faveur du bien-être et de l'éducation sanitaire de nos peuples.

En dépit des troubles que le Congo a connus, lesquels ont profondément perturbé la vie de notre Institution, vous avez su maintenir intacte votre confiance en mon pays et cru en la capacité de ressaisissement de notre peuple. Pour tout cela, merci.

Pour tous les désagréments qui en ont résultés, je présente au nom du peuple congolais, et en mon nom propre, nos excuses les plus sincères, aux gouvernements Membres de notre Organisation et à leurs peuples. A vous Monsieur le Directeur régional, croyez à notre gratitude et à notre soutien.

Je souhaite plein succès à vos travaux et déclare ouverte la quarante-quatrième session du Comité régional pour l'Afrique.

Je vous remercie.

**DECLARATION DE M. P. COLE DODGE,
DIRECTEUR REGIONAL DE L'UNICEF POUR L'AFRIQUE
ORIENTALE ET AUSTRALE¹**

Messieurs les Ministres,
Monsieur le Directeur général de l'OMS,
Monsieur le Directeur régional,
Mes chers collègues des organismes des Nations Unies, de l'OUA et des ONG,
Mesdames et Messieurs,

Depuis la dernière fois où j'ai eu le privilège de prendre la parole devant vous, il s'est passé en Afrique des événements qui nous remettent en mémoire la définition classique donnée par Dickens de la révolution française, comme étant à la fois la meilleure et la pire des époques.

La "meilleure" si l'on considère ce que le pouvoir du peuple, la vision éclairée de ses dirigeants et la solidarité internationale ont réalisé en Afrique du Sud. Et la pire si l'on considère l'anarchie et les atrocités dans lesquelles le Rwanda s'est trouvé plongé.

Nous avons l'exemple réconfortant de la réconciliation et de la démocratie en Afrique du Sud - Heureusement ce processus est en train de transformer beaucoup de Nations africaines - et nous avons hélas le drame de l'intolérance et de la terreur au Rwanda - Malheureusement un des nombreux conflits civils et des situations d'urgence en Afrique, symbolisant les tendances opposées qui s'affrontent pour forger l'avenir de ce grand continent.

Le défi devant lequel nous sommes placés consiste à optimiser les tendances favorables et à minimiser les tendances négatives dans les quelques années qui restent encore de ce 20ème siècle.

La libération de l'Afrique du Sud constitue un progrès pour l'Afrique et pour le monde entier. L'UNICEF est particulièrement heureux de constater que le Président Mandela a placé les enfants au premier plan des préoccupations de la jeune démocratie sud-africaine, qui a fait table rase du racisme. De même que les enfants ont souffert le plus sous le système pervers de l'apartheid, de même les enfants vont bénéficier le plus de la transformation progressive qui est en cours.

L'Afrique du Sud peut rapidement devenir à la fois un modèle et un catalyseur pour le continent tout entier.

Cette année est certainement "la pire des années" pour les enfants vivant dans des pays touchés par des conflits armés. Mais il y a des progrès en cours dans les pays africains qui ne font pas les gros titres des journaux dans le monde et même dans certaines régions des pays qui attirent l'attention des médias. Je crois sincèrement que les conditions nécessaires au progrès de l'Afrique, à commencer par celui des enfants, existent maintenant dans beaucoup de pays d'Afrique.

¹ Document AFR/RC44/Conf.Doc./7.

Dans la quinzaine de mois qui nous sépare de la fin de l'année 1995, il est possible de sauver plus de 1 million d'enfants sur les quelque 5 millions qui meurent chaque année en Afrique. Dans ce très bref laps de temps, d'autres millions encore peuvent se voir offrir la chance de réaliser pleinement leur potentiel physique et intellectuel.

L'élan est déjà nettement donné :

- Il existe une ferme volonté politique d'accélérer les actions en faveur de l'enfance.
- On assiste aussi de plus en plus à une prise de conscience du fait que les enfants et les femmes peuvent contribuer au processus plus large du développement.

Les Ministres de la Santé ont prouvé, ces dernières années, qu'ils étaient fermement décidés à améliorer la vie des enfants :

- Vos pays ont, à l'immense majorité, ratifié la Convention sur les droits de l'enfant, le plus récent étant l'Erythrée. Il ne manque plus que la ratification de trois pays africains.
- Comme il a été décidé au Sommet de l'OUA en 1991, 43 Etats ont publié des plans d'action nationaux.
- Mais vous ne vous êtes pas contentés de faire des déclarations, de tenir des réunions et de publier des plans. Nous voyons la détermination de l'Afrique à l'égard des enfants à l'oeuvre là où elle compte le plus, c'est-à-dire sur le terrain.
- En dépit de quelques lacunes récentes, la couverture vaccinale continue à englober la majorité des nouveau-nés, ce qui signifie que vous sauvez la vie de plus de 1 demi-million de petits africains chaque année.
- Aujourd'hui, environ 13 millions d'enfants africains sont vaccinés 4 fois sur 5 avant l'âge de un an.
- A partir de l'Afrique australe, la zone exempte de poliomyélite gagne du terrain.
- Prenez l'utilisation de la thérapie de la réhydratation orale contre la diarrhée - principale cause de mortalité infantile dans la majeure partie de l'Afrique; l'utilisation de ce remède bon marché est maintenant proche de 50 pour cent dans vos pays, taux bien supérieur à la moyenne pour le monde en développement, qui est de 38 pour cent.
- Et dernièrement, vous avez fait de grands progrès dans la campagne finale sur la voie d'éradication de la dracunculose.
- L'Initiative de Bamako relative au financement et à la gestion communautaires commence à redonner de la vitalité aux systèmes de santé et à accroître leur accessibilité dans plus de la moitié des pays de l'Afrique sub-saharienne.
- Les dirigeants et les gouvernements africains ont reconnu la nécessité de programmes novateurs de lutte contre le VIH/SIDA et ont fait le nécessaire.

Le défi qui nous attend consiste à assurer un progrès continu et, en particulier, s'attaquer aux objectifs réalisables du milieu de la décennie. Trois enjeux sont importants:

- Premièrement, inverser les tendances récentes à la régression et maintenir une couverture vaccinale de 80 pour cent.
- Deuxièmement, porter à 80 pour cent le taux d'utilisation de la thérapie de réhydratation orale contre la diarrhée à issue fatale, et
- Troisièmement, ioder tout le sel comestible.

Toutefois, pour réaliser les objectifs du milieu de la décennie et de l'an 2000 et soutenir cette dynamique, je vous demande instamment de tenir compte de ce qui suit:

- Lors de la Conférence internationale sur l'assistance aux enfants africains (ICAAC), les gouvernements des pays africains ont exprimé leur volonté d'assurer le développement humain, en allouant au moins 20 pour-cent des dépenses publiques aux services sociaux de base, et les donateurs se sont eux-mêmes engagés à accroître la part de l'aide publique au développement en faveur de secteurs sociaux prioritaires.
- Il faut restructurer les budgets et l'aide publique au développement, pour appuyer vos plans d'action nationaux. Vous pourrez également mobiliser un soutien international accru en réduisant les budgets militaires et en affectant le dividende de la paix ainsi obtenu à la mise en oeuvre de ces plans. De plus, nous devons faire en sorte que les programmes d'ajustement structurel macroéconomiques soutiennent également les investissements humains requis pour mettre en oeuvre vos plans d'action nationaux.
- Ensuite, les plans d'action nationaux doivent être traduits en programmes d'action effectifs au niveau des districts, des provinces et des municipalités, conformément au processus de décentralisation en cours dans bon nombre de vos pays.
- Enfin, les partenariats avec les ONG sont, eux aussi, particulièrement importants, étant donné les rapports étroits qu'entretiennent ces organisations avec les communautés locales.
- L'amélioration de la situation sanitaire et nutritionnelle, le développement de l'enseignement de base, ainsi que le renforcement du rôle des femmes dans le développement, devraient permettre de faire reculer rapidement la mortalité infantile en Afrique - ce qui contribuera à stabiliser la croissance démographique, à freiner la dégradation de l'environnement et à atténuer la pauvreté, ainsi qu'à ralentir la transmission du VIH/SIDA.
- De plus en plus, les "urgences criantes" de la guerre sont en concurrence avec les "urgences muettes" de la nutrition et de la maladie face à des ressources internationales limitées. Selon une estimation approximative, sur environ 2000 des 13 000 petits Africains qui meurent chaque jour, sont victimes de conflits armés et d'autres situations d'urgence, tandis que les autres meurent des suites évitables de la pauvreté et de la maladie. L'UNICEF consacre à peu près 40 % de ses ressources mondiales à l'Afrique - ce qui est plus que pour toute autre Région - mais un tiers de nos dépenses en Afrique concernent désormais des situations d'urgence qui exigent légitimement une réponse humanitaire des plus résolues.

- Nous sommes confrontés à un dilemme : comment répondre aux appels des femmes et des enfants piégés par la guerre sans compromettre notre action nécessairement orientée sur le développement pour atténuer les "urgences muettes". Nous pouvons, par exemple, concevoir notre action de secours de manière à développer les capacités locales et favoriser le développement à plus long terme mais, sur ce point déterminant, nous avons besoin de vos lumières.

Je voudrais vous assurer que la priorité mondiale de l'UNICEF - affirmée par notre Conseil d'administration et réaffirmée par Mr James Grant, notre Directeur général - continue d'être l'Afrique. Nous serons à vos côtés dans l'adversité et ferons tout en notre pouvoir pour qu'adviennent des temps meilleurs.

Pour conclure, permettez-moi de rappeler ce qu'a déclaré le Président Mandela dans son discours d'acceptation du Prix Nobel de la Paix, à Oslo, en décembre dernier :

"(La nouvelle Afrique du Sud) va et doit être mesurée à l'aune du bien-être et du bonheur des enfants, qui sont à la fois les citoyens les plus vulnérables et notre plus précieux trésor... Devant ce noble auditoire (Prix Nobel de la Paix), nous affirmons la volonté de la nouvelle Afrique du Sud poursuivre sans relâche les objectifs énoncés dans la Déclaration mondiale sur la survie, la protection et le développement des enfants."

Mesdames et Messieurs les Ministres, nous savons que, pour réaliser le monde meilleur auquel nous aspirons tous et ne pas démentir l'adage de l'OUA selon lequel "l'avenir de l'Afrique repose sur ses enfants", les mois à venir vont être cruciaux.

Je vous remercie de votre attention.

pouvant être, au mieux, que des partenaires. Si vous n'êtes pas les maîtres d'oeuvre d'une meilleure santé en Afrique, l'initiative ne servira pas à grand chose. La communauté internationale attend de vous que vous définissiez des cadres appropriés en révisant les politiques actuelles et que vous mettiez en place des programmes viables d'investissement dans le domaine de la santé présentant un bon rapport coûts/efficacité. Ces programmes pourront alors être approuvés et soutenus financièrement par la communauté internationale. De premiers pas ont été faits dans ce sens en Zambie et dans quelques autres pays qui ont élaboré des programmes sectoriels dans le domaine de la santé. Pour que de tels programmes aient la viabilité et l'impact souhaités, il faut mettre l'accent à long terme sur le développement d'institutions de santé appropriées et ne pas s'attacher à des maladies particulières.

Deuxièmement, un leadership africain s'impose au niveau national et inter pays si l'on veut garantir une amélioration durable de la santé. La rédaction du texte final de *Pour une meilleure santé en Afrique* a été nettement facilitée par les travaux d'un groupe indépendant d'experts de l'amélioration de la santé en Afrique composé d'une vingtaine d'éminents spécialistes Africains de la santé venant de ministères de la santé, d'universités et d'institutions de recherche d'Afrique et d'ailleurs ainsi que du secteur non gouvernemental. La détermination du président du groupe, le Professeur Olikoye Ramsome-Kuti, ex-Ministre nigérian de la Santé, de se consacrer à plein temps au suivi des activités sur le plan national et inter pays nous honore tous. Le groupe représente intellectuellement et politiquement une dynamique qui viendra appuyer vos efforts en vue de l'amélioration de la santé.

Troisièmement, la communauté des donateurs et les organisations internationales responsables des questions de santé devraient être non pas les leaders mais les défenseurs des initiatives africaines en faveur des améliorations de la santé dans les pays comme au niveau international. Les bailleurs de fonds financent aujourd'hui à peu près 20 % de l'ensemble des dépenses de santé et plus de 50% dans certains pays. Ils financent quasiment tous les investissements sanitaires en Afrique et portent donc une grande part de responsabilité dans ce que sont aujourd'hui les systèmes de santé en Afrique.

Le moment est venu pour eux de structurer sous votre égide leur appui financier aux améliorations sanitaires en programmes nationaux cohérents. Nous pensons qu'ils sont prêts à le faire. L'expérience récente du leadership local faite par les donateurs pour l'amélioration de la santé Mozambique par exemple, donne à penser que les bailleurs de fonds ne pourront que s'en féliciter puisqu'il vient des pays eux-mêmes.

Une initiative pourrait être prise pour rapprocher Africains et bailleurs de fonds dans le domaine de la santé : il s'agirait de formuler sur la base d'un consensus des lignes directrices selon lesquelles les donateurs devraient fournir une aide à l'avenir pour l'amélioration de la santé en Afrique. Nous tous à la Banque mondiale qui travaillons avec l'OMS, l'UNICEF, la Coalition mondiale pour l'Afrique et le groupe dirigé par le Professeur Ramsome-Kuti serions heureux de prêter notre concours pour la formulation de ces lignes directrices. Il serait déterminant de savoir ce que vous Ministres de la Santé, en penser.

Je voudrais pour conclure adresser quelques mots de remerciements à tous ceux qui ont collaboré à notre étude "*Pour une meilleure santé en Afrique*" et j'aimerais également parler des plans de la Banque mondiale. Cette étude n'aurait jamais pu être réalisée sans la participation active de nombreux collègues et amis à l'OMS, à l'UNICEF et ailleurs, qui n'ont jamais ménagé leurs efforts ni été avares de leur temps lorsqu'il s'agissait d'élaborer, puis de revoir ce document. Les nombreuses initiatives prises par l'OMS et par l'UNICEF, en particulier, en vue d'améliorer la santé sont dignes de louanges. Elles méritent aussi d'être adaptées à l'échelon local et d'être intégrées à une approche nationale unifiée à l'égard de l'amélioration de la santé. Nous avons été spécialement heureux que M. James P. Grant, Directeur général de l'UNICEF, et que le Professeur G. L.

Monekosso, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, aient consenti à se joindre à moi pour rédiger l'avant-propos du texte finalement publié. Nous espérons continuer à travailler en étroite collaboration avec eux et avec nos autres partenaires, comme le Fonds des Nations Unies pour la Population et les donateurs bilatéraux, afin que la santé en Afrique s'améliore réellement.

Permettez-moi enfin de parler un peu de la Banque mondiale. Je tiens à vous donner l'assurance que la Banque vous appuiera dans votre quête d'une santé meilleure. A la fin de l'exercice 1994, nous aurons apporté un appui financier à plus de soixante projets concernant la population, la santé et la nutrition en Afrique. Mais, par comparaison avec d'autres donateurs, nous sommes relativement de nouveaux venus dans le domaine de la santé et la plupart de ces projets sont encore en cours d'exécution. L'ensemble des engagements de la Banque mondiale et des ressources apportées par l'Association internationale de Développement à ce projet se sont chiffrés à un milliard cinq cents millions de dollars. Si l'on excepte le domaine étroitement apparenté de l'environnement, le secteur de la population, de la santé et de la nutrition est celui qui croît le plus vite dans les activités de prêt de la Banque. Dans les quatre années à venir, nous projetons de consacrer environ un milliard quatre cents millions de dollars à des projets concernant la population, la santé et la nutrition en Afrique. Mais ces engagements ne seront possibles que si l'on met au point et exécute des projets viables et bénéficiant de politiques de santé et de stratégies de développement de vaste envergure, assorties de programmes de santé solides et soutenues par un appareil de direction et de gestion efficace à l'échelon local et national.

