

CONSEIL EXECUTIF

EB21/26
12 décembre 1957

Vingt et unième Session

ORIGINAL : ANGLAIS

Point 7.1 de l'ordre
du jour provisoire

COMITE REGIONAL DE L'AFRIQUE

Rapport sur la septième session

Le Directeur général a l'honneur de présenter au Conseil exécutif le Rapport sur la septième session du Comité régional de l'Afrique.¹

1. Les résolutions indiquées ci-après ont trait à des points figurant à l'ordre du jour de la vingt et unième session du Conseil :

Point 3.3 Procédure suivie par l'Assemblée mondiale de la Santé pour examiner le programme, le budget et les questions connexes (questions administratives, financières et de personnel)
Voir résolution AFR/RC7/R.5, page 8 du Rapport.

Point 6.2 Rapport sur les dispositions de détail prises pour la session commémorative du dixième anniversaire
Voir résolution AFR/RC7/R.9, page 9 du Rapport

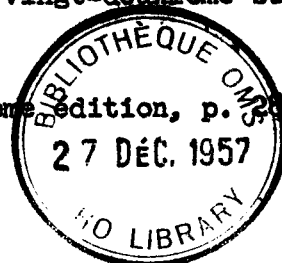
Point 8.6 Mode de nomination des directeurs régionaux
Voir résolution AFR/RC7/R.10, page 9 du Rapport.

2. En outre, les sections a), b) et c) de la Partie II et les résolutions AFR/RC7/R.2, R.3, R.4, R.6, R.7 et R.11 ont trait à des résolutions adoptées par la Dixième Assemblée mondiale de la Santé.

3. Conformément à la résolution WHA10.35 adoptée par la Dixième Assemblée mondiale de la Santé² sur la question de l'étude organique relative à la régionalisation, la résolution qui traite de cette question (résolution AFR/RC7/R.8) sera portée à l'attention du Conseil exécutif lors de sa vingt-deuxième session (juin 1958).

¹ Document AFR/RC7/13 Rev.1

² Recueil des Résolutions et Décisions, quatrième édition, p. 307



COMITE REGIONAL DE L'AFRIQUE

AFR/RC7/13 Rev.1
10 octobre 1957

Septième Session
Brazzaville, 16-21 septembre 1957

ORIGINAL : ANGLAIS

RAPPORT DE LA SEPTIEME SESSION DU COMITE REGIONAL DE L'AFRIQUE

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PARTIE I Rapport du Directeur régional

PARTIE II Autres questions discutées

- a) Questions découlant des résolutions adoptées par la Dixième Assemblée mondiale de la Santé
- b) Questions découlant des résolutions adoptées par le Conseil exécutif à sa dix-neuvième session
- c) Thème des discussions techniques à la prochaine session
- d) Date de la huitième session du Comité régional de 1958
- e) Date et lieu de la neuvième session du Comité régional de 1959

PARTIE III Révision du Programme pour 1958 et du projet de Programme et de Budget pour 1959

PARTIE IV Résolutions

- AFR/RC7/R.1 Rapport du Directeur régional
- R.2 Participation de l'OMS au Programme élargi d'Assistance technique
- R.3 Relations avec le FISE
- R.4 Droits et obligations des Membres associés et autres territoires à l'Assemblée mondiale de la Santé et au Conseil exécutif, ainsi que dans les organisations régionales
- R.5 Procédure suivie par l'Assemblée mondiale de la Santé pour examiner le Programme, le Budget et les questions connexes (questions administratives, financières et de personnel)
- R.6 Recouvrement des contributions annuelles et des avances au fonds de roulement

- AFR/RC7/R:7 Eradication du paludisme
- R.8 Etude organique du Conseil exécutif sur la régionalisation
- R.9 Célébration du Dixième Anniversaire de l'OMS
- R.10 Mode de nomination des directeurs régionaux
- R.11 Organisation et développement communautaire
- R.12 Date de la session de 1958
- R.13 Date et lieu de réunion de la session de 1959
- R.14 Programme de 1958
- R.15 Projet de Programme et de Budget pour 1959
- R.16 Résolution de remerciements

PARTIE V Discussions techniques

ANNEXES :

- I. Ordre du jour
- II. Liste des délégués, représentants et observateurs
- III. Résumé des discussions techniques

INTRODUCTION

Le Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique a tenu sa septième session à Brazzaville (Afrique-Equatoriale française) du 16 au 21 septembre 1957.

