



CONSEIL EXECUTIF

Quatre-vingt-troisième session

Point 7 de l'ordre du jour provisoire

RAPPORTS DES DIRECTEURS REGIONAUX SUR TOUS FAITS NOTABLES SUR LE PLAN REGIONAL,  
Y COMPRIS DES QUESTIONS INTERESSANT LES COMITES REGIONAUX

Rapport du Directeur régional pour l'Afrique

Le Directeur général a l'honneur de présenter au Conseil exécutif un rapport du Directeur régional pour l'Afrique qui met en relief les faits notables survenus dans la Région, parmi lesquels des questions évoquées à la trente-huitième session du Comité régional. Si les membres du Conseil désirent consulter le rapport complet du Comité régional, celui-ci est à leur disposition dans la salle du Conseil exécutif.

Table des matières

	<u>Paragraphes</u>
Introduction .....	1-5
Analyse de la situation sanitaire dans les provinces (niveau intermédiaire) ...	6
Indicateurs régionaux de la santé pour tous .....	7-9
Bibliothèque et centre de documentation sur les sciences de la santé .....	10-14
Quarantième anniversaire de l'OMS .....	15-18
Fonds spécial d'action sanitaire pour l'Afrique .....	19-22
L'initiative de Bamako .....	23-26
Coordination pour le développement sanitaire et social .....	27-40
Union interparlementaire .....	28-31
FISE .....	32-33
Programme des Nations Unies pour le Développement .....	34-37
Banque africaine de Développement .....	38
Commission économique pour l'Afrique .....	39-40
Bulletin épidémiologique .....	41
Questions intéressant le Comité régional .....	42-64
Rapport succinct du Directeur régional pour 1987 .....	43-49
Examen du programme de lutte contre le SIDA .....	50-56
Progrès réalisés dans la lutte contre le paludisme .....	57-64
Programme de nutrition .....	65-71
Système régional de coordination des opérations du programme .....	72-75
Programme élargi de vaccination .....	76-80
Faits importants en matière de gestion et de soutien administratifs .....	81-87
Conclusion .....	88

INTRODUCTION

1. Les activités sanitaires et connexes mises en oeuvre dans les pays tout au long de l'année 1988 et les résolutions adoptées par les organes directeurs pour la Région africaine de l'OMS reflètent les dures réalités de la crise économique et sociale dans laquelle est plongée l'Afrique, tout comme la détermination et l'engagement total des Etats Membres de la Région africaine de l'OMS employés à assumer leurs responsabilités pour assurer le développement sanitaire de la Région.

2. Les chefs d'Etats et de gouvernements membres de l'OUA ont reconnu que les sécheresses, les inondations, les famines, les épidémies et autres situations d'urgence étaient révélatrices de la fragilité de la structure socio-économique de la Région. Ils sont convenus que les problèmes fondamentaux qui sont à la base de la crise économique et sociale devraient être attaqués à la racine par le biais de transformations durables.

3. Les Etats Membres de la Région africaine sont profondément convaincus que l'intensification de leurs efforts pour la mise en place de systèmes de santé nationaux fondés sur les soins de santé primaires (dans le cadre du scénario de développement sanitaire en trois phases adopté à la trente-cinquième session du Comité régional tenue à Lusaka en 1985) aboutira à des activités de développement des districts dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autonomie et notamment à un cycle bien développé de gestion de l'action de santé; l'objectif final est la santé de l'individu, de la famille et de la communauté dans toute la Région africaine d'ici l'an 2000.

4. Le rapport<sup>1</sup> de la Conférence internationale sur le facteur humain dans le redressement économique et le développement de l'Afrique, tenue à Khartoum en 1988, et le texte de la Déclaration de Khartoum (section I.5) affirment que "l'homme étant au coeur de tout développement, seule la condition humaine permet, en définitive, de mesurer le développement. Améliorer cette condition est essentiel pour les hommes pauvres et vulnérables qui constituent la majorité de nos populations en Afrique. Les hommes et les femmes d'Afrique doivent être les principaux agents et les bénéficiaires ultimes de tout programme de développement".

5. Cette approche est conforme à l'idée d'axer le développement sanitaire sur le district pour atteindre les objectifs énoncés dans la Déclaration d'Alma-Ata.

#### ANALYSE DE LA SITUATION SANITAIRE DANS LES PROVINCES (NIVEAU INTERMEDIAIRE)

6. Pendant l'année, des équipes des bureaux régional, interpays et de pays de l'OMS ont fait le point de la situation sanitaire avec des représentants de 44 pays et recueilli des données sur le rôle du niveau intermédiaire dans le soutien technique apporté aux districts de provinces/régions sélectionnés dans le cadre du scénario de développement en trois phases. Cette étude a été faite sur la base du document établi pour les discussions techniques tenues à la session de 1988 du Comité régional sur le thème "Appui technique aux soins de santé primaires : rôle du niveau intermédiaire pour accélérer l'instauration de la santé pour les Africains". Un plan et une liste de vérifications pour la description de l'appui technique aux soins de santé primaires au niveau intermédiaire ont servi de questionnaire; sur 44 pays, 28 (64 %) ont répondu au questionnaire; au total, 28 provinces (c'est-à-dire une par pays) ont été prises en compte pour l'étude. Les provinces ont été choisies en fonction des données disponibles. Afin de faciliter l'analyse de ces données, une matrice a été mise au point pour l'étude des réseaux hospitaliers, des administrations sanitaires et des administrations de secteurs liés à la santé dans les provinces.