Mes collègues et moi-même, à la Banque mondiale, escomptons bien poursuivre avec vous et avec vos nombreux partenaires l'action entamée en faveur d'une meilleure santé en Afrique, dans nos discussions avec les principaux organismes de financement et de planification, dans nos travaux avec les organisations non gouvernementales et dans notre collaboration avec d'autres donateurs. La santé et, en vérité, la vie et l'existence même de millions d'Africains dépendent de vous. Poursuivons donc l'action déjà entamée avec succès, examinons d'un oeil critique nos déficiences et prenons, une fois de plus, mais avec une vigueur nouvelle et sans plus tarder, l'engagement d'améliorer la santé de l'Afrique.

Merci.

**DISCOURS DE MME TORILD SKARD,
DIRECTEUR REGIONAL DE L'UNICEF POUR L'AFRIQUE
DE L'OUEST ET DU CENTRE**

Madame la Présidente,

J'aimerais exprimer le plaisir que j'éprouve à pouvoir participer à cette réunion du Comité régional. Lorsque j'étais à la tête de la coopération norvégienne au développement, j'ai eu à travailler étroitement avec des gouvernements africains et l'OMS pendant plusieurs années. Je sais combien il est important d'améliorer la santé des populations africaines et j'apprécie les efforts accomplis et les progrès réalisés. Je fonde beaucoup d'espoirs sur notre collaboration future pour l'amélioration de la santé des femmes et des enfants et, en tant que l'un des membres de la communauté internationale, je contribuerai activement aux efforts de nos partenaires africains pour atteindre les objectifs visés.

Durant ces dernières années, l'Afrique a été à l'avant-garde des efforts de la communauté internationale pour améliorer les conditions de vie des femmes et des enfants. La Région a apporté une contribution particulière au Sommet mondial pour les Enfants et à la Convention pour les Droits de l'Enfant. L'OUA a pris l'initiative d'organiser la Conférence internationale sur l'assistance aux enfants africains qui a déclenché la définition d'objectifs intermédiaires pour le milieu de la décennie, idée qui fut reprise ensuite par les autres Régions.

Les objectifs intermédiaires sont importants, non seulement pour stimuler les actions ciblées sur l'amélioration de la santé des populations, mais aussi pour mesurer et décrire les résultats des efforts accomplis. Il est possible que tous les objectifs ne soient pas atteints dans tous les pays africains, mais beaucoup le seront, prouvant ainsi que tout n'est pas que misère et désespoir sur ce continent. Des progrès notables sont en train de s'accomplir dans de nombreux domaines. Ainsi, les résultats obtenus dans l'éradication du ver de Guinée et de l'onchocercose constituent un réel motif de fierté et méritent davantage de publicité et de considération de la part du reste du monde.

Certains objectifs intermédiaires peuvent être atteints plus facilement que d'autres. Par exemple, l'iodation universelle du sel est réalisable dans pratiquement tous les pays africains car les interventions nécessaires sont peu nombreuses et reposent essentiellement sur une réglementation nationale de la distribution, l'importation et l'exportation du sel iodé. Les récentes résolutions de l'OUA et de la CEDEAO sur l'iodation universelle du sel fournissent une bonne base d'actions communes pour les Ministères de la Santé, du Commerce et des Finances. L'UNICEF est prête à apporter son appui, si nécessaire.

D'un autre côté, la réalisation des objectifs relatifs à l'immunisation dépend de l'existence d'un système de santé opérationnel. Là où un tel système existe, les objectifs peuvent être atteints, surtout si quelques efforts supplémentaires sont consentis. Là où le système de santé est faible ou paralysé, cela représente une contrainte considérable. Plusieurs pays ont toutefois relevé le défi grâce à une redynamisation accélérée de leurs systèmes de santé, en s'efforçant d'égaliser au moins les taux de couverture vaccinale atteints en 1990.

L'expérience menée dans la Région avec l'Initiative de Bamako, conçue et adoptée il y a exactement sept ans par le présent Comité, est prometteuse. Elle montre que les systèmes de soins de santé primaires peuvent être revitalisés sur la base d'une cogestion et d'un cofinancement communautaire, ainsi que d'un renforcement des capacités de gestion des centres de santé. Dans les

pays de l'Afrique occidentale et centrale, deux mille centres au total ont été réorganisés dans cette optique. Dans les premiers pays qui ont commencé à appliquer l'Initiative de Bamako, plus de 80 % des centres de santé offrent actuellement un Paquet minimum de services de santé intégrés. Les taux de couverture vaccinale approchent les 80 % et continuent à grimper. Entre 70 et 80 % des centres de santé recouvrent au moins les coûts de fonctionnement local hormis les salaires. Maintenant, le défi à relever consiste à renforcer l'appui du niveau des districts, appui comprenant les soins de référence obstétricaux, chirurgicaux et médicaux.

L'expérience montre que l'implication des communautés locales est fondamentale pour une revitalisation effective des soins de santé primaires. Il doit y avoir, dans la gestion des centres de santé, une large participation qui entraîne un véritable engagement et un sentiment de propriété aussi bien dans la population qu'au sein du personnel médical. Cela nécessite, au niveau local, la transparence financière et l'autonomie, ainsi qu'une capacité à résoudre leurs problèmes. De plus, les centres doivent bénéficier d'un approvisionnement régulier et suffisant en médicaments essentiels et vaccins à bas prix ainsi que d'un appui en matière de gestion.

A ce jour, l'expérience enseigne aussi que l'Initiative de Bamako, non seulement permet d'atteindre un taux de couverture élevé en matière de vaccinations et d'autres interventions sanitaires essentielles, mais qu'elle entraîne aussi un important processus de renforcement des capacités et d'"empowerment" (c'est-à-dire l'aptitude à se prendre en charge et à résoudre ses problèmes de manière autonome) au niveau local. C'est sur cette base que l'UNICEF est en train de fournir un soutien actif à la revitalisation et au renforcement accélérés des réseaux de centres de soins de santé primaires, ce qui représente la stratégie centrale pour la réalisation des objectifs intermédiaires et ceux de l'an 2000. Ces objectifs ne requièrent pas uniquement des systèmes opérationnels pour fournir des soins maternels et infantiles de qualité, ils exigent aussi une amélioration des connaissances, puis un changement des comportements relatifs à la santé et à la nutrition (y compris une meilleure capacité de prise en charge) au sein de la population en général.

L'"empowerment" des femmes est une condition sine qua non pour améliorer la santé et promouvoir le développement. En leur qualité, non seulement de mères, mais aussi de productrices, de fournisseuses de nourriture, combustible et eau, de génératrices de revenus et d'actrices sociales, les femmes sont au coeur des changements dans la société. Dès lors, l'amélioration du statut des femmes constitue l'un des moyens les plus efficaces pour la promotion du bien-être des familles, aussi bien que pour la croissance économique, la réduction de la pauvreté et la limitation des naissances. Particulièrement en période de crise économique, les femmes jouent un rôle crucial en protégeant la santé et la survie des membres les plus vulnérables de la société.

Dans le même temps, la santé des femmes elles-mêmes est souvent fragilisée. Habituellement, dès l'âge de six ans, les filles commencent à assumer des responsabilités d'adultes, et dès la puberté, leur santé est menacée par les maladies sexuellement transmissibles y inclus le SIDA, les mutilations sexuelles, les mariages précoces, les grossesses prématurées et les avortements clandestins. Avec 700 morts pour 100 000 naissances vivantes, comparée à 20 pour les pays développés, la mortalité maternelle en Afrique sub-saharienne est deux fois plus élevée que dans les autres pays pauvres. Ces morts sont la conséquence de la malnutrition, de la pauvreté, de l'ignorance et de trop nombreuses grossesses aggravées par des soins obstétricaux inadéquats.

Des méthodes sûres et peu coûteuses de planification familiales existent, mais seulement 16 % des couples mariés en Afrique sub-saharienne pratiquent les méthodes modernes de contraception. Cependant l'allaitement maternel prolongé et les méthodes contraceptives traditionnelles sont très répandues. La croissance démographique en Afrique est la plus rapide du

monde : au rythme actuel, la population va probablement doubler dans moins de 25 ans, venant exercer une pression accrue sur des systèmes de santé et d'éducation déjà débordés. Avec une moyenne de six enfants par femme, les grossesses, les naissances et les soins infantiles représentent un lourd fardeau pour les femmes africaines, d'autant plus que 30 % des foyers ont maintenant une femme comme chef de famille. A cet effet, l'UNICEF donne de plus en plus d'attention à la promotion de la santé de la reproduction, y inclus la planification familiale, comme partie intégrante des soins de santé primaires.

En plus d'une santé précaire, beaucoup de femmes africaines souffrent de l'analphabétisme, or un facteur clé pour améliorer leur statut réside dans davantage d'éducation. L'éducation des filles et des femmes joue un rôle si important dans les progrès en matière de santé qu'il mérite de recevoir une attention particulière dans la mise au point des politiques de santé. L'UNICEF augmentera significativement son appui à l'éducation dans les années qui viennent.

L'efficacité, l'efficience et la viabilité des systèmes de soins de santé primaires reposent en grande partie sur des politiques sanitaires nationales et des systèmes de soutien adéquats. La décentralisation de la prise de décision, un approvisionnement satisfaisant en médicaments, ainsi que des infrastructures sanitaires et des financements adéquats revêtent une importance particulière. En étroite collaboration avec des agences comme l'OMS, la Banque mondiale et la Banque africaine de Développement, l'UNICEF s'implique de plus en plus dans la révision des politiques et des systèmes de santé aux niveaux national et régional. Après la récente dévaluation du franc CFA, l'UNICEF a travaillé avec plusieurs gouvernements pour trouver des réponses appropriées aux problèmes de santé soulevés par les changements intervenus dans l'environnement macro-économique.

Il semble qu'un consensus est en train de s'installer concernant les politiques et les stratégies de santé en Afrique. La récente publication de "Pour une meilleure Santé en Afrique" est le fruit d'un effort commun et d'une participation large aussi bien de la Région que des organisations internationales, et elle représente les vues non seulement de la Banque mondiale, mais aussi de l'OMS et de l'UNICEF. Il s'agit là d'une évolution prometteuse, qui crée une base solide pour les prochaines étapes, à savoir : l'élaboration de politiques efficaces centrées sur la population dans son ensemble, une utilisation plus efficace des ressources existantes, un accroissement de la participation populaire et une mobilisation du soutien de la communauté internationale. Dès lors, il sera possible de passer des mots aux actes et d'obtenir des résultats tangibles pour le bénéfice, particulièrement, des femmes et des enfants de la Région.

Je vous remercie.

**DISCOURS DE CLOTURE DU DR H. GODINHO GOMES,
MINISTRE DE LA SANTE DE GUINEE-BISSAU,
PRESIDENT DE LA QUARANTE-QUATRIEME SESSION
DU COMITE REGIONAL DE L'AFRIQUE¹**

Excellence Monsieur le Premier Ministre de la République du Congo,
Excellences Messieurs les Membres du Gouvernement,
Monsieur le Directeur régional de l'OMS,
Honorables Collègues, Messieurs les Ministres de la Santé,
Mesdames et Messieurs,

Les délibérations de la quarante-quatrième session du Comité régional pour l'Afrique de l'Organisation mondiale de la Santé, qui est en train de s'achever ont eu lieu à un moment à la fois particulièrement important et difficile pour l'Afrique. C'est pour nous une satisfaction et un plaisir d'accueillir en notre sein deux nouveaux membres, l'Afrique du Sud et l'Erythrée que nous saluons chaleureusement à nouveau et nous pouvons nous réjouir des progrès accomplis dans le processus de démocratisation fondé sur le pluralisme qui gagne du terrain dans notre continent et dont mon pays, la Guinée-Bissau, constitue un des plus récents exemples. Cependant, nous devons déplorer des catastrophes telles que celle du Rwanda, la persistance de guerres fratricides dévastant des pays frères comme l'Angola et le Libéria et par dessus tout les diverses situations d'instabilité dues à des causes sociales ou économiques, souvent d'origine extérieure, qui empêchent les pays touchés de participer à leur pleine capacité au processus de développement de l'Afrique subsaharienne.

Cette session du Comité régional restera dans l'histoire de notre Organisation comme la passation de témoin entre le mandat du Professeur Gottlieb Lobe Monekosso qui, pendant dix ans à la tête du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (OMS/AFRO), a mis en place un solide patrimoine qu'il nous laisse en héritage, et l'arrivée du Directeur régional désigné, le Dr Ebrahim Samba dont la formation et le curriculum vitae nous assurent de sa capacité à continuer l'oeuvre précieuse de l'Organisation.

Il a été dit ici que la vie n'est qu'une scène sur laquelle nous passons. Comme cela est vrai ! C'est une scène sur laquelle chaque homme joue son rôle dans la mesure de sa capacité et de son talent. Il est bien évident qu'aucune entreprise humaine ne peut se prévaloir de la perfection. Quoi qu'il en soit, le Professeur Gottlieb Lobe Monekosso nous a légué un héritage intellectuel extrêmement précieux, fruit de sa compétence et de son engagement vis-à-vis de l'Afrique et de ses valeurs pour résoudre les problèmes du continent, en tenant compte de la spécificité de l'Afrique.

Nous avons eu l'occasion de suivre l'évolution des idées du Dr Monekosso dans l'intérêt collectif de l'Organisation et des pays de la Région. Bien que de toute évidence tout le monde ne puisse pas être satisfait, je suis convaincu que le mandat du Directeur régional a été accompli avec une série d'actions de valeur, qui ont eu une utilité pratique pour notre Région et pour les autres. En réalité, en se fondant sur la Charte africaine de Développement sanitaire dont il a hérité de son prédécesseur et des expériences réelles qui ont eu lieu en Afrique et à l'étranger, le Dr Monekosso a présenté et a fait adopter par le Comité régional à Lusaka le Scénario de Développement sanitaire en Trois Phases, appelé maintenant Cadre africain de Développement sanitaire, qui a inspiré les réformes en cours dans les institutions, dans la gestion, dans le développement des ressources humaines dans la

¹ Document AFR/RC44/Conf.Doc./9.

plupart des pays de la Région. Une autre réalisation importante a été le programme de coopération technique entre les pays et l'Organisation, qui fait appel à un nouveau système de surveillance, l'AFROPOC, qui a permis aux Ministres de la Santé de participer de manière de plus en plus structurée à l'élaboration, à la budgétisation et à la mise en oeuvre des programmes arrêtés de coopération. Le programme régional a ainsi été enrichi dans le domaine technique, avec l'intégration de la santé mentale, de la santé bucco-dentaire, de la lutte contre le SIDA, de la législation sanitaire, du financement des soins de santé et de la réadaptation.

J'exprime certainement les sentiments de tout un chacun ici en vous disant en mon nom propre et au nom des pays que nous représentons : Bravo Professeur Monekosso pour les services dignes d'éloges que vous avez rendus à la Région africaine, pour votre efficacité et votre engagement à résoudre nos problèmes particuliers. Nous espérons Professeur Monekosso, comme on l'a déjà mentionné dans nos délibérations, que notre Organisation pourra continuer à tirer profit de votre sagesse et de votre expérience.

Au Directeur régional désigné, le Dr Ebrahim Samba, nous souhaitons plein succès dans la tâche difficile mais tout aussi stimulante qui l'attend. Nous sommes sûrs que grâce à votre intelligence, à votre sagesse, à vos qualités prouvées de bon gestionnaire, et grâce à la solidarité africaine envers tous, vous vous efforcerez de conduire dans un climat d'harmonie et de consensus le vaisseau difficile à diriger de la santé pour tous en Afrique.

Vous pouvez et devez compter sur nous tous car nous nous fierons tous à vous pour nous assurer que notre Organisation continue à naviguer vers le progrès.

Excellence Monsieur le Premier Ministre,
Mesdames et Messieurs,

Une condition essentielle pour mieux mettre en oeuvre et réussir les activités de notre Organisation régionale est le maintien de la paix dans nos pays. Nous demandons avec insistance une restauration rapide de la paix en Angola et au Mozambique afin que ces grands pays de langue portugaise puissent en fin de compte guérir les blessures occasionnées par leurs guerres fratricides et contribuer, à leur pleine capacité, aux progrès de l'Afrique.

Le rapport succinct du Directeur régional nous a donné une indication claire de la longue route déjà parcourue, à mesure que les divers thèmes discutés ont été intégrés dans les résolutions adoptées au cours de nos délibérations. Ces résolutions sont le reflet de nos préoccupations et de nos angoisses et nous indiquent la direction à suivre pour atteindre les objectifs fixés.