Les Etats Membres et Membres associés de la Région africaine représentés étaient les suivants :

Belgique

France

Ghana

Libéria

Portugal

Royaume-Uni

Union sud-africaine

Fédération de la Nigéria (Membre associé)

Fédération de la Rhodésie et du Nyassaland (Membre associé)

Sierra Leone (Membre associé)

Un représentant des Nations Unies (FISE) était également présent, de même que des représentants de certaines institutions intergouvernementales et non gouvernementales. (La liste des délégués et des représentants figure à l'annexe II).

Le Président sortant, le Dr G. J. Janz (Portugal), a présidé la séance d'ouverture au cours de laquelle des allocutions ont été prononcées par M. Bonfils, Secrétaire général par intérim (Afrique-Equatoriale française), le Dr P. Kaul, Sous-Directeur général du Département des Services consultatifs, M. Tchitchellé, Ministre de la Santé du Moyen-Congo et le Dr Cambournac, Directeur régional.

Le Comité a constitué son Bureau pour la septième session de la manière suivante :

Président : Dr B. M. Clark (Union Sud-Africaine)

Vice-Président : Dr E. W. Q. Bannerman (Ghana)

Rapporteurs : d'expression française, le Dr J. B. Titus (Libéria)

d'expression anglaise, le Dr W. L. Barton (Royaume-Uni)

Le Directeur régional a commenté le programme de travail pour la session et a soumis un ordre du jour qui a été adopté à l'unanimité par le Comité. L'ordre du jour figure à l'Annexe I.

PARTIE I : RAPPORT DU DIRECTEUR REGIONAL

Le rapport annuel du Directeur régional pour la période du 1er juillet 1956 au 30 juin 1957 avait été distribué avant la session.

Dans la présentation de son rapport, le Directeur régional a notamment fait allusion à deux dates importantes de l'année considérée :

- 1) 6 mars 1957 : date de l'indépendance du nouvel Etat du Ghana et de l'admission ultérieure de ce pays comme Membre de plein exercice de l'OMS;
- 2) 27 août 1956 : date de l'inauguration du nouveau Bureau régional au Djoué.

Le rapport annuel est adopté à l'unanimité dans les termes de la résolution consignée à la IVème partie (AFR/RC7/R.1).

PARTIE II : AUTRES QUESTIONS DISCUTEES

a) Questions découlant des résolutions adoptées par la Dixième Assemblée mondiale de la Santé

WHA10.19 PARTICIPATION DE L'OMS AU PROGRAMME ELARGI D'ASSISTANCE TECHNIQUE

Après discussions, le Comité adopte la résolution consignée à la IVème partie (AFR/RC7/R.2).

WHA10.20 RELATIONS AVEC LE FISE

Le Comité régional prend note de la résolution WHA10.20 (AFR/RC7/R.3).

WHA10.24 DROITS ET OBLIGATIONS DES MEMBRES ASSOCIES ET AUTRES TERRITOIRES A L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE ET AU CONSEIL EXECUTIF, AINSI QUE DANS LES ORGANISATIONS REGIONALES

Le Comité régional prend note de la résolution WHA10.24 (AFR/RC7/R.4).

WHA10.27 PROCEDURE SUIVIE PAR L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE POUR EXAMINER LE PROGRAMME, LE BUDGET ET LES QUESTIONS CONNEXES (QUESTIONS ADMINISTRATIVES, FINANCIERES ET DE PERSONNEL)

Le Comité régional adopte à l'unanimité la résolution consignée à la IVème partie (AFR/RC7/R.5).

WHA10.30 RECOUVREMENT DES CONTRIBUTIONS ANNUELLES ET DES AVANCES AU FONDS DE ROULEMENT

Le Comité régional prend note de la résolution WHA10.30 (AFR/RC7/R.6).

WHA10.32 ERADICATION DU PALUDISME

Le Comité régional prend note de la résolution WHA10.32 (AFR/RC7/R.7).

WHA10.35 ETUDE ORGANIQUE DU CONSEIL EXECUTIF SUR LA REGIONALISATION

Le Comité régional prend note de la résolution WHA10.35 (AFR/RC7/R.8).