#### INDICATEURS REGIONAUX DE LA SANTE POUR TOUS

7. Pour évaluer l'impact des soins de santé primaires et suivre les progrès de l'accélération de l'instauration de la santé pour tous, le Comité régional réuni à sa trente-septième session à Bamako, au Mali, a adopté une résolution sur l'appui opérationnel aux soins de santé primaires au niveau local. Il y priait le Directeur régional d'aider les pays à développer leurs systèmes de collecte de données sur les activités sanitaires de district.

---

<sup>1</sup> Conseil économique et social de l'Organisation des Nations Unies, Commission économique pour l'Afrique. "Déclaration de Khartoum : vers une approche du redressement socio-économique du développement de l'Afrique centrée sur l'homme." Khartoum, 8 mars 1988. Pour le texte de la Déclaration, voir l'annexe I de la note verbale du 27 juin 1988 adressée au Secrétaire général sur la situation économique et critique en Afrique par le représentant permanent du Soudan auprès de l'Organisation des Nations Unies (document des Nations Unies A/43/430).

8. Un document qui énumère 27 indicateurs régionaux et énonce des principes directeurs pour la collecte des données aux fins d'enquêtes dans les ménages au niveau du district a été préparé par le Bureau régional après avoir été examiné à différents niveaux.

9. Les 27 indicateurs établis pour la Région africaine serviront à mesurer l'impact des soins de santé primaires au niveau du village/de la communauté et à évaluer les progrès réalisés d'une année sur l'autre. Les résultats obtenus en 1989 serviront de base aux activités futures de surveillance.

#### BIBLIOTHEQUE ET CENTRE DE DOCUMENTATION SUR LES SCIENCES DE LA SANTE

10. Le nouveau centre de documentation sur les sciences de la santé a pu être présenté aux représentants qui assistaient à la trente-huitième session du Comité régional. La bibliothèque a été créée pour 1) assurer l'information du public au moyen d'expositions; 2) fournir des informations scientifiques, techniques et gestionnaires; et 3) constituer des banques de données qui pourront être consultées par le personnel du Bureau régional et le grand public.

11. Un nouveau complexe qui s'étend sur deux étages abrite maintenant non seulement des livres et des documents mais aussi une banque de données moderne. Les installations d'informatique de la bibliothèque comportent un système utilisant un micro-ordinateur pour le traitement des fiches bibliographiques sur cartes et logiciels et une mémoire fixe sur disque compact. Ce nouveau matériel devrait faciliter l'accès au système MEDLINE/MEDLARS.

12. La bibliothèque est divisée en quatre modules. Dans l'un, sont exposées les publications récentes et l'autre présente 120 de plus de 3000 revues reçues régulièrement au Bureau régional. Le troisième est un module prototype des documents des représentants de l'OMS dans la Région, et de ceux du Siège et des Bureaux régionaux, y compris les rapports du Comité régional et du Directeur régional. Le quatrième module contient les documents officiels de l'OMS et des six Bureaux régionaux ainsi que des séries et des périodiques.

13. Cette collection comporte environ 10 000 ouvrages. Bien qu'il y ait un service de prêt, les ouvrages de référence ne peuvent être consultés que sur place. Les livres ne peuvent être prêtés que si le service des Publications et de la Documentation ne les possède pas et, même dans ce cas, uniquement à des fonctionnaires de l'OMS.

14. Dans la mesure où le bureau du représentant de l'OMS sert de point focal pour les documents de l'OMS dans tous les pays, il est prévu d'installer dans chacun de ces bureaux des micro-ordinateurs afin que les disquettes disponibles au Bureau régional puissent aussi être aisément consultées dans chaque pays.

#### QUARANTIEME ANNIVERSAIRE DE L'OMS

15. L'année 1988 a été marquée par une intensification des activités destinées à promouvoir l'information et l'éducation sanitaires dans la Région africaine sur des thèmes se rapportant à des événements spéciaux.

16. Ces manifestations ont non seulement bénéficié de la participation de personnalités aux niveaux les plus élevés, mais ont aussi été largement couvertes par tous les médias. Des conférences ont été données dans les pays par des spécialistes éminents sur différents sujets; certaines administrations nationales ont imprimé des bandes dessinées et des calendriers portant pour chaque mois de l'année un message de santé différent; d'autres ont organisé des défilés, présenté des films, publié des indications sur les moyens de se prémunir contre la maladie alors que d'autres encore recouraient à la législation pour combattre des menaces telles que le tabagisme.