Nous sommes tous décidés à travailler à la mise en oeuvre des résolutions d'une telle importance. Grâce à cette action, nous apporterons notre meilleure contribution à l'amélioration de la situation sanitaire de nos pays.

Pendant nos délibérations, des discours ont été prononcés devant le Comité régional par l'OUA, la Banque mondiale, l'UNICEF qui reflètent la position de ces institutions en ce qui concerne les problèmes complexes de santé en Afrique et qui méritent de notre part une plus grande attention. Nous espérons que nous pourrions continuer à bénéficier du soutien de ces organisations et d'autres institutions qui s'activent à améliorer les conditions de vie de nos populations et en particulier leur santé.

Au nom de toutes les délégations présentes ici et en mon nom propre, permettez-moi de remercier Son Excellence le Premier Ministre de sa présence qui démontre l'importance que la République du Congo attache aux problèmes de santé et qui constituera une source précieuse d'inspiration pour nous tous. Monsieur le Premier Ministre, nous vous demandons de transmettre au Gouvernement et au peuple du Congo nos sentiments d'admiration et notre gratitude pour l'hospitalité dont nous avons été l'objet.

Je remercie personnellement tous ceux qui ont pris part à nos délibérations du soutien précieux qu'ils m'ont apporté et de l'honneur conféré à la Guinée-Bissau et aux pays de langue portugaise en général en m'élisant comme Président de la quarante-quatrième session du Comité régional de notre Organisation. Au nom de l'Angola, du Cap-Vert, de la Guinée-Bissau, du Mozambique, de Sao Tomé et Príncipe, merci beaucoup.

Je remercie spécialement mes collègues, les fonctionnaires du Bureau, qui ont partagé si aimablement avec moi la lourde tâche de diriger la quarante-quatrième session du Comité régional.

Enfin, une dernière chose et non des moindres : j'exprime mes remerciements aux membres du Secrétariat dont les visages me sont inconnus, à savoir aux membres du protocole, aux fonctionnaires chargés de l'information, aux traducteurs et interprètes, aux chauffeurs, au personnel de soutien dans son ensemble qui ont assuré des services discrets et efficaces sans lesquels notre travail aurait été beaucoup plus difficile.

Nous terminons cette quarante-quatrième session du Comité régional de l'Afrique avec la conviction que le combat pour la santé pour tous, bien que difficile, continuera si dans l'unité nous serrons les rangs autour de notre Organisation.

Merci beaucoup de votre patience et de votre aimable attention.

Many thanks !

Merci beaucoup !

Muito obrigada !

RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME ¹

OUVERTURE DE LA REUNION

1. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni à Brazzaville (Congo), du 2 au 6 septembre 1994. Le bureau suivant, élu le 8 septembre 1993 à Gaborone (Botswana), a été confirmé :

Président : Dr David Dofara (République centrafricaine)
Vice-Président : Dr M. O. George (Gambie)
Rapporteur : Dr M. N. Ntutumu (Guinée équatoriale)

2. La liste des participants figure à l'Appendice 1.

3. Le Dr. G. L. Monekosso, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, a souhaité aux participants la bienvenue au Djoué et a insisté sur les fonctions du Sous-Comité. Celui-ci, a-t-il déclaré, avait principalement pour tâche d'étudier le Budget Programme 1996-1997, c'est-à-dire le premier budget du Neuvième Programme général de Travail destiné à guider la coopération technique entre l'OMS et les Etats Membres de 1996 à 2001.

4. Le Directeur régional a également rappelé aux membres du Sous-Comité du Programme le double rôle qu'ils sont appelés à jouer en tant que techniciens et spécialistes de la gestion sanitaire. En qualité de techniciens, ils considéreront le travail effectué dans la Région dans des domaines importants comme la lutte contre le VIH/SIDA, l'éradication de la poliomyélite et de la dracunculose et l'élimination du tétanos néonatal. Ils examineront également les stratégies proposées en vue de réduire la mortalité maternelle et périnatale, de même que les troubles liés aux carences en micro-nutriments.

5. Le Directeur régional a invité les membres du Sous-Comité à tenir compte de l'intérêt collectif des pays de la Région africaine, en proposant des solutions à leurs problèmes et exprimé la certitude que des recommandations et des résolutions réalistes verront le jour, qui se traduiront en actions visant à fournir aux individus, aux familles et aux communautés un minimum de soins de santé de qualité.

6. Le Président a remercié le Directeur régional et son personnel de l'accueil chaleureux reçu par les délégués à leur arrivée.

7. Le programme de travail a été adopté à l'unanimité. Il figure dans l'Appendice 2.

8. Avant d'aborder l'analyse des prévisions budgétaires pour 1996-1997, les membres du Sous-Comité du Programme ont passé en revue la mise en oeuvre des programmes techniques soumis à rapport. Leurs observations et recommandations sont résumées dans les paragraphes ci-dessous.

¹ Document AFR/RC44/12.

TROISIEME SURVEILLANCE DE LA MISE EN OEUVRE DES STRATEGIES DE LA SANTE POUR TOUS D'ICI L'AN 2000 DANS LA REGION AFRICAINE
(document AFR/RC44/4)

9. Le rapport du Directeur régional (document AFR/RC44/4) a été présenté par le Dr. A. M. D'Almeida, du Secrétariat.
10. Le Sous-Comité a examiné le document et estimé que ce rapport constitue une contribution importante aux travaux du Comité régional, dans la mesure où il résume les contributions des Etats Membres et donne une rétro-information sur l'analyse de la situation sanitaire et des progrès accomplis dans la réalisation de l'objectif de la santé pour tous. Il a également estimé que ce rapport serait très utile au cours de l'examen du projet de budget programme.
11. Il a été fait spécialement référence au paragraphe 9 du rapport. Eu égard à la décision contenue dans la Déclaration d'Abuja adoptée en 1991, selon laquelle, en 1995, les pays devraient présenter un rapport sur les progrès réalisés dans la mise en oeuvre des mesures préconisées, il a paru nécessaire que les ministères de la santé réunissent cette information avant l'Assemblée des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'OUA, prévue pour 1995 à l'occasion de laquelle ils feront rapport sur les progrès réalisés dans leurs pays respectifs.
12. Le Sous-Comité n'a formulé aucun amendement et a, par conséquent, recommandé l'adoption du rapport par le Comité régional.

SITUATION NUTRITIONNELLE DANS LA REGION AFRICAINE
(document AFR/RC44/5)

13. Le document sur la situation nutritionnelle dans la Région africaine a été présenté par le Dr. M. R. Boal, du Secrétariat. Après avoir souligné que ce rapport visait à évaluer l'importance des problèmes de nutrition dans la Région et à proposer des stratégies pour s'y attaquer, le Dr Boal a rappelé que la malnutrition était l'une des causes majeures de morbidité et de mortalité chez les femmes enceintes et les enfants. Elle est provoquée par une multitude de facteurs, dont l'examen a conduit à établir une stratégie qui a été adoptée par les pays dans le cadre de la Conférence internationale sur la Nutrition. La malnutrition protéino-énergétique et les carences en micronutriments sont les principales formes de malnutrition. Les mesures prises pour prévenir la malnutrition sont axées sur la promotion de l'allaitement maternel et la réglementation de la commercialisation des substituts du lait maternel, l'administration de suppléments de fer et l'enrichissement des produits alimentaires, de même que l'emploi de sel iodé. Enfin, il importait de noter que les troubles nutritionnels liés aux modes de vie étaient en augmentation en raison de l'urbanisation croissante.
14. Le Sous-Comité du Programme a convenu qu'il était nécessaire de définir des directives novatrices destinées à améliorer les connaissances en matière de malnutrition et à promouvoir un régime alimentaire sain, en particulier, durant les périodes d'allaitement et de sevrage.
15. Au cours des discussions qui ont suivi, les membres du Sous-Comité ont fait observer que le nombre des enfants mis au monde par des accoucheuses traditionnelles représentait la moitié des naissances. L'initiative des hôpitaux "Amis des bébés", lancée par l'OMS/UNICEF devrait tenir compte de ce facteur et étendre ses activités par delà les hôpitaux jusqu'aux communautés elles-mêmes. Les participants ont demandé que cette préoccupation soit incluse dans la résolution.

16. Reconnaissant que des progrès considérables avaient été accomplis dans le domaine des carences en micro-nutriments, les membres du Sous-Comité ont sollicité le soutien du Bureau régional pour imaginer des méthodes simples qui pourraient être utilisées dans la communauté, non seulement pour prévenir, mais aussi pour détecter ces carences. A cet égard, il a semblé que l'OMS pouvait tester des technologies appropriées susceptibles d'être mises à la disposition des pays dans un très proche avenir. Les membres du Sous-Comité ont également parlé des difficultés rencontrées dans la réalisation de l'objectif fixé en matière d'iodation du sel. Ces difficultés tiennent notamment au fait que l'iodation du sel, au moins dans le cas des pays importateurs, comporte des implications tant nationales que régionales. Par ailleurs, sa mise en oeuvre pose des problèmes technologiques et législatifs, pour lesquels les pays n'ont pas toujours de solution. On a rappelé que les technologies s'étaient améliorées à présent et devraient permettre à tous les pays, y compris les pays non producteurs, de produire du sel iodé. De plus, de nombreuses réunions ont été organisées entre importateurs et exportateurs pour tenter de résoudre les problèmes régionaux. A cette fin, les membres du Sous-Comité du Programme ont noté que l'adoption d'une législation appropriée constituait une priorité. Ils ont demandé que le Bureau régional aide les Etats Membres à mettre en oeuvre leur politique d'iodation du sel et à rédiger la législation appropriée.

17. Le Sous-Comité a mis l'accent sur le fait que les affections nutritionnelles liées aux modes de vie étaient en augmentation dans les pays. De toute évidence, une action rapide s'imposait. Toutefois, celle-ci posait le problème des ressources budgétaires requises, d'une part, et celui d'une meilleure compréhension du profil épidémiologique de ces affections, d'autre part. C'est pourquoi les membres du Sous-Comité ont sollicité le soutien du Bureau régional pour aider les pays à déterminer l'importance de ces maladies en tant que problème de santé publique. Ce soutien n'aura son effet complet que s'il s'accompagne d'une étroite coopération entre les responsables nationaux concernés et le Bureau régional. Cette question a été jugée suffisamment importante pour être incluse dans la résolution.

18. Une autre question examinée a été le rôle de l'OMS vis-à-vis des effets néfastes sur l'état de santé, et en particulier sur l'état nutritionnel des populations victimes de conflits civils et d'autres bouleversements sociaux auxquels sont soumis bon nombre de pays de la Région. On a fait remarquer que, dans ce type de situation, les problèmes de nutrition ne devaient pas être considérés isolément, mais dans le contexte de la situation d'urgence globale.

19. Le rapport du Directeur régional a été adopté.

SITUATION ACTUELLE DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA DANS LA REGION AFRICAINE (document AFR/RC44/6)

20. Le document sur la situation actuelle de la lutte contre le SIDA dans la Région africaine AFR/RC44/6 a été présenté par le Dr P. O. Fasan, du Secrétariat. Il décrit la situation actuelle des activités de lutte contre le SIDA menées dans la Région africaine. La lutte contre le SIDA a été régionalisée dans 43 pays. Le programme de l'Ouganda sera régionalisé ultérieurement dans le cours de l'année 1994.

21. Le rapport a mis en lumière les progrès accomplis par les Etats Membres dans la mise en oeuvre des lignes de force du programme, en particulier, l'information, l'éducation pour la santé et la communication (IEC), la mobilisation des femmes et l'intégration des activités de lutte contre le VIH/SIDA et les MST.

22. Des informations ont été données dans le rapport sur les carences générales sur le plan de la mise en oeuvre des stratégies relatives à la sécurité du sang et des produits sanguins, ainsi que dans la surveillance épidémiologique et la qualité de la notification. Des problèmes de gestion et de financement du programme ont été également soulevés.

23. Au cours de la discussion qui a suivi, le Sous-Comité a félicité le Directeur régional de son rapport et fait part des préoccupations principales suivantes.

Financement et gestion du programme

24. Le Sous-Comité a noté que les programmes d'ajustement structurel avaient une influence défavorable sur la capacité des pays à lutter contre le SIDA et à assurer la rémunération adéquate du personnel chargé de cette lutte. La nécessité d'une action plus énergique de la part de l'OMS pour mobiliser davantage de fonds extérieurs a été exprimée.

25. Il a été constaté que la responsabilité de la lutte contre le SIDA incombe aux pays membres qui devraient assumer la gestion complète de leur programme national. Les objectifs des programmes de lutte contre le SIDA doivent être spécifiques et clairement définis. En vue d'atteindre de bons résultats du programme de lutte contre le SIDA, les Ministères de la Santé devraient prendre en compte dans la sélection du directeur du programme national non seulement les capacités managériales mais aussi l'intérêt que ce dernier a pour cette lutte. L'OMS collaborera étroitement avec les pays pour renforcer la gestion et pourrait considérer au cas par cas l'inclusion des administrateurs des programmes de lutte contre le SIDA dans les équipes OMS-Pays. Les pays devraient prêter davantage attention à la mobilisation de ressources pour la lutte contre le SIDA au niveau du district et utiliser les fonds accordés par les donateurs pour des interventions surtout et non pour des indemnités au personnel.

Sécurité du sang et des produits sanguins

26. Le Sous-Comité a noté que les statistiques relatives à la sécurité des services de transfusion sanguine dans les pays membres étaient très préoccupantes et qu'un projet de résolution approprié devrait être soumis aux Ministres de la Santé.

27. Le Sous-Comité a été informé des contributions du Bureau régional en faveur de la formation et du recyclage du personnel de transfusion sanguine, ainsi que de la mobilisation de fonds extérieurs pour le développement d'unités de transfusion sanguine dans les hôpitaux de district. Le service national de transfusion sanguine d'un pays membre a été reconnu comme centre collaborateur pour la formation, la production de réactifs et la maintenance de l'équipement.

28. Le Sous-Comité s'est félicité de la participation des ONG aux efforts déployés en vue de prévenir la transmission croissante du SIDA au niveau des villages.

29. Le rapport du Directeur régional a été adopté.

STRATEGIE REGIONALE EN VUE D'ACCELERER LA REDUCTION DE LA MORTALITE MATERNELLE ET NEONATALE DANS LA REGION AFRICAINE (document AFR/RC44/7)

30. La stratégie régionale en vue d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale dans la Région africaine (document AFR/RC44/7, présenté par le Dr. M.R. Boal, du Secrétariat) a souligné l'existence de taux inacceptables de mortalité maternelle et néonatale, en dépit des efforts accomplis par les Etats Membres et du soutien technique et financier fourni par la communauté internationale.
31. Les principales causes de cette situation sont le faible statut socio-économique des femmes, l'inadéquation de la couverture et la mauvaise qualité des services, aggravés par la précarité ou le manque d'accès aux soins d'urgence au premier niveau d'orientation/recours, en particulier, en zone rurale.
32. Les mesures prises par l'OMS pour contribuer à l'amélioration de la situation comprenaient la nomination d'experts nationaux en santé maternelle et infantile en qualité de membres de l'équipe OMS-pays, la création du Centre régional de Formation et de Recherche en Santé de la Famille et la mise en oeuvre de l'initiative pour la maternité sans risque, en collaboration avec le Siège de l'Organisation.
33. La stratégie basée sur les interventions minimales destinées à améliorer la qualité des soins dispensés aux mères et aux nouveau-nés au niveau du district a été pleinement explicitée dans les objectifs et les activités envisagées pour les différentes phases du cycle de la reproduction, de même que les problèmes relatifs au transfert des cas d'urgence aux niveaux d'orientation/recours appropriés.
34. Durant l'examen du document, les membres du Sous-Comité se sont concentrés précisément sur l'importance de la planification familiale, la facilité des communications et des transports en cas d'urgence, les données statistiques et la formation des accoucheuses traditionnelles.
35. En ce qui concerne les méthodes de contraception, on a précisé qu'elles avaient été incluses dans une série d'activités visant à réduire la mortalité maternelle et périnatale.
36. En ce qui concerne les urgences, il a été déclaré qu'il y avait grand besoin d'inclure le secteur de la santé dans le processus de développement socio-économique national, afin de faire en sorte que les établissements de santé profitent des avantages des réseaux de communication et de transports planifiés.
37. L'importance des données statistiques a été mentionnée en fonction du choix de données minimum nécessaires à la poursuite et à l'évaluation des programmes, y compris la prise de décisions aux niveaux appropriés.
38. La formation des accoucheuses traditionnelles a fait l'objet d'une attention particulière de la part des membres du Sous-Comité, car celles-ci sont souvent le seul recours dont on dispose dans certaines régions. Il a été également fait mention d'expériences se rapportant à la formation d'infirmières, de sages-femmes et d'autres professionnels de la santé, pour s'occuper des situations d'urgence dans divers pays de la Région. L'OMS/AFRO et une ONG avaient procédé à une consultation conjointe sur ce thème en février 1994 au Malawi.