WHA10.42 CELEBRATION DU DIXIEME ANNIVERSAIRE DE L'OMS

Le Comité régional note avec satisfaction la décision de l'Assemblée mondiale de la Santé de convoquer une session spéciale en 1958, en vue de célébrer le Dixième Anniversaire de l'OMS. Le Comité décide de ne formuler aucune recommandation sur la question des orateurs à la session commémorative, et d'envoyer le procès-verbal des discussions à ce sujet, ensemble avec les réponses des gouvernements, au Directeur général (AFR/RC7/R.9).

b) Questions découlant des résolutions adoptées par le Conseil exécutif à sa dix-neuvième session

EB19.R61 MODE DE NOMINATION DES DIRECTEURS REGIONAUX

Le Comité adopte la résolution consignée à la IVème partie (AFR/RC7/R.10).

c) Organisation et développement communautaire

Le Comité adopte la résolution consignée à la IVème partie (AFR/RC7/R.11).

d) Date de la huitième session du Comité régional de 1958

Le Comité décide que la session de 1958 aura lieu à Monrovia (Libéria), du 22 au 27 septembre 1958 (AFR/RC7/R.12).

e) Date et lieu de réunion de la neuvième session du Comité régional de 1959

Le Comité a reçu une invitation du Gouvernement du Kenya pour tenir sa neuvième session à Nairobi en 1959. Le Comité exprime ses remerciements au Gouvernement du Kenya et accepte l'invitation (AFR/RC7/R.13).

PARTIE III : REVISION DU PROGRAMME DE 1958 ET ETUDE DU PROJET DE PROGRAMME ET DE BUDGET POUR 1959

Avant d'aborder l'étude de cette question, tous les délégués ont eu des consultations avec le Directeur régional et ses collaborateurs sur les programmes exécutés dans les pays et les programmes inter-pays. Avec l'autorisation du Président et à la demande du Directeur régional, le Chef des Services administratifs et financiers du Bureau régional prend la parole et attire l'attention du Comité sur les détails des prévisions budgétaires du Bureau régional, et se réfère aux révisions apportées au programme dans les pays pour 1958 et au programme et budget pour 1959.

Le Comité passe en revue les programmes inter-pays pour les années 1958 et 1959 et, après discussion, adopte le programme et le budget dans les termes de la résolution consignée à la IVème partie (AFR/RC7/R.15).

PARTIE IV : RESOLUTIONS

AFR/RC7/R.1 Rapport du Directeur régional

Le Comité régional de l'Afrique,

Ayant examiné le rapport annuel du Directeur régional pour la période du 1er juillet 1956 au 30 juin 1957,

ADRESSE ses félicitations au Directeur régional pour son excellent rapport, et après discussion

ADOpte le rapport annuel du Directeur régional.

AFR/RC7/R.2 Participation de l'OMS au Programme élargi d'Assistance technique

Le Comité régional de l'Afrique

PREND NOTE de la résolution WHA10.19 sur la participation de l'OMS au Programme élargi d'Assistance technique;

PREND NOTE avec satisfaction que le Comité de l'Assistance technique des Nations Unies a passé en revue, au cours de sa session de l'été 1957, la politique sur les projets régionaux et interrégionaux et a accepté d'ajouter un montant supplémentaire n'excédant pas 2 %, portant à un total de 12 % des ressources le montant prévu pour ces projets;

EXPRIME sa conviction qu'imposer une limitation sur les fonds disponibles pour des projets régionaux ou inter-pays est préjudiciable à l'assistance aux gouvernements dans le domaine de la santé lorsque la meilleure forme d'assistance est celle d'un programme englobant un groupe de pays;

ESPERE que cette politique fera l'objet d'une nouvelle révision par le Comité de l'Assistance technique des Nations Unies.

AFR/RC7/R.3 Relations avec le FISE

Le Comité régional de l'Afrique

PREND NOTE de la résolution WHA10.20 de la Dixième Assemblée mondiale de la Santé.

AFR/RC7/R.4 Droits et obligations des Membres associés et autres territoires à l'Assemblée mondiale de la Santé et au Conseil exécutif, ainsi que dans les organisations régionales

Le Comité régional de l'Afrique

PREND NOTE de la résolution WHA10.24 de la Dixième Assemblée mondiale de la Santé.