39. Le Centre régional de Formation et de Recherche sur la Santé familiale, de Kigali, a été responsable de l'organisation de cours destinés à répondre aux préoccupations exprimées.

40. Le rapport du Directeur régional a été adopté.

RAPPORT D'ACTIVITES DU PROGRAMME DE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTE
(document AFR/RC44/8)

41. Ce document a été présenté au Sous-Comité par le Dr. E. Lambo, du Secrétariat. Dans sa présentation, celui-ci a rappelé au Sous-Comité qu'après l'adoption de la résolution AFR/RC41/R10 sur la mise en oeuvre du Programme de Financement des Soins de Santé (HECAFIP) au cours de la quarante et unième session du Comité régional en 1991, le Directeur régional avait soumis des rapports à la quarante-deuxième et à la quarante-troisième sessions du Comité. Il a ajouté que le document était destiné à fournir des données actualisées sur la mise en oeuvre du programme axé sur les pays.

42. Il a souligné que le financement des services de santé de qualité et facilement accessibles restait un problème majeur dans tous les pays de la Région et que les Etats Membres devaient entreprendre des réformes en vue d'un financement approprié des soins de santé, pour promouvoir l'équité.

43. Il a fait savoir au Comité qu'en plus des capacités existantes au niveau régional et au sein des pays, le Bureau régional était en train de renforcer ses capacités au niveau sous-régional, de manière qu'une assistance technique rapide et appropriée puisse être accordée aux pays membres dans le cadre de leurs efforts entrepris pour procéder à un examen partiel ou étendu du financement de leurs services de santé. Finalement, il a invité les Etats Membres à tirer parti des derniers efforts accomplis par le Bureau régional pour les aider à mettre en place des structures pour le financement de services de santé de qualité.

44. Les membres du Sous-Comité du Programme se sont félicités du rapport tel que contenu dans le document et ont remercié le Directeur régional pour la conception et la mise en oeuvre d'un programme axé sur les pays, qui a accru l'attention accordée au financement des soins de santé, non seulement par les communautés et les autorités nationales de santé, mais aussi par les partenaires extérieurs, en particulier les organismes de développement comme la Banque mondiale.

45. Ils ont fait observer que, bien que la crise économique figure parmi les causes du problème du financement des services de santé dans la Région, la dévaluation qui fut partie intégrante des réformes économiques adoptées par les Etats Membres pour lutter contre la crise, avait aggravé le problème dans certains pays.

46. Ils ont pris note des progrès réalisés dans l'élargissement du champ de mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako dans bon nombre de pays et ont félicité l'OMS et l'UNICEF pour leurs efforts.

47. Les membres du Sous-Comité ont exprimé la nécessité pour le Bureau régional de poursuivre son soutien technique sur le plan des réformes et/ou des initiatives relatives au financement des soins de santé dans les Etats Membres. En particulier, ils ont demandé au Bureau régional de diffuser l'information appropriée aux Etats Membres; d'organiser des ateliers nationaux ou sous-régionaux à l'intention des fonctionnaires, non seulement du Ministère de la Santé, mais aussi d'autres ministères, comme ceux de la planification, des finances, des affaires économiques, du développement et du

budget pour les amener à apprécier le rôle de la santé dans le processus de développement; de fournir des directives sur les alternatives pour le financement des soins de santé; et de les aider à surveiller et évaluer l'impact des systèmes de financement de la santé à assise communautaire, comme l'Initiative de Bamako.

48. Le rapport du Directeur régional a été adopté.

PROJET DE BUDGET PROGRAMME 1996-1997 (document AFR/RC44/2)

INTRODUCTION

Présentation

49. M. Donald E. Miller, du Secrétariat, a présenté le document AFR/RC44/2 "Projet de Budget Programme 1996-1997" au nom du Directeur régional. Ce document traduit la priorité accordée aux activités menées au niveau pays. La prépondérance des activités menées au niveau des pays et au niveau interpays se manifeste par le fait que ces deux groupes d'activités représentent, ensemble, 78 % du budget.

50. Ce budget est le premier du Neuvième Programme général de Travail 1996-2001. L'attention du Sous-Comité a donc été appelée sur la nouvelle liste ordonnée des programmes qui servira de base à la coopération technique de l'OMS avec les pays entre 1996-2001. Cette liste comporte des modifications par rapport à celle du Huitième Programme général de Travail.

51. L'ensemble du budget régional s'élève à US \$154 310 000, dont US \$88 375 000, soit 57,27 %, sont consacrés aux activités au niveau des pays. Exprimé en dollars des Etats-Unis d'Amérique, ce budget est le même que celui de 1994-1995. Compte tenu de l'accroissement des coûts intervenu depuis l'élaboration du précédent budget, ce chiffre représente une diminution en termes réels ou une croissance négative. Des crédits supplémentaires seront accordés par le Siège pour couvrir l'inflation et l'accroissement des coûts lors de la consolidation des budgets de toutes les Régions. Ces crédits supplémentaires nous permettront de passer d'une croissance négative à une croissance zéro, ce qui entraîne une nette limitation des nouvelles activités.

52. On a utilisé le même taux de change pour l'élaboration du budget programme 1996-1997 que pour le budget approuvé de 1994-1995, à savoir FCFA 296 pour un dollar des Etats-Unis d'Amérique. Mais le Directeur général reverra les taux de change utilisés dans tous les budgets régionaux peu avant la présentation du budget global à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 1995 et décidera s'il y a lieu de faire des modifications.

53. Le budget tient compte de la nécessité d'appuyer les différentes composantes de la stratégie de la santé pour tous et de contraintes budgétaires actuelles. Il cite comme priorités régionales **la survie de l'enfant, la maternité sans risque et le maintien d'une main-d'oeuvre en bonne santé**. Les activités de coopération de l'OMS viseront à promouvoir la politique de chaque pays disposant d'un **paquet minimum** de services de santé soigneusement définis dans chaque district pour la mise en oeuvre des soins de santé primaires.

Analyse du Programme régional

54. La présentation du Projet de Budget Programme 1996-1997 a permis de constater que le Programme régional repose sur le choix des activités de coopération technique fait par les pays. Les

montants affectés aux divers programmes correspondent, dans une large mesure, à la somme des choix faits par les pays eux-mêmes sur la meilleure manière d'utiliser les ressources techniques de l'OMS, dans le cadre général de leur coopération technique avec tous les partenaires.

55. Toute augmentation ou diminution constatée dans le financement d'un programme donné par rapport à l'exercice précédent correspond très probablement au nombre plus ou moins grand de pays qui ont affecté des crédits plus ou moins importants à ce programme dans le budget qui leur est alloué.

56. Le Directeur régional est intervenu pour rappeler aux membres du Sous-Comité du Programme que ce document n'est qu'un projet qui peut être modifié à la lumière de leurs recommandations.

57. La liste ordonnée des Programmes diffère de celle qui a été utilisée pour les Septième et Huitième Programmes généraux de Travail. Mais ces programmes sont regroupés selon la structure actuelle du Bureau régional, ce qui facilitera la mise en oeuvre coordonnée des activités.

58. On a particulièrement appelé l'attention sur le Paquet minimum de services à assurer au niveau du district. C'est à la fois une philosophie et une politique qui doivent guider l'examen de l'ensemble du budget et des programmes qui le composent.

59. Le Sous-Comité a procédé à un examen critique détaillé de l'ensemble du budget et des différents programmes qui le composent. Des explications lui ont été données sur les augmentations et les diminutions constatées dans les crédits destinés aux divers programmes au titre du budget 1996-1997 par rapport au budget 1994-1995.

60. On a appelé l'attention sur la nécessité d'indiquer les ressources disponibles pour chaque programme, même si les prévisions budgétaires sont, en fait, incluses dans un autre programme, ces indications devant être faites de manière à éviter une double comptabilité.

61. Les problèmes suivants ont été débattus au cours de l'examen du Projet de Budget Programme.

NOTES EXPLICATIVES ET INTRODUCTION

62. Des explications ont été données sur le nouveau format des tableaux budgétaires à la fin de chaque programme.

63. Le Sous-Comité a exprimé sa satisfaction de la nouvelle tendance qui consiste à affecter l'essentiel des fonds aux niveaux pays et interpays plutôt qu'au niveau régional. Mais il faut veiller à ce que cela n'entraîne pas une baisse de la qualité des services assurés par le Bureau régional. Le nombre de postes sera-t-il réduit ?

64. La réponse a été que le Bureau régional orientera son action vers des activités interpays de coopération technique entre pays en développement (CTPD). Ce changement d'orientation dans l'affectation des ressources n'a donc pas pour but de réduire l'efficacité du Bureau régional. Davantage de travail se fera au niveau des bureaux locaux et interpays, tandis que les crédits affectés aux Bureaux des Représentants seront mieux contrôlés.

65. On a évoqué la nécessité d'indiquer les ressources extrabudgétaires disponibles pour chaque programme. L'une des ambitions de l'OMS est de recenser toutes les ressources disponibles pour la santé dans chaque pays. Les Ministères de la Santé devraient élaborer un budget couvrant l'ensemble du programme sanitaire. Les parties du programme qui ne peuvent pas être prises en charge par les

Ministères des Finances peuvent alors être présentées à la communauté des bailleurs de fonds. Ce système permet d'avoir des documents sur tous les fonds extrabudgétaires. Actuellement, c'est au Ministère du Plan qu'on peut trouver des informations sur tous les partenaires.

ANALYSE DU BUDGET, PROGRAMME PAR PROGRAMME

66. Le Sous-Comité du Programme a commenté les programmes suivants :

Direction, Coordination et Gestion

Programme 1.1.3 : Comité régional

67. Le Sous-Comité a noté que ce programme, bien qu'inscrit au budget du Bureau régional, constitue en fait une activité des différents Etats Membres. Le budget a été jugé adéquat pour les activités adoptées.

Programme 1.2.1 : Direction générale

68. Le Sous-Comité du Programme a estimé que le budget reflétait la nécessité d'une planification, d'une coordination et d'une évaluation du programme régional tel qu'il a été soumis.

Programme 1.2.2 : Développement et direction des programmes de l'OMS

69. Le Sous-Comité a estimé que le développement, dans les pays, de programmes de santé adéquats qui abordent les problèmes de politique, la formation des personnels et la mise en oeuvre du Paquet minimum "Santé pour tous" au niveau du district, revêt une importance capitale dans la Région. Le Sous-Comité du Programme a estimé que les allocations budgétaires étaient satisfaisantes dans le contexte actuel.

Programme 1.2.3 : Programme du Directeur régional pour le Développement

70. Le principe qui consiste à avoir des fonds à mettre à la disposition des pays pour des innovations programmatiques ou des interventions immédiates dans les situations d'urgence, a été accueilli avec satisfaction par le Sous-Comité du Programme. Les crédits budgétaires ont été jugés adéquats.

Programme 1.3.2 : Mobilisation de ressources

71. La nécessité de disposer d'un chiffre budgétaire pour la mobilisation des ressources correspondant aux activités du programme a été soulignée.

Elaboration de la politique de la santé pour tous

Programme 2.1.1 : Développement sanitaire et socio économique

72. Le Dr E. Lambo, du Secrétariat, a présenté cet aspect du Budget Programme. Il a souligné l'importance de ce programme dans le contexte du Neuvième Programme général de Travail et il en a résumé les principaux objectifs et les principales activités.

73. Tout en notant l'importance du programme, les membres du Sous-Comité se sont demandés pourquoi le budget prévu pour sa mise en oeuvre n'était nulle part indiqué.

74. Le Secrétariat a expliqué que ce budget (et, en particulier le coût du fonctionnaire régional qui serait le point focal du programme) figurait ailleurs dans le projet de budget programme pour la période 1996-1997. Les membres du Sous-Comité ont convenu de la nécessité de mentionner clairement les crédits prévus pour cette importante activité, si l'on voulait s'assurer de sa bonne exécution.

Programme 2.2.1 : Appui au développement et à la gestion des programmes des pays

75. La gestion des programmes de coopération technique avec les Etats Membres et l'octroi d'un soutien logistique adéquat ont été considérés comme constituant l'un des programmes les plus utiles du Bureau régional. Les crédits budgétaires ont été estimés adéquats par le Sous-Comité du Programme.

Programme 2.2.2 : Aide d'urgence et Action humanitaire

76. La question du rôle de l'OMS face aux catastrophes a été discutée. Il a été retenu que l'OMS doit jouer un rôle majeur dans les situations d'urgence en fournissant une assistance technique et normative dans le domaine de la santé. Les fonds octroyés par l'OMS pour les premiers secours sont destinés à inciter les donateurs à fournir une aide d'urgence plus substantielle.

77. Il serait nécessaire de faire figurer dans le budget les fonds extrabudgétaires alloués pour les activités liées aux urgences; un effort sera fait pour tenir compte de cette remarque dans la présentation du document final. Il est aussi indispensable de privilégier l'approche interpays face aux catastrophes qui affectent souvent plusieurs pays voisins.

78. A ce niveau interpays, US \$400 000 sont réservés pour cette activité sur les fonds du Directeur régional. Par ailleurs, un seul pays a fait des provisions budgétaires (US \$50 000) pour financer des activités de ce programme. Néanmoins, on a fait remarquer que des fonds destinés aux secours d'urgence figurent à d'autres rubriques du budget programme.

79. Le Centre panafricain d'Addis Abeba ne joue pas le rôle qu'on attend de lui dans les domaines de la formation. Ce centre a néanmoins mené certaines activités, mais il est nécessaire de le réactiver et de redéfinir son rôle.

80. Les pays souhaitent recevoir de l'OMS un appui pour la formation relative à la préparation aux situations d'urgence; un des objectifs de ces formations serait d'aboutir à des plans opérationnels de préparation aux situations d'urgence.

81. Au niveau du Bureau régional, des structures ont été mises en place pour améliorer l'efficacité des réponses aux urgences. D'autre part, lorsqu'une catastrophe survient, le Directeur régional donne lui-même ses directives en impliquant les différents programmes d'AFRO. Le Directeur régional a également souhaité la création d'un Corps de la Paix africain, destiné à porter secours aux pays de la Région africaine, victimes de catastrophe.

Programme 2.3 : Appréciation de la situation sanitaire et de ses tendances

82. Le Sous-Comité du Programme a constaté que ce programme répondait à la nécessité d'une coopération technique avec les Etats Membres dans le domaine de l'analyse de la situation épidémiologique et dans celui de l'appui à l'information pour la gestion des systèmes de santé et le

processus décisionnel. En ce qui concerne l'information, il a recommandé de considérer, non seulement celle liée à la santé, mais aussi celle relative à la gestion (du personnel et de l'équipement, de la supervision, etc.).

83. Les ressources budgétaires à allouer, telles que proposées, résultent, d'une part, d'une augmentation du nombre de pays adoptant le programme en tant que priorité et, d'autre part, de la décision des pays de réduire le budget pour le recrutement du personnel international au niveau des pays.

Programme 2.4 : Coordination des politiques et des stratégies de la recherche

84. Le Sous-Comité du Programme a estimé que la mise en oeuvre de la recherche essentielle en santé dans les pays et la formation requise à cette fin étaient importantes pour atteindre nos objectifs de la santé pour tous. Le budget a été approuvé.

Programme 2.5.1 : Information du public

85. Le Sous-Comité du Programme a approuvé le budget, en reconnaissant l'importance de l'information du public à l'appui des programmes de santé.

Programme 2.5.2 : Appui au plan de l'information sanitaire et biomédicale

86. Le Sous-Comité du Programme a admis la nécessité d'avoir des éditeurs dans les trois langues officielles. Il a insisté sur le fait qu'il importait de contenir les coûts de production de documents. Le Secrétariat a informé le Sous-Comité des efforts entrepris en vue de produire des documents plus concis, afin d'endiguer les coûts. Le budget a été approuvé.

Développement des systèmes de santé

Programme 3.2 : Ressources humaines pour la santé

87. La formation des différentes catégories de personnels de santé, même si elle ne se reflétait pas dans le budget, est une approche intégrée dans tous les autres programmes composant le Développement des systèmes de santé. Le personnel de soins infirmiers et obstétricaux représentant 85 % de l'équipe de santé, des fonds devraient être disponibles pour assurer leur formation continue. Le programme s'est conformé aux décisions des Organes directeurs de l'OMS donnant la préférence à la formation dans la Région, tout en laissant un certain degré de souplesse permettant de résoudre certains cas particuliers. Il a été noté que les conditions d'admission dans les établissements de formation de la Région étaient plutôt sévères pour certains pays, amenant ceux-ci à rechercher pour leurs étudiants des placements ailleurs, dans des établissements plus coûteux. L'OMS s'efforce d'identifier dans la Région des programmes valables de formation en santé publique moins onéreux que ceux des pays occidentaux.

Programme 3.4.1 : Qualité des soins

88. Les cibles fixées pour ce nouveau programme ont paru plutôt difficiles à atteindre d'ici à 1997. Cependant, comme certains pays avaient déjà entrepris de mettre en oeuvre des programmes en faveur de la qualité des soins, on a estimé que ces cibles étaient réalistes.

Programme 3.4.3 : Qualité, sécurité et efficacité des médicaments et des produits biologiques

89. Le Sous-Comité du Programme a soulevé une question portant sur le contrôle de la qualité des médicaments. Les Etats Membres ont été informés de la création, avec l'assistance de l'OMS, d'un laboratoire régional de contrôle de la qualité des médicaments dans quatre pays : le Cameroun, le Ghana, le Niger et le Zimbabwe. Lors d'une réunion qui s'est tenue au Niger, en 1993, un plan d'action a été mis en place, offrant à ces quatre laboratoires les moyens nécessaires pour analyser chacun 100 échantillons de médicaments, d'ici à la fin de l'année 1995. Ce plan sera consolidé et des fonds seront constitués à l'occasion d'une réunion sur le contrôle de la qualité, qui se tiendra au Bureau régional de l'Afrique, en octobre 1994. La diminution du budget de pays tient au fait que les pays n'ont pas alloué de fonds à ce programme.

Programme 3.4.4 : Médecine traditionnelle

90. Le Sous-Comité du Programme a pris note de la sensibilisation à la médecine traditionnelle, que reflète l'augmentation du budget des pays.

Protection et promotion de la santé***Programme 4.1.1 : Santé de la mère et de l'enfant et planification familiale***

91. Le Sous-Comité du Programme a constaté avec inquiétude que le Projet de Budget Programme ne reflétait pas l'importance du programme, car il ne prévoyait pas de fonds pour le niveau régional. Il a été précisé que ce budget traduisait la décentralisation de la gestion du programme, dans lequel les activités de niveau régional sont menées à bien dans les pays ou dans des groupes de pays sur des fonds inscrits au budget des activités interpays.

92. Les membres du Sous-Comité du Programme ont été informés que le programme intitulé "Les femmes, la santé et le développement", antérieurement inscrit au programme intitulé "Santé de la mère et de l'enfant et planification familiale", constituerait désormais un programme à part, doté d'un budget propre prélevé sur les fonds actuellement attribués au programme 4.1.1.

Programme 4.1.2 : Santé des adolescents

93. Le Sous-Comité a estimé que ce programme est trop axé sur la santé de la reproduction et la sexualité des adolescents. Même si les directives du Siège de l'Organisation privilégient cette orientation, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique devrait élargir la portée du programme de manière à y faire figurer d'autres questions également importantes pour la santé de ce groupe de la population, comme la santé mentale, la consommation d'alcool, l'abus des drogues, la délinquance, etc.

Programme 4.1.4 : Santé des personnes âgées

94. Le Sous-Comité du Programme a fait observer que le programme devait inclure non seulement le secteur de la santé, mais aussi les autres secteurs participant à la protection des personnes âgées.

95. Vu l'importance du programme et étant donné qu'aucun pays n'avait prévu de lui allouer des fonds, il a été décidé que les Représentants de l'OMS profiteraient de leur présence au Comité régional pour persuader les autorités locales d'attribuer des ressources à ce type d'activités. Le

Directeur régional a déclaré, que si tel était le cas, le Bureau régional pourrait envisager d'inscrire des fonds supplémentaires au présent budget interpays, afin de stimuler et d'appuyer les activités nationales.

Programme 4.2 : Santé mentale

96. La possibilité d'une fusion du programme de la santé mentale (4.2) et du programme de lutte contre les toxicomanies a été examinée. En fin de compte, le Sous-Comité a convenu d'appuyer les propositions visant à laisser la santé mentale à part, afin qu'aucun des deux programmes n'occulte l'autre. Cela facilitera également la recherche de fonds extrabudgétaires pour le programme sur les toxicomanies. Néanmoins, les activités de ces deux programmes devront être étroitement coordonnées par un conseiller régional et être intégrées au niveau des pays.

Programme 4.3.1 : Education pour la santé

97. Le Sous-Comité du Programme, après examen de ce programme, a réaffirmé l'importance de l'éducation pour la santé dans la lutte contre la maladie et la promotion de la santé en général.

98. Par ailleurs, le Sous-Comité a mentionné le fait que sur le terrain on constate que de plus en plus de personnes et d'organisations non gouvernementales s'intéressent aux activités d'IEC. Certaines personnes se proclament spécialistes en IEC alors qu'elles n'ont aucune formation en la matière. Il s'agit là d'un problème auquel il faut apporter des solutions au niveau de chaque pays afin d'éviter que des messages contradictoires soient diffusés à l'endroit du public.

99. En ce qui concerne le budget de ce programme, le Bureau régional ne semble pas avoir prévu de fonds pour la mise en oeuvre d'activités interpays.

100. Le Sous-Comité a été informé que le financement des activités interpays est intégré dans celui du programme 2.5.1. L'éducation pour la santé est en effet la seconde composante de l'unité information et éducation du public. Les membres du Sous-Comité ont pris note de la clarification, mais ont souhaité que le Tableau 4.3.1 de la page 354 présente les fonds prévus pour les activités interpays.

Programme 4.3.3 : Santé bucco-dentaire

101. Le Sous-Comité du Programme a fait observer que les pays sont maintenant plus nombreux à allouer des fonds à la santé bucco-dentaire et il a invité le Secrétariat à accorder davantage d'attention à ce domaine important. La santé bucco-dentaire est, dans la Région, un problème de santé publique important, qui est conditionné par les modes de vie. Les activités devront donc viser à accroître la sensibilisation et à promouvoir la santé bucco-dentaire, ainsi qu'à prévenir les affections bucco-dentaires. Le coût du traitement rend cela nécessaire.

102. Sachant qu'un document d'information (AFR/RC44/INF.DOC.3) sur la santé bucco-dentaire était disponible, le Sous-Comité a suggéré qu'un projet de résolution soit soumis pour examen au Comité régional, même si, habituellement, les documents d'information ne comportent pas de résolutions. Il a donc été demandé au Secrétariat de préparer un projet de résolution qui a été adopté pour être soumis au Comité régional.

Programme 4.4.2 : Salubrité des aliments

103. S'agissant du programme sur la salubrité des aliments, on a fait remarquer que la question devrait faire l'objet d'une plus grande attention de la part des pays de la Région, encore que certains d'entre eux lui consacrent déjà des ressources substantielles, en raison de l'existence de sources de financement venant en complément de celles de l'OMS. La situation s'est, en effet, détériorée, du fait de l'urbanisation croissante qui entraîne l'augmentation de la vente d'aliments sur la voie publique. Les maladies dues à l'ingestion d'aliments contaminés sont également devenues de plus en plus fréquentes et peuvent avoir pour effet d'aggraver certaines affections : c'est le cas, par exemple, des infections mycosiques d'origine alimentaire observées chez les malades du SIDA.

Programme 4.5.1 : Approvisionnement en eau et assainissement

104. Le Sous-Comité du Programme a insisté sur le fait que l'approvisionnement en eau et l'assainissement demeurent un défi majeur pour la Région africaine, bien que de nombreux pays aient fait preuve d'un soutien continu à ce programme. Si l'on compare les ressources pour ces deux composantes, celles mobilisées pour l'approvisionnement en eau, auprès des organismes de soutien extérieurs, dépassent de loin les ressources allouées à l'assainissement, en particulier dans les pays où l'éradication de la dracunculose (maladie du ver de Guinée) progresse de manière satisfaisante. On a appelé à un soutien accru en faveur de l'assainissement, de la part des organismes bilatéraux et multilatéraux ainsi que de la part du Bureau de l'OMS pour l'Afrique.

105. Il a été mentionné qu'un document d'information sur l'"Initiative AFRIQUE 2000" serait distribué au cours du Comité régional et que cette initiative serait officiellement lancée à cette occasion, par une importante personnalité africaine.

106. La situation tragique à laquelle on a récemment assisté à Goma parmi les réfugiés rwandais, de même que les flambées de choléra dans différentes parties de la Région, soulignent la nécessité d'interventions plus agressives et plus complètes pour traiter le problème.

Programme 4.5.2 : Evaluation et maîtrise des risques liés à l'environnement

107. On a fait remarquer que le domaine visé par ce programme attirait de plus en plus l'attention. Le Sous-Comité du Programme a exprimé sa satisfaction de voir que des fonds étaient prévus pour des activités au niveau des pays et inter pays qui devraient servir de catalyseur.

Lutte contre la maladie et les incapacités**Programme 5.1 : Vaccins et vaccination, y compris l'éradication de la poliomyélite**

108. Le Sous-Comité a reconnu que le programme de vaccination reste prioritaire dans la Région africaine, du fait de l'importance encore considérable des cas de décès dus aux maladies cibles d'une part et des bénéfices sur le plan socio-économique de cette intervention, d'autre part. Il a noté avec satisfaction la pertinence des cibles et activités proposées par le Directeur régional pour 1996-1997, dans le contexte des objectifs de maîtrise des maladies cibles définis par les Etats Membres pour les années 90. Le Sous-Comité a toutefois tenu à indiquer qu'il est nécessaire d'intégrer la mise en oeuvre des stratégies du programme, en particulier la surveillance épidémiologique qui devrait prendre en compte d'autres maladies prioritaires tels que le paludisme et les maladies diarrhéiques.

109. S'agissant de la baisse d'affectation des ressources par les partenaires traditionnels du programme et de l'achat de nouveaux vaccins comme celui contre l'hépatite B, le Sous-Comité a rappelé les orientations de la quarante-troisième session du Comité régional sur les efforts à fournir par les pays eux-mêmes, en ce qui concerne l'allocation de fonds pour les activités tandis que l'assistance extérieure couvrirait les dépenses d'investissement. C'est dans ce cadre qu'il devient important d'établir et/ou de renforcer les mécanismes de coordination inter-agences au niveau des pays, à l'instar du "Groupe spécial de travail" régional sur la vaccination créé récemment par le Directeur régional. En plus, les membres du Sous-Comité ont proposé d'inclure dans le budget programme une activité concernant la réalisation des études de coût/efficacité, qui pourraient susciter l'intérêt des pays à investir davantage de ressources.

110. Le Sous-Comité a enfin souligné la nécessité de continuer à porter une attention soutenue à la maintenance de la chaîne du froid et demandé au Directeur régional d'insérer une cible et des activités spécifiques concernant l'appui à la chaîne du froid et à la logistique.

Programme 5.2.1 : Paludisme et autres maladies tropicales

Paludisme

111. Le Sous-Comité du Programme a examiné le programme de lutte contre le paludisme et les maladies parasitaires, les membres du Sous-Comité du Programme ont exprimé leur préoccupation devant la progression et l'aggravation de la chloroquino-résistance et souligné l'intérêt de renforcer la mise en place d'un système de surveillance pour aider les pays à adapter leur politique d'utilisation de médicaments antipaludiques.

112. Les membres du Sous-Comité ont également discuté de l'état d'avancement des interventions basées sur les moustiquaires imprégnées d'insecticides et des résultats des essais du vaccin antipaludique.

113. Le Secrétariat a informé les membres du Sous-Comité des efforts menés actuellement pour mettre à jour les principes directeurs de diagnostic et de traitement du paludisme et pour mettre en place un système de surveillance de la chloroquino-résistance. Les cas de chloroquino-résistance sont souvent rapportés par les formations sanitaires universitaires. Ces formations ne sont souvent pas représentatives de la réalité de la chloroquino-résistance dans les communautés. Le Secrétariat a informé les membres du Sous-Comité du Programme des résultats d'une récente consultation sur ce sujet tenue à Genève en mars 1994. Cette question est régulièrement à l'ordre du jour des réunions des responsables nationaux de programme et une réunion technique sur cette question est planifiée pour 1995 à AFRO.

114. Le Sous-Comité a fait remarquer la chute importante des ressources extrabudgétaires pour le programme de lutte contre le paludisme et des maladies parasitaires.

115. L'attention des membres du Sous-Comité a été attirée sur le corrigendum référence AFR/RC44/2 Corr.1, mentionnant que la réduction des fonds de l'onchocercose du montant de US \$70 000 000 à US \$43 600 000 était due essentiellement au processus de dévolution de ce programme dans les différents pays. Concernant la lutte contre le paludisme, un accroissement de ressources est constaté du fait d'une part de l'augmentation du nombre de pays choisissant ce programme pour la coopération avec l'OMS et d'autre part d'une plus grande mobilisation de ressources extrabudgétaires.

Maladies tropicales autres que le paludisme

116. Aucune question n'a été posée à propos de cette section du document. Le Sous-Comité a noté qu'en raison de contraintes budgétaires, la priorité a été donnée aux maladies, telle la dracunculose dont l'élimination ou l'éradication sont possibles. Il a également noté qu'au cours de la présente réunion du Comité régional, un appel spécial serait lancé aux pays d'endémie dracunculienne pour qu'ils redoublent d'efforts afin de parvenir à éradiquer la maladie d'ici à décembre 1995.

Lutte antivectorielle

117. Le Sous-Comité a noté l'intégration de la lutte antivectorielle dans le programme "Paludisme et autres maladies tropicales", en conformité avec la nouvelle liste ordonnée des programmes de l'OMS. Etant donné les résurgences de ces dernières années, des épidémies de peste, fièvre jaune, dengue, paludisme, trypanosomiase, les activités antivectorielles seront orientées vers la prévention de ces épidémies par le biais de la coopération avec les pays, la formation des nationaux, le développement de la recherche opérationnelle, la diffusion de l'information et la collaboration intersectorielle. Dans le cadre de la promotion de l'utilisation des moustiquaires et autres matériaux imprégnés dans la lutte contre le paludisme, les informations sur l'état d'avancement des projets matériaux imprégnés dans la Région ont été fournies.

Programme 5.2.2 : Lèpre

118. Le Sous-Comité du Programme a exprimé sa satisfaction au sujet de ce programme qui connaît actuellement un succès réel et s'achemine progressivement vers l'élimination de la lèpre.

119. En ce qui concerne l'absence de prévisions budgétaires pour les activités proposées aux niveaux régional et interpays, le Sous-Comité du Programme a recommandé que les ressources extrabudgétaires prévisibles soient portées entre parenthèses sur ce tableau, avec une note explicative (US \$1 200 000). Il a ensuite approuvé les objectifs, les cibles, les activités proposés et le budget prévu pour 1996-1997.

Programme 5.3.2 : Infections respiratoires aiguës

120. Le Sous-Comité du Programme a approuvé les objectifs, les cibles et les activités prévus pour le programme au cours de la période biennale 1996-1997. Il convient de signaler sur le budget programme que des ressources financières extrabudgétaires seront mobilisées, à l'instar de l'exercice budgétaire 1994-1995 (US \$1 800 000).

Programme 5.4 : Tuberculose

121. Le Sous-Comité du Programme a marqué sa satisfaction au sujet des efforts accomplis par le Directeur régional pour renforcer la lutte contre la tuberculose. Il a recommandé l'élaboration, la diffusion et l'utilisation à grande échelle de modules de formation et de guides de traitement (expliquant clairement et en détail l'application de la chimiothérapie de courte durée). Il a également recommandé que les ressources extrabudgétaires disponibles pour ce programme soient inscrites dans le projet de budget programme, à savoir US \$1 200 000.