AFR/RC7/R.5 Procédure suivie par l'Assemblée mondiale de la Santé pour examiner le Programme, le Budget et les questions connexes (questions administratives, financières et de personnel)

Le Comité régional de l'Afrique,

Ayant pris note de la résolution WHA10.27,

Ayant étudié les procédures pour examiner le programme et le budget annuels de l'OMS,

Reconnaissant que les programmes régionaux sont établis en accord avec la politique générale adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé,

ESTIME que le Comité régional est l'organisme approprié pour discuter et établir le programme régional et les priorités appropriées;

PRIE le Directeur régional de transmettre cette résolution au Directeur général pour être présentée à la Onzième Assemblée mondiale de la Santé.

AFR/RC7/R.6 Recouvrement des contributions annuelles et des avances au fonds de roulement

Le Comité régional de l'Afrique

PREND NOTE de la résolution WHA10.30 de la Dixième Assemblée mondiale de la Santé.

AFR/RC7/R.7 Eradication du paludisme

Le Comité régional de l'Afrique

PREND NOTE de la résolution WHA10.32 de la Dixième Assemblée mondiale de la Santé.

AFR/RC7/R.8 Etude organique du Conseil exécutif sur la régionalisation

Le Comité régional de l'Afrique

PREND NOTE de la résolution WHA10.35 de la Dixième Assemblée mondiale de la Santé.

AFR/RC7/R.9 Célébration du Dixième Anniversaire de l'OMS

Le Comité régional de l'Afrique

PREND NOTE de la résolution WHA10.42 de la Dixième Assemblée mondiale de la Santé;

RECOMMANDE d'envoyer le procès-verbal des discussions qui ont eu lieu, ensemble avec les réponses des gouvernements, au Directeur général.

AFR/RC7/R.10 Mode de nomination des directeurs régionaux

Le Comité régional de l'Afrique,

Ayant pris note de la résolution EB19.R61,

Considérant que la proposition du Gouvernement de la Nouvelle-Zélande est inspirée par le souci de ce Gouvernement de s'entourer du maximum de garanties pour la nomination des directeurs régionaux,

Partageant la même préoccupation, et

Estimant qu'un directeur régional doit non seulement être averti des problèmes de la Région mais encore jouir de la confiance des Membres de la Région,

DECLARE que la procédure actuelle selon laquelle la nomination d'un candidat élu par le Comité régional est proposée au Conseil exécutif lui donne entière satisfaction;

SE PRONONCE à l'unanimité pour le maintien du statu quo;

PRIE le Directeur régional de transmettre cette résolution au Directeur général pour être examinée par le Conseil exécutif à sa vingt et unième session.

AFR/RC7/R.11 Organisation et développement communautaire

Le Comité régional de l'Afrique

PREND NOTE de la résolution WHA10.39 de la Dixième Assemblée mondiale de la Santé;

DECIDE que le thème des discussions techniques à la session de 1958 sera : "le développement communautaire et son aspect sanitaire".

AFR/RC7/R.12 Date de la session de 1958

Le Comité régional de l'Afrique

DECIDE que sa session de 1958 aura lieu à Monrovia (Libéria), du 22 au 27 septembre 1958.

AFR/RC7/R.13 Date et lieu de réunion de la session de 1959

Le Comité régional de l'Afrique

REMERCIE le Gouvernement du Kenya de son aimable invitation de tenir la neuvième session du Comité régional au Kenya, et

DECIDE que cette session aura lieu à Nairobi en septembre 1959.

AFR/RC7/R.14 Programme de 1958

Le Comité régional de l'Afrique

PREND NOTE du programme révisé de 1958 tel qu'il figure au document AFR/RC7/2.

APPROUVE l'exécution du programme révisé de 1958, sous réserve des amendements et des ajustements approuvés par le Comité après consultation entre les délégations et le Directeur régional.

AFR/RC7/R.15 Projet de programme et de budget pour 1959

Le Comité régional de l'Afrique

APPROUVE le projet de programme et prévisions budgétaires pour 1959, tel qu'il est présenté par le Directeur régional (document AFR/RC7/2), sous réserve des amendements et des ajustements adoptés par le Comité après consultation entre les délégations et le Directeur régional.