122. Le Sous-Comité a ensuite approuvé les objectifs, les cibles, les activités et le budget proposés pour 1996-1997.

Programmes 5.5.1 : SIDA et 5.5.2 : Maladies sexuellement transmissibles

123. Le Sous-Comité du Programme a examiné le budget proposé pour les activités de prévention et de lutte contre le SIDA et les MST. Le Sous-Comité a constaté que la majeure partie du soutien financier aux activités SIDA dans la Région provient de sources extrabudgétaires. Les recommandations suivantes ont été faites en ce qui concerne les objectifs et les activités du programme :

- i) Eu égard à l'intégration des deux programmes, qui constitue l'amélioration la plus logique réalisée dans la Région africaine, les objectifs du programme devraient être révisés pour inclure des finalités spécifiques aux activités MST. L'approche par syndrome pour le diagnostic et les soins devrait recevoir l'attention requise; il en est de même des activités d'évaluation rapide qui devraient combler rapidement le manque de données épidémiologiques sur les MST dans la plupart des pays de la Région.
- ii) Le Bureau régional devrait aider les Etats Membres à mobiliser les fonds pour le financement des médicaments pour les MST.
- iii) L'aide que les guérisseurs apportent aux sidéens doit être reconnue. Ils devraient recevoir un soutien technique pour les aider à comprendre le problème du SIDA et à améliorer leurs résultats sur le plan du soutien psychologique qu'ils apportent aux familles touchées.
- iv) Des efforts devront être faits pour intéresser les chefs religieux aux questions relatives à la prévention du VIH/SIDA et aux soins à dispenser, afin de faciliter leur compréhension de ce problème et de les encourager à soutenir les activités des programmes nationaux de lutte contre le SIDA.

124. Le Secrétariat a indiqué des exemples d'activités en cours, auxquelles il participait conformément aux propositions du Sous-Comité du Programme et a promis une nouvelle aide aux pays sur le plan de la mise en oeuvre des stratégies.

125. Le Sous-Comité du Programme a ensuite adopté le budget proposé.

Programme 5.3.1 : Maladies diarrhéiques y compris le choléra

126. Le Sous-Comité du Programme a examiné le programme relatif au programme de lutte contre les maladies diarrhéiques y compris le choléra.

127. Le Sous-Comité a observé que les objectifs, les cibles et les activités définis sont pertinents au regard de la situation du problème dans notre Région.

128. Il a indiqué que les activités concernant la prévention devront être davantage développées. Il a reçu l'assurance du Directeur régional que d'autres programmes régionaux ont pris en compte dans leurs activités la prévention des maladies diarrhéiques : salubrité des aliments, approvisionnement en eau potable et assainissement. C'est dire qu'il existe une organisation transprogrammatique des activités au Bureau régional.

129. Concernant le préoccupant problème des épidémies de choléra et de dysenterie bacillaire, la dramatique situation de la région des Grands Lacs et en particulier celle des villes de Goma et de Bukavu a été soulevée.

130. Le Sous-Comité a été informé de la situation épidémiologique dans cette zone avant la tragédie actuelle.

131. Celle-ci était caractérisée par une endémicité du choléra et de la dysenterie bacillaire. Le déferlement sans précédent des réfugiés sur Goma à partir du 14 juillet a créé les conditions optimales pour l'éclosion des épidémies. C'est ainsi que de grosses épidémies de choléra et de dysenterie ont éclaté avec une telle ampleur que le monde entier s'en est fait l'écho.

132. A l'heure actuelle, le choléra a été maîtrisé. Pour répondre à la résistance du germe de la dysenterie aux antibiotiques, il a été instauré un système de traitement sélectif à la cyprofloxacine.

133. Il demeure cependant qu'un risque d'éclosion d'épidémie de choléra au Rwanda même reste possible. C'est pourquoi les autorités du pays avec l'appui de l'OMS ont mis en place un système de surveillance épidémiologique.

Programme 5.6 : Autres maladies transmissibles y compris les zoonoses

134. Le Sous-Comité du Programme a examiné le programme 5.6 intitulé - Autres maladies transmissibles y compris les zoonoses. Il a noté avec satisfaction des objectifs, des cibles et des activités proposées pour la période 1996-1997. Un accent particulier devra être mis sur la renforcement de la surveillance épidémiologique notamment par la formation des personnels de santé en épidémiologie. Le Sous-Comité a encouragé le Bureau régional à poursuivre les efforts faits en vue d'intégrer la surveillance épidémiologique dans la formation de base des différentes catégories de personnel.

Programme 5.7.2 : Cancer

135. Le Sous-Comité du Programme a fait observer qu'il fallait renforcer les registres nationaux du cancer ou en ouvrir de nouveaux là où il n'en existe pas. Le Comité a demandé que les Etats Membres utilisent pleinement les moyens offerts par le Centre d'Oncologie et de Radiothérapie, de Harare. Il a été conseillé aux Etats Membres d'adhérer à l'Agence internationale de l'Energie atomique, à Vienne, de façon à pouvoir bénéficier de bourses d'études et de dons de matériels de radiothérapie. Le budget a été adopté.

Programme 5.8 : Prévention des incapacités et réadaptation

136. Aucune observation n'a été formulée au sujet de ce programme. Le Sous-Comité a néanmoins été informé que le budget afférent à la prévention de la cécité était inclus dans le tableau concernant le programme 5.8 "Prévention des incapacités et réadaptation", comme il est proposé dans le Neuvième Programme général de Travail, bien que AFRO continue à gérer ces deux programmes séparément.

Programme d'appui

Programme 6.1.1 : Personnel

137. Un délégué a demandé quelles activités étaient envisagées au titre du bien-être du personnel. En général, les infirmières employées au dispensaire du personnel de l'OMS assurent, en plus de leurs tâches habituelles et administratives, des services psychosociaux et de soins pour les membres du personnel et leur famille dans le cas d'affections mineures ou de stress lié à la vie internationale.

L'Organisation s'occupe de la formation professionnelle des membres du personnel pour répondre à l'évolution de leurs besoins du fait de l'informatisation et d'autres changements mondiaux. Notamment, on incite le personnel à se perfectionner de lui-même. La collaboration avec le personnel pour l'organisation d'activités sociales et multiculturelles entre également dans ce cadre.

Programme 6.2 : Matériel et fournitures destinés aux Etats Membres

138. Il a été soulevé la question de savoir si les véhicules et le matériel de l'OMS peuvent être remis au gouvernement plutôt qu'être vendus aux enchères. Il a été répondu qu'il existe une commission chargée de l'élimination méthodique du matériel de l'OMS. Cette commission accepte généralement toute recommandation faite par le Représentant de l'OMS en vue de transférer au gouvernement, si celui-ci en fait la demande, la propriété d'un véhicule ou du matériel appartenant à un projet. Si le véhicule appartenait au Bureau du Représentant plutôt qu'à un projet, il est généralement vendu aux enchères pour que le produit de la vente contribue à l'achat d'un nouveau véhicule.

139. Le Sous-Comité du Programme a noté que le service des fournitures achète des véhicules et du matériel pour une valeur de US \$10 millions par an sur des fonds inscrits dans les programmes de coopération technique. Les prévisions inscrites dans ce programme concernent donc les charges de personnel.

140. Il a également constaté que l'inclusion d'un tableau intitulé "Bureau régional" et donnant la liste des dépenses au titre du personnel régional et interpays travaillant à Brazzaville prête à confusion et semble en contradiction avec les tableaux relatifs aux allocations prévues au niveau régional et au niveau interpays dans l'analyse du budget. Il a été convenu de supprimer ce tableau à l'avenir.

CONCLUSION

141. Sous réserve des observations formulées, le Sous-Comité du Programme a décidé de recommander au Comité régional d'adopter le projet de résolution approuvant le projet de budget programme 1996-1997.

142. Le Sous-Comité du Programme a ensuite repris l'examen des autres documents techniques.

**PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE ET LA LÈPRE :
PROGRES ACCOMPLIS (documents AFR/RC44/13 et AFR/RC44/13 Add.1)**

Elimination de la lèpre

143. Le document AFR/RC44/13 a été présenté par le Dr D. Barakamfitye, du Secrétariat. Le Sous-Comité a félicité le Directeur régional du grand succès remporté dans la lutte contre la lèpre dans la Région. Il a cependant appelé l'attention sur la nécessité de ne pas relâcher les efforts compte tenu des difficultés que l'on rencontre pour intégrer la lèpre dans les services généraux de santé. A mesure que le nombre de cas diminue, les mécanismes employés pour le dépistage des cas pourront devenir plus actifs, par opposition aux méthodes actuelles qui sont plutôt passives et moins onéreuses. Le Sous-Comité a approuvé la proposition de renforcer l'appui apporté aux 10 pays les plus touchés par l'endémie pour accélérer l'élimination de la lèpre dans la Région. La recherche sur les systèmes de santé devra être encouragée pour renforcer les activités au niveau du district, dans le cadre des SSP.

144. Le Sous-Comité du programme a approuvé le rapport du Directeur régional et adopté le projet de résolution.

Lutte contre la tuberculose

145. Le document AFR/RC44/13/Add.1 a été présenté par le Dr Barakamfitye, du Secrétariat. Au cours des débats, le Sous-Comité a déploré l'accroissement du nombre de cas de tuberculose dus au VIH. Il s'est néanmoins dit d'accord avec la politique de l'OMS en matière de lutte contre la tuberculose, politique qui a permis de dépister et de traiter un plus grand nombre de cas. Il a également noté avec satisfaction que la chimiothérapie de courte durée est une méthode de traitement très efficace, tant pour les personnes séropositives que pour les personnes séronégatives. Par ailleurs, l'expérience de la Tanzanie montre qu'une chimiothérapie de courte durée bien conduite entraîne une réduction des risques annuels d'infection chez les enfants de 10 ans malgré un accroissement du nombre total de cas de tuberculose notifiés.

146. Le Sous-Comité du Programme a demandé à l'OMS et aux bailleurs de fonds de continuer à mobiliser davantage de ressources pour soutenir les efforts de lutte et surmonter les difficultés rencontrées par les Etats Membres, en particulier pour garantir un approvisionnement régulier en médicaments antituberculeux. Il a exhorté les pays membres à tout mettre en oeuvre pour trouver des sources bilatérales/multilatérales de financement pour leurs programmes. Il a demandé à l'OMS de mettre à profit ses bonnes relations avec la Banque mondiale pour servir de catalyseur entre celle-ci et les pays qui veulent explorer cette voie.

147. Le Sous-Comité a en outre demandé à l'OMS d'examiner d'autres mécanismes pouvant aider les pays à mobiliser des fonds, y compris des études de cas sur les possibilités de recouvrement des coûts.

148. Le Sous-Comité a approuvé le rapport du Directeur régional et le projet de résolution.

PROGRAMMES ELARGI DE VACCINATION - ERADICATION DE LA POLIOMYELITE ET ELIMINATION DU TETANOS NEONATAL : PROGRES ACCOMPLIS (document AFR/RC44/14)

149. Le document a été introduit par le Dr D. Barakamfitye du Secrétariat. Il a indiqué qu'en dépit de la baisse de la couverture vaccinale au niveau de la Région, une dizaine de pays n'ont pas enregistré un seul cas de poliomyélite au cours du dernier biennium et une douzaine d'autres ont ramené l'incidence du tétanos néonatal à des taux inférieurs à 1/1000 naissances vivantes. Par contre, la lutte contre la rougeole connaît des échecs, essentiellement en raison des bas niveaux de couverture par le vaccin antirougeoleux observés dans certains Etats Membres. Le Sous-Comité a été sollicité pour proposer des orientations, notamment sur les points suivants :

- les stratégies de relance du PEV en vue de renverser la tendance à la baisse de la couverture vaccinale;
- la mobilisation des ressources, y compris l'affectation des budgets nationaux pour les opérations du programme et l'approvisionnement en vaccins.

150. Tout en se réjouissant des progrès accomplis dans quelques pays quant à la réduction de l'incidence des maladies cibles, le Sous-Comité a exprimé ses vives inquiétudes face à la chute de la couverture vaccinale observée depuis 1992 et souligné les gros efforts que les Etats sont appelés à fournir pour atteindre les objectifs qu'ils se sont fixés. A cet égard, le Sous-Comité a salué la

pertinence de l'approche par bloc épidémiologique, qui propose de regrouper les pays et de formuler des stratégies de relance du programme, en tenant compte des similarités, difficultés et autres réalités propres aux programmes nationaux de ces blocs épidémiologiques.

151. Le Sous-Comité a tenu à rappeler qu'au cours des sessions précédentes du Comité régional, les Etats Membres se sont engagés à contribuer davantage aux coûts du programme par leurs ressources propres. Aussi, tout en reconnaissant les faiblesses actuelles des économies nationales, le Sous-Comité lance-t-il un appel pressant aux gouvernements pour qu'ils honorent cet engagement afin que soient atteints les objectifs en faveur de la survie des enfants. En outre, le Sous-Comité suggère aux Etats Membres qui le peuvent d'assurer l'accroissement des ressources pour le PEV en impliquant notamment la Caisse nationale de Sécurité sociale et le secteur privé. Dans ce contexte, des efforts de mobilisation sociale sont également utiles car une meilleure participation des populations est un facteur de réduction des coûts des interventions proposées.

152. Le Sous-Comité recommande au Comité régional de lancer un appel aux Etats Membres qui connaissent des troubles socio-politiques et des guerres civiles, de marquer des Journées de Paix afin d'assurer certaines interventions en faveur des enfants, dont la vaccination. Enfin, le Sous-Comité prie le Directeur régional d'apporter son appui pour l'élaboration des politiques nationales sur la sécurité des injections. Il l'encourage à poursuivre les efforts en cours, en collaboration avec l'UNICEF et d'autres partenaires concernés, pour assurer l'introduction de nouveaux vaccins contre l'hépatite B et la fièvre jaune dans le PEV.

ERADICATION DE LA DRACUNCULOSE DANS LA REGION AFRICAINE : PROGRES ACCOMPLIS (document AFR/RC44/15)

153. Le document AFR/RC44/15 a été présenté par le Dr D. Barakamfitye, du Secrétariat, qui a souligné les grandes réalisations suivantes : forte mobilisation de la volonté politique dans les pays touchés par l'endémie; 86 % de tous les villages concernés mettent en oeuvre au moins une intervention d'éradication; réduction de 41 % du nombre de cas entre 1992 et 1993. Le Sous-Comité a noté que la stratégie régionale pour l'éradication de la dracunculose a été très efficace; il a demandé aux pays touchés par l'endémie de redoubler d'efforts pour atteindre la cible visée, à savoir l'éradication de la dracunculose d'ici décembre 1995.

154. Le Sous-Comité du Programme a félicité le Directeur régional pour le rapport clair et concis sur le programme régional d'éradication de la dracunculose et est parvenu à un consensus pour recommander ce rapport, et le projet de résolution s'y rapportant, au Comité régional, pour adoption.

PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES (IRA) : PROGRES ACCOMPLIS (document AFR/RC44/16)

155. Le Sous-Comité du Programme a examiné le document AFR/RC44/16 relatif aux progrès réalisés dans la mise en oeuvre du programme de lutte contre les infections respiratoires aiguës (IRA).

156. Le Sous-Comité du Programme a reconnu, une fois de plus, l'importance des IRA du fait des taux élevés de mortalité et de morbidité qu'elles provoquent.

157. Le Sous-Comité a noté que sur les 30 Etats Membres qui disposent d'un programme IRA, seuls 19 ont un programme opérationnel. Il a été suggéré qu'une étude soit menée pour cerner toutes les contraintes à la mise en oeuvre des programmes nationaux afin d'y apporter des solutions réalistes.

Un appui devra être accordé de façon particulière aux pays qui n'ont pas encore élaboré leurs plans d'opération. Le Bureau régional, en collaboration avec les Etats Membres, devra aider à la mobilisation des ressources extrabudgétaires pour la mise en oeuvre des programmes nationaux.

158. Enfin le Sous-Comité du Programme a convenu de la nécessité de mettre un accent particulier sur les aspects suivants :

- i) l'information, l'éducation et la communication en matière d'IRA;
- ii) l'intégration des activités au programme dans le cadre du programme survie de l'enfant;
- iii) la recherche opérationnelle notamment la surveillance de la sensibilité des germes aux antibiotiques.

APPENDICE 1**LISTE DES PARTICIPANTS****BOTSWANA**

Dr P. K. Mmatli
Assistant Director of Health Services for Hospitals Services
Ministry of Health
Private Bag 0038
Gaborone

BURKINA FASO

Dr Léonard Tapsoba
Secrétaire général du Ministère de la Santé
03 B.P. 7009
Ouagadougou 03

BURUNDI

Dr L. Manirankunda
Directeur général de la Santé publique
Ministère de la Santé
B.P. 1820
Bujumbura

CAP-VERT

Dr Ildo Carvalho
Directeur général de la Santé
Ministère de la Santé
CP47
Praia

Appendice 1

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Dr David Dofara
Directeur général de la Santé publique et de la Population
B.P. 883
Bangui

TCHAD

Dr Magdah Bartoussia Gagnet
Directeur général adjoint de la Santé publique
Ministère de la Santé
B.P. 440
N'Djaména

COMORES

Dr Aboubacar Oumadi
Directeur général de la Santé publique
s/c WR OMS
B.P. 435
Moroni

CONGO

Dr R. C. Zitsamele
Directeur de la Médecine Préventive
B.P. 236
Brazzaville

Dr E. Malalou
Directeur régional de la Santé de Brazzaville
B.P. 2452
Brazzaville

Appendice 1**GUINEE EQUATORIALE**

Dr Manuel Nguema Ntutumu
Directeur général de la Santé publique
et de la Planification
Malabo

ETHIOPIE

Dr Tezera Fisseha
Head of Planning of the Ministry of Health
P.O. Box 1234
Addis Ababa

GABON

M. Bengone Bayi
Conseiller du Ministre de la Santé et de la Population
B.P. 50
Libreville

Dr Paul Kombila
Directeur de la Médecine préventive
Ministère de la Santé publique et de la Population
B.P.50
Libreville

GAMBIE

Dr M. O. George
Director of Health Services
P.O. Box 317
Banjul

Appendice 1**SECRETARIAT**

Dr G. L. Monekosso
Directeur régional

Dr A. M. D'Almeida
Directeur, Management du Programme

Dr N. Nhiwatiwa
Directeur, Coordination, Promotion et Information

M. D. E. Miller
Directeur, Programme de Soutien

Dr J. Namboze
Chef de Programme, Soutien aux Systèmes Nationaux de Santé (PM1)

Dr M. Boal
Chef de Programme, Protection et Promotion de la Santé en général (PM2)

Dr D. Barakamfitye
Chef de Programme, Lutte contre les maladies (PM3)

Dr P. Fasan
Chef de Programme (GPA), SIDA

Dr L. G. Sambo
Coordination, Statistiques sanitaires (HSC)

Dr E. Lambo
Economiste sanitaire (HEC)

Dr Ndumbe
Fonctionnaire régional, Programme pour la Santé et le Développement (PHD ai)

M. Murillo
Administrateur du Budget et des Finances (BFO ai)

APPENDICE 2**PROGRAMME DE TRAVAIL ¹**

1. Ouverture de la réunion
2. Election du Président, du Vice-Président et du Rapporteur
3. Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC44/22)
4. Rapport sur la Troisième Surveillance de la mise en oeuvre des stratégies de la Santé pour Tous d'ici l'An 2000 (document AFR/RC44/4)
5. Situation nutritionnelle dans la Région africaine (document AFR/RC44/5)
6. Lutte contre le SIDA : Situation actuelle dans la Région africaine (document AFR/RC44/6)
7. Stratégie régionale pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale dans la Région africaine (document AFR/RC44/7)
8. Rapport d'activité sur le Programme de Financement des Soins de Santé (document AFR/RC44/8)
9. Projet de Budget Programme 1996-1997 (document AFR/RC44/2)
10. Programmes de lutte contre la tuberculose et la lèpre : Progrès accomplis (document AFR/RC44/13 et AFR/RC44/13 Add.1)
11. Programme élargi de vaccination - Eradication de la poliomyélite et élimination du tétanos néonatal : Progrès accomplis (document AFR/RC44/14)
12. Eradication de la dracunculose dans la Région africaine : Progrès accomplis (document AFR/RC44/15)
13. Programme de lutte contre les infections aiguës des voies respiratoires (IRA) : Progrès accomplis (document AFR/RC44/16)
14. Attribution des responsabilités pour la présentation du rapport du Sous-Comité du Programme au Comité régional
15. Adoption du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC44/12)
16. Clôture de la réunion.

¹ Document AFR/RC44/22 Rév.1.

**RAPPORT DE LA REUNION DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME
TENUE LE 13 SEPTEMBRE 1994¹**

INTRODUCTION

1. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni le mardi 13 septembre 1994 à Brazzaville, au Congo, immédiatement après la quarante quatrième session du Comité régional. La liste des participants figure à l'Appendice 1.
2. Le Sous-Comité a élu le Dr M. O. George (Gambie) Vice-Président sortant comme Président, le Dr O. Bangoura (Guinée) comme Vice-Président et M. Malam Dramé (Guinée-Bissau) comme Rapporteur. Le Président a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour la confiance qu'ils ont témoigné à son pays et à lui-même 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 PROGRAMMATIQUE

4. Le Directeur du Programme de Soutien a présenté le document AFR/RC44/33 qui contient entre autres deux réunions présentant un intérêt programmatique auxquelles doivent assister les membres du Sous-Comité du Programme en 1994-1995. Après avoir examiné le document, le Sous-Comité a accepté à l'unanimité de participer aux réunions énumérées dans le tableau ci-dessous.

Tableau

**REUNIONS PRESENTANT UN INTERET PROGRAMMATIQUE
AUXQUELLES DEVRONT ASSISTER LES MEMBRES
DU SOUS-COMITE DU PROGRAME EN 1994-1995**

Réunions	Objectif	Langue de travail	Membres participants
1. Réunions sous-régionales du Programme (SPM) - Bamako - Bujumbura - Harare Successivement/ simultanément en février 1995	Modalités du soutien technique et logistique aux Etats Membres dans le cadre de leurs efforts pour assurer des prestations de soins de santé à leurs populations AFROPOC et budgétisation du programme pays	A/F/P	SR/I - Guinée SR/II - Gabon SR/III - Lesotho
2. Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS) Brazzaville, juin 1995	Réexaminer les principaux problèmes de santé (par exemple la gestion, la formation, la recherche, la politique de santé).	A/F/P	Gambie

¹ Document AFR/RC44/33.

5. Les membres du Sous-Comité ont aussi demandé des éclaircissements sur leur rôle au cours des réunions sous-régionales du programme. Il leur a été expliqué qu'en tant que membres du Sous-Comité du Programme, ils étaient les représentants du Comité régional à ces réunions. Ils représentent les Organes directeurs à ces réunions. On leur a fait remarquer que conformément au mandat du Sous-Comité, ils étaient tenus de participer aux réunions présentant un intérêt programmatique.

6. Il a été précisé que c'était un Etat Membre du Comité régional qui avait été nommé au Sous-Comité du Programme, et en tant que tel, c'est à l'Etat Membre qu'il appartenait de désigner un représentant pour assister à ces réunions. Un Etat Membre peut changer son représentant au Sous-Comité. Il n'y a qu'un seul représentant par pays au 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 leur seront communiqués ultérieurement par le Secrétariat.

CLOTURE DE LA REUNION

8. Le Président a remercié les membres de leur soutien et leur a souhaité à tous "bon voyage".

APPENDICE 1

LISTE DES PARTICIPANTS

1. CONGO

Dr R. Cuddy Zitsamele
Directeur de la Médecine préventive
B.P. 236
Brazzaville

2. ETHIOPIE

Dr Tezera Fisseha
Head of Planning
Ministry of Health
Addis Ababa

3. GABON

M. Bengone Bayi
Conseiller du Ministre
B.P. 50
Libreville

4. GAMBIE

Dr M. O. George
Director of Health Services
Ministry of Health
P.O. Box 317
Banjul

5. GHANA

Dr N. A. Adamafo
Director of Medical Services
P.O. Box M.44
Accra

6. GUINEE

Dr O. Bangoura
Secrétaire général
au Ministère de la Santé
publique et des Affaires sociales
B.P. 85
Conakry

7. GUINEE-BISSAU

M. Malam Dramé
Director o Centro de Planificação
Ministério da Saude
C.P. 50
Bissau

8. COTE D'IVOIRE

Prof. G. Loukou
Directeur général de la Santé
B.P. V4
Abidjan

9. KENYA

Dr J. O. Gesami
Acting Senior Deputy
Director of Medical Services
P.O. Box 30016
Nairobi

10. LESOTHO

Dr N. Mapetla
Director of Health Services
P.O. Box 514
Maseru

APPENDICE 2**PROGRAMME TRAVAIL¹**

1. Ouverture de la réunion
2. Election du Président du Vice-Président et du Rapporteur
3. Participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions d'intérêt programmatique (document AFR/RC44/33).
4. Date et lieu de la prochaine réunion
5. Clôture de la réunion.

¹ Document AFR/RC44/32

RAPPORT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES¹

Sélection et développement des technologies de la santé

INTRODUCTION

1. Les discussions techniques de la quarante-quatrième session du Comité régional ont eu lieu le 10 septembre 1994. Elles ont eu pour thème : "Sélection et développement des technologies de la santé".
2. Le Président des Discussions techniques a été le Dr Abdul Razak Noormahomed (Mozambique). Les Rapporteurs ont été le Dr Braz (Angola) pour le groupe trilingue (anglais, français, portugais), le Dr Sheku T. Kamara (Sierra Leone) pour le groupe anglophone et le Dr Givance (Madagascar) pour le groupe francophone.
3. Le thème des discussions a été présenté par le Président de la séance plénière d'ouverture. Les participants se sont ensuite répartis en groupes de travail afin d'examiner les problèmes soulevés dans les documents de base (AFR/RC44/TD/1 et AFR/RC44/TD/3) et de répondre aux questions posées dans les directives (AFR/RC44/TD/2).
4. Il y a quelques années, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a décidé de consacrer les Discussions techniques des quarante-troisième, quarante-quatrième et quarante-cinquième sessions du Comité régional aux divers aspects du système de santé de district, c'est-à-dire d'étudier les structures et les institutions en 1993, les technologies de santé en 1994 et le financement en 1995.
5. Cette décision était conforme aux dispositions de la résolution WHA40.30 relative à l'appui économique, par laquelle les Etats Membres ont été notamment priés d'établir un programme destiné à améliorer la gestion et l'entretien du matériel par des méthodes appropriées, par la formation de personnels et par la constitution de stocks de pièces de rechange. Le principal objet de ces discussions sur les technologies de santé est d'examiner les problèmes posés par l'évaluation, l'acquisition et la durabilité de ces technologies dans la Région.
6. Par "technologies de santé", on entend les techniques, le savoir-faire, le matériel, les médicaments et les méthodes utilisés pour la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies, ainsi que pour la rééducation et pour les structures au sein desquelles les services de santé sont dispensés, mais vu le temps limité dont on dispose, il a été décidé de ne pas inclure la question des médicaments et des méthodes dans les discussions.
7. Dans tous les pays, le système de soins de santé est soumis à des pressions croissantes. En même temps, les coûts vont en augmentant, ce qui élargit encore le fossé entre les besoins et les ressources. Lorsque l'on alloue des ressources en l'absence de politiques bien définies, il est impossible de tirer le maximum des ressources disponibles. Que peut-on donc faire pour faciliter la formulation, la diffusion et l'application de politiques concernant les technologies de santé ?

¹ Document AFR/RC44/17.

8. Il faut une nouvelle conception de l'élaboration des politiques et de la prise de décisions pour que les politiques ne soient pas formulées en réponse à la demande de groupes d'intérêts ou de pression et soient plutôt la résultante d'une démarche rationnelle fondée sur des critères objectifs. Il faut utiliser des éléments d'appréciation scientifiques pour éclairer le processus de décision, qu'il s'agisse de faisabilité, de coût, de coût/avantages, de coût/efficacité, etc. Il est non seulement souhaitable, mais indispensable, d'adopter une démarche fondée sur des faits scientifiques, passant par l'évaluation des besoins, la détermination des priorités, l'analyse de coût/efficacité et la bonne affectation des ressources. Tout comme l'évaluation de l'impact sur l'environnement fait partie intégrante de la plupart des projets, l'évaluation de l'impact sur la santé doit être effectuée avant le lancement de tout projet ou de tout programme.

9. Si l'on examine les problèmes posés par les technologies de santé dans la Région, il n'est pas difficile d'identifier nombre de relations de cause à effet. La formulation de politiques claires est fortement entravée par le manque d'informations fiables. Comment les pays peuvent-ils donc faire afin d'assurer au mieux la disponibilité de l'information technique nécessaire pour la sélection et la gestion rationnelles des technologies à l'échelon central, provincial et de district ?

10. L'existence de points focaux nationaux pour la collecte, l'analyse et la diffusion de l'information, comme le recommande l'OMS, peut-elle résoudre le problème de l'information indispensable pour l'élaboration des politiques et la prise de décisions ? Nous devrions, de toute évidence, intégrer l'information sur les technologies aux systèmes d'information, existants ou prévus, sur la santé et la gestion.

11. Il faudrait établir des critères scientifiques et techniques pour le choix de technologies appropriées aux priorités de santé nationales et élaborer des méthodes rigoureuses d'évaluation de l'impact des nouvelles technologies sur la santé.

12. Au moment de l'élaboration des politiques, il faut également se préoccuper de l'affectation des ressources financières, techniques et humaines. Quelles sont les stratégies à adopter pour remédier aux insuffisances dans l'allocation des ressources ? S'agissant des ressources humaines, le principal problème semble être d'attirer et de conserver un personnel technique qualifié.

13. Outre les pressions internationales constantes (pression du marché), les pays en développement subissent de fortes pressions internes (de la part des spécialistes et des acheteurs) en vue de l'importation de technologies de santé modernes. La prolifération de ces techniques, et l'extrême diversité de choix qui en résulte, créent des problèmes, étant donné le caractère limité des ressources dont on dispose.

14. Ceux qui participent à la planification, à l'établissement des spécifications et à l'achat du matériel ne se rendent bien souvent pas compte que le coût à l'achat n'est, d'ordinaire, qu'une petite fraction du coût total (durée de vie de ce matériel).

15. Il est souhaitable de normaliser l'équipement des installations de santé, mais cela est difficile à réaliser en raison du choix existant sur le marché au moment de l'achat, du manque d'accord entre les divers intéressés et des conditions imposées aux appels d'offres internationaux par les donateurs et les organismes de financement. Dans quelle mesure faudrait-il chercher à normaliser l'équipement et les technologies et dans quelle mesure aussi les donateurs et les organismes de financement devraient-ils être priés de respecter des directives compatibles avec la situation locale ?

16. Il importe de conserver l'équipement en bon état de marche en assurant son entretien et sa réparation, mais comment y parvenir dans les meilleures conditions ? Certains pays utilisent leurs propres services de maintenance, tandis que d'autres préfèrent recourir à la sous-traitance.

17. Pour pouvoir faire un choix rationnel en matière de technologies, il faut donner aux diverses catégories de personnel des conseils et des informations en matière d'évaluation et de gestion. Les responsables de l'élaboration des politiques et les décideurs doivent mieux comprendre l'importance et la pertinence des méthodologies en cause : évaluation des besoins, détermination des priorités, allocation des ressources, etc. Les professionnels de la santé ont besoin d'être formés aux techniques d'évaluation et de gestion. Enfin, il faudrait sensibiliser le public aux problèmes posés, notamment par l'intermédiaire des médias.

18. Les interventions et les activités à entreprendre au titre du Paquet Santé pour tous seraient facilitées si l'on recensait les technologies essentielles aux diverses catégories d'institutions qui forment le système de santé de district. Il faudrait tenir compte, ce faisant, des divers éléments d'appréciation suivants :

- i) accessibilité en termes de coûts et de disponibilité;
- ii) impact sur la qualité de soins et les résultats obtenus.