AFR/RC7/R.16 Résolution de remerciements

Le Comité régional de l'Afrique

PRESENTE, au nom des gouvernements représentés à la septième session du Comité régional, ses remerciements les plus sincères au Directeur régional et à tout le personnel de l'Organisation mondiale de la Santé qui a apporté sa collaboration au Comité régional, pour l'amabilité et pour l'esprit de coopération dont ils ont fait preuve ainsi que pour toutes les facilités mises à la disposition du Comité régional, et

REMERCIE en même temps les autorités françaises et la population de Brazzaville pour leur hospitalité et leur amabilité, qui ont tant contribué à rendre la présente session harmonieuse et agréable en tous points.

PARTIE V : DISCUSSIONS TECHNIQUES

Les participants de la septième session du Comité régional ont également pris part à des discussions techniques sur "le rôle des centres de santé ruraux dans la lutte contre les maladies endémiques dans la Région de l'Afrique", sous la présidence du Dr E. W. Q. Bannerman (Ghana), les rapporteurs étant le Médecin-Colonel C. L. V. Guiguen (France) et le Dr O. B. Alakija (Fédération de la Nigéria). Un résumé de ces discussions techniques est annexé au présent rapport (Annexe III).

ORDRE DU JOUR

1. Ouverture de la session du Comité régional
2. Election du Président, du Vice-Président et des Rapporteurs
3. Adoption de l'ordre du jour provisoire (AFR/RC7/1)
4. Rapport du Directeur régional (AFR/RC7/3)
5. Résolutions d'intérêt régional adoptées par la Dixième Assemblée mondiale de la Santé (AFR/RC7/4)
 - 5.1 Participation de l'OMS au Programme élargi d'Assistance technique (WHA10.19)
 - 5.1.2 Dépenses locales au titre du Programme élargi d'Assistance technique (AFR/RC7/9)
 - 5.1.3 Règles d'allocation des fonds au titre du Programme élargi d'Assistance technique (AFR/RC7/10)
 - 5.2 Relations avec le FISE (WHA10.20)
 - 5.3 Droits et obligations des Membres associés et autres territoires à l'Assemblée mondiale de la Santé et au Conseil exécutif, ainsi que dans les organisations régionales (AFR/RC7/R.9; WHA10.24)
 - 5.4 Procédure suivie par l'Assemblée de la Santé pour examiner le programme, le budget et les questions connexes (questions administratives, financières et de personnel) (WHA10.27; EB19.54; AFR/RC7/6)
 - 5.5 Recouvrement des contributions annuelles et des avances au fonds de roulement (WHA10.30)
 - 5.6 Eradication du paludisme (WHA10.32)
 - 5.7 Etude organique du Conseil exécutif sur la régionalisation (AFR/RC6/R.17; WHA10.35)
 - 5.8 Célébration du Dixième Anniversaire de l'OMS (WHA10.42; AFR/RC7/11)
6. Résolutions d'intérêt régional adoptées par le Conseil exécutif lors de sa dix-neuvième session (AFR/RC7/5)
 - 6.1 Mode de nomination des directeurs régionaux (EB19.R61; AFR/RC7/7)
7. Organisation et développement communautaire (AFR/RC7/8)

8. Programme de 1958
 - a) Revision du programme de 1958
 - b) Mise à exécution du programme de 1958
9. Programme et prévisions budgétaires 1959 (AFR/RC7/2)
 - a) Programme ordinaire
 - b) Assistance technique (avec priorités)
10. Date de la huitième session du Comité régional, 1958
11. Date et lieu de la neuvième session du Comité régional, 1959
12. Questions diverses
13. Examen du rapport sur les discussions techniques
14. Adoption du projet de rapport du Comité régional
15. Clôture de la session.

Remarque : Le Directeur régional a pris les mesures nécessaires en vue des discussions techniques consacrées au "Rôle des centres de santé ruraux dans la lutte contre les maladies endémiques dans la Région de l'Afrique", prévues dans le cadre de la session, et en vue de la présentation d'un rapport sur ces discussions techniques au Comité.