19. Il faut en priorité assurer la qualité de la communication, qui est d'une importance critique si l'on veut améliorer la santé en Afrique. L'isolement du personnel dans un pays et le manque de communications transfrontières compliquent l'accès à l'information et sa circulation, ce qui nuit à l'inefficacité et à l'efficacité. L'un des moyens de faciliter la communication est de créer des réseaux nationaux et régionaux faisant appel à des technologies modernes, comme l'informatique et la télécommunication inter pays par satellite.

20. L'information, l'éducation et la communication (IEC) est un bon moyen d'encourager l'évolution des modes de vie et d'atténuer le risque de certaines maladies. Il faut définir des stratégies pour promouvoir l'utilisation des moyens de communication de masse et des techniques de publicité et pour encourager la collaboration efficace des divers intervenants dans ce domaine.

21. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a un rôle important à jouer car il peut contribuer à faire mieux utiliser les technologies de santé en vue d'améliorer la qualité des soins dans la Région africaine. Il doit aider les Etats Membres à mettre au point et appliquer des politiques nationales en matière de technologies de la santé pour s'attaquer aux problèmes soulevés lors de ces discussions. Cette aide doit être axée sur trois domaines, à savoir grandes orientations, formation et appui à l'information.

22. Il convient de souligner la nécessité d'adopter une approche régionale ou sous-régionale. Il n'y a guère sinon pas d'Etats Membres qui possèdent à eux seuls les ressources et le savoir-faire nécessaires pour réussir dans cette entreprise. Mais, globalement, la Région a quasiment tout le savoir-faire et toute la technologie dont elle a besoin. Cette approche commune devrait comporter les axes suivants :

- i) mise au point d'un cadre politique régional pour l'évaluation et la gestion de la technologie, en collaboration avec le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et le Programme de Technologie de la santé ainsi que la Division du Renforcement des Services de Santé au Siège, qui ont récemment publié d'utiles guides sur la question (1-4)¹;
- ii) organisation par les Etats Membres au niveau national ou sur une base interpays de séminaires d'orientation pour les responsables politiques et les décideurs ainsi que de cours de formation à l'évaluation et à la gestion de la technologie pour les professionnels de santé;
- iii) intégration dans les programmes de formation du personnel de santé, des agents techniques et d'autres personnels appropriés de la théorie et de la pratique de l'évaluation et de la gestion de la technologie afin d'améliorer la qualité des soins;
- iv) mise au point détaillée d'un ensemble Technologie essentielle, assorti d'un calcul des coûts, pour diverses catégories d'établissements de santé du système de district et, par la suite, de niveaux provincial et national; le document AFR/RC44/TD/3 est à cet égard un bon point de départ; l'information qu'il contient devrait aider les Etats Membres à décider des technologies de santé à acquérir et des autres priorités en matière d'intervention.

23. A la lumière de ces considérations, les participants aux Discussions techniques ont examiné les principales questions ci-dessous indiquées en rapport avec la sélection et le développement de technologies de santé au niveau du district, à savoir :

- les politiques
- les directives relatives à l'acquisition, la gestion et la maintenance de l'équipement
- l'information/l'allocation de ressources
- les ressources humaines.

24. Le présent rapport est un résumé des discussions.

25. Les données de base des documents AFR/RC44/TD/1 et AFR/RC44/TD/3 ont fait bonne impression aux participants qui ont recommandé que ceux-ci soient utilisés par les Etats Membres comme documents de travail pour la préparation des politiques nationales sur les technologies de santé.

26. Les participants ont examiné avec soin les questions posées dans la directive AFR/RC44/TD/2. Leurs analyses, conclusions et recommandations sont reproduites dans les paragraphes qui suivent.

¹ 1. Plan d'action mondial sur la gestion, la maintenance et la réparation des équipements de soins de santé (OMS/SHS/NHP/87.8).

2. Perfectionnement des personnels pour un service technique des soins de santé (OMS/SHS/NHP/90.4).

3. Rapport de la seconde réunion des conseillers régionaux en matière d'évaluation du développement des technologies et de leur transfert, Alexandrie (Egypte), octobre 1993 (TEC/94.2).

4. Promotion de l'utilisation de l'évaluation technologique pour améliorer les soins de santé dans les pays en développement : Rapport d'un groupe de travail, Copenhague (Danemark), mai/juin 1994 (TEC/94.1).

Politiques

27. Les participants ont remarqué qu'il n'y a pas de politique claire en matière de technologie de santé dans la plupart des pays de la Région et qu'en raison de difficultés de financement, la mise en oeuvre d'une politique pose plus de problèmes que sa formulation. Les suggestions qui suivent ont été faites en vue de surmonter ces problèmes :

- i) les politiques relatives à la technologie devraient être envisagées avec le financement des structures nécessaires à leur mise en oeuvre.
- ii) Ces politiques devraient promouvoir la production de l'équipement de base au niveau local ou à l'intérieur de la Région.
- iii) Les obstacles à la formulation et à la mise en oeuvre des politiques en matière de technologies de santé devraient être surmontés au moyen de séminaires d'orientation à l'intention des responsables politiques et des décideurs, par le biais de la formation des professionnels de santé, de l'éducation du grand public et par le renforcement du processus de planification et de budgétisation au sein des Ministères de la Santé.

Directives relatives à l'acquisition, la gestion et la maintenance de l'équipement

28. On a fait remarquer que les principaux problèmes rencontrés avec l'équipement sont liés à la médiocrité des méthodes de maintenance, à l'absence de normes et de normalisation et aux restrictions budgétaires. Pour redresser la situation, les mesures suivantes ont été suggérées :

- i) chaque Etat Membre devrait adopter une liste des technologies normalisées requises pour les interventions essentielles à différents niveaux de la pyramide santé. Il serait toutefois utile de disposer en temps voulu de politiques communes en matière de technologies de la santé, comme il en existe déjà pour les médicaments essentiels;
- ii) il faudrait encourager des achats auprès des fournisseurs qui travaillent sans but lucratif comme UNIPAC et ECHO et, chaque fois que possible, grouper les achats des différents pays;
- iii) il conviendrait de mettre sur pied des structures pour gérer et entretenir le matériel aux niveaux national et sous-régional; des lignes directrices devraient être formulées pour le matériel fourni à titre de dons.

Information

29. Les participants, ayant pris note du manque d'information sur les technologies de la santé, ont proposé les mesures suivantes pour l'avenir afin de remédier à la situation :

- i) il faudrait disposer d'un minimum d'information de base, notamment de documentation sur les technologies de la santé et de cartes sanitaires indiquant les établissements de santé en état de fonctionnement, le personnel disponible et les données épidémiologiques;
- ii) au niveau central, il faudrait renforcer les points focaux pour la collecte, le traitement et la diffusion de l'information;

- iii) il conviendrait de décentraliser la gestion de l'information et de faire circuler l'information dans les deux sens - de la périphérie vers le centre et inversement. Il faudrait pour cela intégrer l'information sur les technologies de la santé dans les systèmes d'information gestionnaire et sanitaire et renforcer le système de communication.

Allocations de ressources

30. Les participants ont proposé les mesures ci-après pour pallier les carences au niveau de l'affectation des ressources :

- i) décentraliser les budgets nationaux relatifs aux technologies de la santé et assurer l'amortissement du matériel;
- ii) donner une autonomie financière à certains établissements de santé;
- iii) créer des systèmes nationaux pour mobiliser des fonds extrabudgétaires auprès d'organisations internationales, d'institutions bilatérales et d'ONG.

Ressources humaines

31. Les participants ont proposé les mesures suivantes :

- i) il faudrait mettre sur pied un corps de professionnels des technologies de la santé, en lui offrant des possibilités de promotion et de bonnes conditions de travail, de façon à attirer et conserver des professionnels des services techniques; une gestion rationnelle des personnels est indispensable dans ce domaine;
- ii) pour assurer le perfectionnement, il conviendrait d'organiser une formation continue à l'intention du personnel technique;
- iii) le recouvrement des coûts devrait s'accompagner d'un partage des revenus avec le personnel d'entretien.

CONCLUSION

32. Les participants ont conclu en insistant une nouvelle fois sur l'importance des technologies de la santé dans l'amélioration de la qualité des soins et en soulignant le rôle que le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et les Etats Membres devraient jouer pour encourager l'utilisation et la gestion rationnelles de ces technologies.

33. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique devrait aider les Etats Membres à élaborer et mettre en oeuvre des politiques nationales en matière de technologies de la santé de façon à s'attaquer aux questions soulevées, notamment au plan des grandes orientations, de la formation et de l'appui à l'information. Dans un premier temps, il serait utile de mettre sur pied un cadre politique régional pour l'évaluation et la gestion des technologies, en collaboration avec le Programme OMS de Technologie de la santé et la Division OMS du Renforcement des Services de Santé, au Siège.

34. Il faudrait que les Etats Membres collaborent entre eux et avec l'OMS pour :

- i) organiser des séminaires d'orientation à l'intention des responsables politiques et des décideurs, ainsi que des cours de formation en matière d'évaluation et de gestion de la technologie à l'intention des professionnels de la santé;
- ii) inscrire dans les programmes de formation du personnel de santé, des agents des services techniques et d'autres personnels appropriés, la théorie et la pratique de l'évaluation et de la gestion des technologies afin d'améliorer la qualité des soins;
- iii) mettre au point de façon détaillée un ensemble de technologies essentielles, assorties d'un calcul des coûts, pour diverses catégories d'établissements de santé du système de district et, par la suite, aux niveaux provincial et national.

**PROJET D'ORDRE DU JOUR PROVISOIRE
DE LA QUARANTE-CINQUIEME SESSION¹
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 biennal du Directeur régional pour 1993-1994
 - 6.2 Salubrité de l'environnement : Analyse des tendances
 - 6.3 Prévention du SIDA dans la Région africaine : Rapport de situation
 - 6.4 Tabac ou santé
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 approuvées par l'Assemblée mondiale de la Santé et par le Conseil exécutif
 - 7.2 Ordres du jour de la Quatre-vingt-quinzième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé : Incidences régionales
 - 7.3 Méthodes de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé
8. Examen du rapport du Sous-comité du Programme
 - 8.1 Programme de lutte contre le paludisme et les autres maladies tropicales : Rapport de situation
 - 8.2 Programme élargi de vaccination : Progrès accomplis dans l'élimination du tétanos néonatal, la lutte contre la rougeole et l'éradication de la poliomyélite
 - 8.3 Progrès accomplis dans l'éradication de la dracunculose

¹ Annexe 3 du Document AFR/RC44/10.

-
- 8.4 Santé des jeunes et des adolescents : Rapport de situation et analyse des tendances
 - 8.5 Prévention des incapacités et réadaptation : analyse de la situation régionale et tendances futures
 - 8.6 Stratégies d'amélioration de la qualité des soins dans les formations sanitaires de la Région africaine
- 9. Discussions techniques
 - 9.1 Présentation du rapport des discussions techniques
 - 9.2 Nomination du Président et du Vice-Président des Discussions techniques de 1996
 - 9.3 Choix du sujet des Discussions techniques de 1996
 - 10. Dates et lieux des quarante-sixième et quarante-septième sessions du Comité régional en 1996 et 1997
 - 11. Adoption du rapport du Comité régional
 - 12. Clôture de la quarante-cinquième session du Comité régional.

LISTE DES DOCUMENTS

AFR/RC44/1 Rév.1	Ordre du jour
AFR/RC44/2 AFR/RC44/2 Corr.1 et AFR/RC44/2 Add.1	Projet de Budget Programme 1996-1997
AFR/RC44/3	Rapport succinct du Directeur régional
AFR/RC44/4	Mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000 dans la Région africaine de l'OMS - Troisième surveillance continue
AFR/RC44/5 Rév.1¹	Situation nutritionnelle dans la Région africaine
AFR/RC44/6	Lutte contre le SIDA : Situation actuelle dans la Région africaine
AFR/RC44/7	Stratégie régionale en vue d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale dans la Région africaine
AFR/RC44/8	Rapport d'activités du Programme de Financement des Soins de Santé (HECAFIP)
AFR/RC44/9	Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif
AFR/RC44/10	Ordre du jour de la quatre-vingt-quinzième session du Conseil exécutif et de la Quarante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé : Indicences régionales
AFR/RC44/11	Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé
AFR/RC44/12	Rapport du Sous-Comité du Programme
AFR/RC44/13	Élimination de la lèpre dans la Région africaine
AFR/RC44/13 Add.1	Programme de lutte contre la tuberculose
AFR/RC44/14	Programme élargi de vaccination : Éradication de la poliomyélite et élimination du tétanos néonatal - Progrès accomplis
AFR/RC44/15	Éradication de la dracunculose dans la Région africaine de l'OMS : Progrès réalisés
AFR/RC44/16	Programme de lutte contre les infections respiratoires aiguës : Progrès réalisés

¹ Français seulement.

AFR/RC44/17	Rapport des Discussions techniques
AFR/RC44/18	Désignation du Président et du Président suppléant des Discussions techniques de 1995
AFR/RC44/19	Choix du sujet des Discussions techniques de 1995
AFR/RC44/20	Dates et lieux de la quarante-cinquième et quarante-sixième sessions du Comité régional en 1995 et 1996
AFR/RC44/21	Projet du Rapport du Comité régional
AFR/RC44/22 Rév.1	Programme provisoire du Sous-Comité du Programme
AFR/RC44/24	Liste des participants du Comité régional
AFR/RC44/23	Répartition par pays des fonctions exercées au cours des Comités régionaux précédents
AFR/RC44/25	Liste provisoire des participants au Sous-Comité du Programme
AFR/RC44/26-31	N'existe pas
AFR/RC44/32	Programme provisoire de travail de la réunion du Sous-Comité du Programme tenue le 13 septembre 1994
AFR/RC44/33	Participation des membres du Sous-Comité du Programme aux réunions présentant un intérêt programmatique
AFR/RC44/TD/1	Discussions techniques
AFR/RC44/TD/2	Directives pour les Discussions techniques
AFR/RC44/TD/3	Approche intégrée pour la technologie des soins de santé (Document d'information pour les Discussions techniques)
AFR/RC44/INF.DOC/1	Déclaration des participants à l'atelier sur les technologies sanitaires en Afrique sub-saharienne
AFR/RC44/INF.DOC/2	Afrique 2000 : Une initiative majeure pour la promotion de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement en faveur des personnes non desservies ou insuffisamment desservies
AFR/RC44/INF.DOC/3	Santé bucco-dentaire dans la Région africaine : Situation actuelle et action minimum pour l'améliorer
AFR/RC44/INF.DOC/4	Epidémie de dysenterie bacillaire dans la Région africaine (1979-1994)
AFR/RC44/INF.DOC/5	Contribution de l'OMS à la gestion de crise du Rwanda

AFR/RC44/WP/01	Rapport du Sous-Comité des Désignations
AFR/RC44/SCC/1	Liste des Pouvoirs (Document interne, non publié)
AFR/RC44/SCC/2	Premier rapport du Sous-Comité de Vérification des Mandats
AFR/RC44/Conf.Doc./1	Allocution d'ouverture du Ministre de la Santé de Botswana, Son Excellence le Dr B. K. Temane, Président de la quarante-troisième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique
AFR/RC44/Conf.Doc./2	Discours prononcé par le Dr G. L. Monekosso, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique
AFR/RC44/Conf.Doc./3	Allocution du Dr Hiroshi Nakajima, Directeur général, Organisation mondiale de la Santé
AFR/RC44/Conf.Doc./4	Discours de M. P. Gayama, Secrétaire général adjoint de l'Organisation de l'Unité africaine
AFR/RC44/Conf.Doc./5	Allocution du Général de Brigade Amadou Toumani Touré, Ancien Chef d'Etat du Mali
AFR/RC44/Conf.Doc./6	Discours d'ouverture de Son Excellence le Professeur Pascal Lissouba, Président de la République du Congo, Chef de l'Etat
AFR/RC44/Conf.Doc./7	Déclaration de M. Cole P. Dodge, Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique orientale et australe
AFR/RC44/Conf.Doc./8	Discours de M. E. V. K. Jaycox, Vice-Président de la Banque mondiale, chargé de la Région africaine Déclaration de Mme Torild Skard, Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique occidentale et du Centre
AFR/RC44/Conf.Doc./9	Discours de clôture du Dr H. Godinho Gomes, Ministre de la Santé de Guinée-Bissau, Président de la quarante-quatrième session du Comité régional de l'Afrique