LIST OF REPRESENTATIVES AND OBSERVERS
LISTE DES REPRESENTANTS ET OBSERVATEURSDELEGATIONS OF MEMBER STATES
DELEGATIONS DES ETATS MEMBRESBelgium
Belgique

Docteur R. E. A. Lewillon
Directeur Général f.f. Services Médicaux du Congo Belge
Léopoldville

France

Médecin-Colonel P. M. Bernard
Chef du Bureau Technique de la Direction du Service de
Santé de la France d'Outre-Mer
Paris

Docteur L. P. Aujoulat
Représentant du Ministère de la Santé Publique
Paris

Médecin-Colonel M. Bonnaud
Directeur de la Santé Publique
Dakar

Médecin-Colonel C. L. V. Guiguen
Représentant de l'Afrique Equatoriale Française

Docteur E. Bilounga
Institut d'Hygiène
Douala

Ghana

Dr E. W. Q. Bannerman
Deputy Chief Medical Officer
Ministry of Health
Accra

Dr E. J. F. Djoletto
Principal Medical Officer
Ministry of Health
Accra

Liberia

Dr J. B. Titus
Assistant Director-General
National Public Health Service
Monrovia

Portugal

Dr G. J. Janz
Professeur d'Hygiène à l'Institut de Médecine Tropicale
Lisbonne

Dr J. Ferreira da Silva
Directeur des Services de Santé Publique
Mozambique

Dr F. J. Barata Feio
Directeur des Services de Santé
Angola

Union of South Africa
Union Sud Africaine

Dr B. M. Clark
Deputy Chief Health Officer
Pretoria

Mr A. J. Van Lille
Consul-General
South African Consulate
Léopoldville

United Kingdom
Royaume-Uni

Dr E. A. Trim
Director of Medical Services
Uganda

Dr W. J. M. Evans
Deputy Director of Medical Services
Tanganyika

Dr W. L. Barton
Senior Medical Officer
Zanzibar

Dr W. T. Thom
Director of Medical Services
Somaliland Protectorate

Dr E. P. Rigby
Acting Deputy Director of Medical Services
Kenya

DELEGATIONS OF ASSOCIATE MEMBERS
DELEGATIONS DES MEMBRES ASSOCIES

Federation of Nigeria
Fédération de la Nigéria

Dr O. B. Alakija
Principal Medical Officer
Lagos

Federation of Rhodesia and Nyasaland
Fédération de la Rhodésie et du Nyassaland

Dr R. M. Morris
Secretary for Health
Salisbury

Sierra Leone

Dr H. M. S. Boardman
Assistant Director of Medical Services
Freetown

REPRESENTATIVES OF THE UNITED NATIONS AND SPECIALIZED AGENCIES
REPRESENTANTS DES NATIONS UNIES ET INSTITUTIONS SPECIALISES

United Nations
Nations Unies

Dr R. V. Marti, Chief, UNICEF Area Office, Brazzaville

Mr J. L. Vinck, Field Representative, UNICEF Area Office, Brazzaville

REPRESENTATIVES OF INTERGOVERNMENTAL AND NON-GOVERNMENTAL ORGANIZATIONS
REPRESENTANTS D'ORGANISATIONS INTERGOUVERNEMENTALES ET NON-GOUVERNEMENTALES

Commission for Technical Co-operation in Africa south of the Sahara
Commission pour la Coopération technique en Afrique au sud du Sahara

Mr G. M. Greenwood, Assistant Secretary-General, CCTA, London

International Committee of Military Medicine and Pharmacy
Comité International de Médecine et de Pharmacie militaires

Dr R. E. A. Lewillon, Services Médicaux du Congo Belge, Léopoldville

International Council of Nurses
Conseil International des Infirmières

Madame G. Pasques, Boîte Postale 521, Brazzaville

International Union for Health Education of the Public
Union Internationale pour l'Éducation sanitaire de la population

Médecin-Colonel C. L. V. Guiguen, Service de Santé, Brazzaville

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

Madame D. Marbot, Boîte Postale 11, Brazzaville

RESUME DES DISCUSSIONS TECHNIQUES¹

1. Suite à la décision du Comité régional à sa sixième session (résolution AFR/RC6/R.18), le thème des discussions techniques à la septième session était : "Le rôle des centres de santé ruraux dans la lutte contre les maladies endémiques dans la Région de l'Afrique".

Seize documents provenant de treize pays différents ont été reçus, pour étude par les participants. L'un des documents était une introduction par le Directeur régional du rapport de la seconde réunion sur la coordination des campagnes antipaludiques en Afrique, organisées sous les auspices de l'OMS, et dans lequel il est fait allusion aux centres de santé ruraux.

Ces documents ont été présentés dans leur ordre de réception au Bureau régional, par leurs auteurs, ou par un participant du pays intéressé.

2. Nous nous sommes efforcés de dégager ci-après les idées principales autour desquelles se sont déroulées les discussions.

3. L'évolution des conceptions sur les centres de santé. On a beaucoup insisté sur la notion qu'on ne peut concevoir de schéma stéréotypé du centre de santé rural, ni de modèle standard.

Il semble que c'est vers 1930 qu'un changement est intervenu : d'un système de médecine curative prévoyant un petit nombre de services médicaux complets (principalement cliniques), on évolua vers une médecine préventive et un système de services sanitaires élargi, et de services mobiles. Plusieurs phases se sont succédé au cours de cette évolution et il semble qu'aujourd'hui il est courant de placer les centres de santé à un niveau intermédiaire entre le dispensaire rural et l'hôpital de district.

¹ Président : Dr E. W. Q. Bannerman (Ghana). Rapporteurs : Dr C. L. V. Guiguen (France) et Dr O. B. Alakija (Fédération de la Nigéria)

Des formations mobiles ont été créées, dont l'objectif principal fut la lutte contre les maladies endémiques les plus importantes telles que la trypanosomiase ou le pian. Par la suite, et lorsque ces formations mobiles furent parvenues à abaisser considérablement l'incidence de ces maladies, elles furent rendues polyvalentes, équipées et organisées de manière à leur permettre de lutter contre un certain nombre de maladies endémo-épidémiques, et ainsi qu'à assurer localement le traitement de certains types de malades. Dans certains pays, les formations mobiles sont centrées sur les principaux centres de santé; dans d'autres, elles constituent une organisation distincte. Parfois, il existe deux types de formations mobiles : des équipes autonomes destinées à la lutte contre des maladies telles que la lèpre ou la trypanosomiase, l'autre type formant une partie de l'organisation générale des services de santé. En tout cas, il est clair, d'après les discussions, que partout, ou bien les formations mobiles travaillent déjà en coopération avec les centres de santé (c'est-à-dire elles sont "articulées" avec ceux-ci), ou bien on envisage de réaliser une telle coordination.

Dans beaucoup de pays, les centres de santé - et les formations mobiles - sont organisés de façon à permettre instantanément leur emploi contre une seule maladie, en cas d'épidémie, et pour la durée nécessaire.

L'hygiène rurale et l'assainissement jouent un rôle de plus en plus important dans les centres de santé, et dans le travail des formations mobiles; il en va de même pour l'éducation sanitaire de la population.

Partout, la protection maternelle et infantile représente l'un des aspects prédominants du travail des centres de santé.

Tous les participants s'accordent à reconnaître la nécessité de l'organisation de visites à domicile à partir des centres de santé.

4. Quelques aspects de la polyvalence des centres de santé. Dans certains pays, les centres de santé fonctionnent aussi comme services de consultations spécialisées : tuberculose, maladies vénériennes, lèpre.

Parfois le personnel de ces centres assure le traitement à domicile de certains malades.

5. Le personnel. On admet généralement que les centres de santé peuvent travailler sous la responsabilité d'un infirmier ou d'une infirmière qualifiés, formés aux différentes disciplines de la médecine curative et de l'hygiène rurale. (Les centres ruraux peuvent toujours diriger les malades sur les hôpitaux de district.)

Souvent, le personnel comprend une sage-femme, une visiteuse d'hygiène, un inspecteur sanitaire. Leur formation varie de pays à pays, et selon les moyens locaux. Les discussions ont montré cependant que l'unanimité existait sur quelques principes de base, à vrai dire peu nombreux, sur lesquels elle s'établit.

6. Le développement communautaire entraîne la création de centres de santé qui, à leur tour, le favorisent. Il faut tenir compte des besoins réels des communautés locales, savoir quel effort les autorités locales sont prêtes à fournir, avec participation de la population, jusqu'à quel point il sera possible d'encourager cette participation, en fonction des possibilités financières et de main-d'oeuvre, compte tenu aussi d'éventuelles difficultés et de l'importance de celles-ci.

Dans plusieurs pays, les centres de santé ruraux sont à la charge des localités : frais de construction et de fonctionnement.

Au Ghana, le Département du "Social Welfare and Community Development" coopère activement avec le Ministère de la Santé dans la diffusion de la propagande sanitaire.

Au Kenya, bien que les services officiels chargés du développement communautaire soient plutôt axés sur l'amélioration de l'habitat sous l'angle culturel que sous celui de l'hygiène, ils coopèrent cependant avec les centres de santé.

En Rhodésie du Nord et au Nyassaland (Fédération de la Rhodésie et du Nyassaland), des centres de santé sont construits par les localités, puis "offerts" au Ministère de la Santé, qui fournit le personnel.

Au Cameroun sous administration française, les communes rurales assurent la construction, l'organisation et le fonctionnement des centres de santé. Ces activités sont financées au moyen d'une taxe spéciale dite de "solidarité sociale", spontanément acceptée par les populations. Ce système a été élaboré afin de permettre la construction de centres de santé ruraux sans faire appel à des fonds du budget général.

On doit inculquer à la population le sens de ses responsabilités vis-à-vis de ces institutions, et lui apprendre à en tirer le maximum d'avantages.

Là où existent des programmes de développement communautaire, la confiance de la population dans les services de santé et dans leur efficacité s'en trouve aisément affirmée et développée.

Le personnel sanitaire doit saisir toute occasion de gagner la confiance de la population. Les malades sont enclins à rechercher et à accepter des conseils ; ils veulent guérir et ils veulent savoir comment rester en bonne santé. Les résultats de la thérapeutique créent des "flots" de confiance. Ces flots peuvent servir de tremplins et être exploités pour créer un climat de confiance en la médecine préventive. C'est à ce stade qu'intervient l'éducation sanitaire de la population.

7. L'éducation sanitaire de la population au centre de santé. C'est au centre de santé que l'éducation sanitaire peut et doit atteindre la population. Du personnel africain devrait être formé à cette fin.

En Ouganda, le personnel appelé à travailler dans le domaine de l'éducation sanitaire dans les centres de santé suit un cours de trois mois dans une école "de développement communautaire".

Des contacts personnels, des visites aux familles et auprès de petits groupes donnent d'excellents résultats. D'où la grande importance des infirmières visiteuses, des diététiciens et des inspecteurs sanitaires. Ils parlent avec les habitants et les éduquent en donnant des explications. Plusieurs orateurs ont souligné l'importance de dénominateurs communs. Bien qu'il n'y ait pas lieu de rechercher

des définitions, il est presque toujours possible de partir de ces dénominateurs communs ; il faut aller au villageois dans son milieu rural, il faut l'éduquer afin qu'il soit persuadé de la primauté de la médecine préventive.

C'est ainsi que, dans un pays, l'expression "villager" a été créée. En créant des villages, en faisant accepter aux habitants les principes du développement communautaire, en leur donnant le sens des responsabilités, et la fierté de leurs propres affaires, on aide considérablement l'action des services de santé, y compris celle des centres de santé. On est déjà parvenu, par exemple, dans ce pays, à faire protéger les sources par la population et à lui faire comprendre l'utilité de telles mesures, de même pour l'utilisation de simples filtres à sable.

Au centre de santé, des causeries sont souvent faites sur des questions de puériculture. Le matériel d'éducation sanitaire déjà produit dans certains pays, et adapté aux conditions locales, est utilisé lors de démonstrations dans les centres de santé, ou à l'occasion de visites à domicile.

8. En résumé : il n'est pas souhaitable d'essayer de formuler des définitions à propos des centres de santé ruraux. Nul ne peut prétendre apporter une réponse pour un pays qui n'est pas le sien. Aucune réponse n'est donc applicable à l'ensemble de l'Afrique. Les circonstances et le milieu épidémiologique varient non seulement selon la géographie, mais encore dans le temps. Ceci reste vrai à l'intérieur d'un même pays. Le principe fut unanimement retenu selon lequel l'administration, en milieu rural, ne doit jamais se satisfaire des seules réalisations antérieures. La conception même de ce que doit être un centre de santé, et de son usage, doit rester soumise à une révision constante. L'administration doit se tenir au courant de l'évolution dans ce domaine.

Même si cela s'avère difficile, il est nécessaire de prévoir trois ou quatre années à l'avance les types de personnels et les effectifs adéquats afin de définir dans la mesure du possible les programmes d'enseignement, y compris les matières prioritaires.

En fonction de l'évolution, ce personnel doit être astreint à suivre des cours de perfectionnement. Presque tous les orateurs ont souligné l'importance de l'éducation sanitaire de la population dans le cadre des activités du centre de santé.