17. La Région africaine a également bénéficié d'un renforcement des liens entre l'OMS et des médias à l'échelle d'un continent (Pan-American News Agency (PANA), Africa Number One, Union of African National Radio and Television (URTNA)) d'une part, des agences d'information/éducation étrangères (Africa Health, Afrique Médecine et Santé) d'autre part.

18. Les manifestations organisées pour le quarantième anniversaire de l'OMS ont été couronnées par la présence et l'allocution émouvante du Dr J. N. Togba, ancien Ministre de la Santé du Libéria. Il avait été invité à s'adresser à la trente-huitième session du Comité régional en sa qualité de dernier signataire africain vivant de la Constitution de l'OMS. Il a évoqué les étapes successives et parfois difficiles de la création de l'OMS, en particulier dans la Région africaine, et s'est félicité des progrès accomplis au cours des quarante années écoulées.

#### FONDS SPECIAL D'ACTION SANITAIRE POUR L'AFRIQUE

19. La déclaration des chefs d'Etat et de gouvernements de l'OUA réunis en juillet 1987 à Addis-Abeba, la Conférence interparlementaire sur "La santé, base du développement en Afrique" (juin 1988) et la résolution AFR/RC38/R14 adoptée par le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique à sa trente-huitième session (septembre 1988) préconisent la création d'un fonds spécial d'action sanitaire pour l'Afrique.

20. Il a été noté que les pays qui ne sont pas en mesure d'obtenir une aide extérieure suffisante éprouvent des difficultés à faire face à des besoins urgents, surtout lorsque se posent des problèmes particuliers, par exemple des épidémies. Dans certains cas, ces pays reçoivent une aide d'urgence de l'extérieur pour faire face à la sécheresse, à la famine ou à des conflits armés mais lorsque ce type d'aide est appliqué aux services de santé, ils ne peuvent en bénéficier pour des programmes de reconstruction ou de développement à long terme.

21. Même les pays qui bénéficient d'une aide extérieure importante sont confrontés au problème chronique du manque de crédits et de matériels pour faire face aux besoins sanitaires qui ne sont normalement pas satisfaits de cette façon; la plus grande partie de l'aide extérieure va à des activités précises de lutte contre la maladie.

22. Les pays africains qui en auraient besoin pourraient faire appel au fonds spécial pour obtenir une aide rapide qui leur permettrait de faire face à des situations sanitaires critiques imprévues.

#### L'INITIATIVE DE BAMAKO

23. Au cours de sa trente-huitième session, en septembre 1988, le Comité régional a examiné et adopté un document conjoint de l'OMS et du FISE contenant des principes directeurs pour la mise en oeuvre de l'initiative de Bamako. Cette initiative, lancée par le Comité régional dans sa résolution AFR/RC37/R6 à Bamako, au Mali, en septembre 1987, demandait au FISE et à l'OMS d'aider à accélérer la mise en oeuvre des soins de santé primaires au niveau du district en donnant la priorité aux femmes et aux enfants.

24. Le but de l'initiative de Bamako est de renforcer l'action communautaire pour améliorer les taux de survie et la qualité de la vie des femmes et des enfants. Elle est conçue pour encourager la communauté à participer activement aux soins de santé primaires par la distribution de médicaments essentiels et de fournitures de base pour constituer un système de "financement par l'utilisateur" et de recouvrement des coûts et créer un fonds de roulement qui, avec l'aide des instances du district et d'échelons supérieurs, garantira des prestations de santé durables.

25. L'initiative de Bamako serait plus efficacement appliquée par une décentralisation de la prise des décisions en matière de santé au niveau du district, la gestion au niveau de la communauté des soins de santé primaires, un système de financement par les usagers placé sous le contrôle de la communauté, une politique pharmacologique nationale réaliste et la distribution de médicaments essentiels conduisant à l'autonomie des soins de santé primaires axés sur les mesures propres à promouvoir la santé des femmes et des enfants.

26. Des mesures garantissant aux plus défavorisés de pouvoir utiliser les services de soins de santé primaires, par exemple la gratuité des soins ou des subventions, pourraient être envisagées, les critères à appliquer dans ce domaine étant définis en coopération avec les membres de la communauté.

## COORDINATION POUR LE DEVELOPPEMENT SANITAIRE ET SOCIAL

27. La Région africaine a resserré ses liens avec d'autres organisations, le système des Nations Unies et des organisations bilatérales et non gouvernementales. Les activités suivantes sont révélatrices de l'extension de la coopération entre l'OMS et d'autres institutions dans la Région africaine.

Union interparlementaire

28. Conformément à une décision prise par le Conseil interparlementaire à sa cent-quantième session en avril 1987, la Conférence interparlementaire sur la santé, base du développement en Afrique, s'est tenue à Brazzaville du 27 juin au 1<sup>er</sup> juillet 1988 sur l'invitation du groupe interparlementaire du Congo. Cette conférence était organisée conjointement par l'Union interparlementaire (UIP) et le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique en coopération avec l'Union des Parlements africains.

29. Cette conférence a réuni au total 92 délégués dont 52 membres de parlements de 15 pays africains : Algérie, Angola, Congo, Egypte, Gabon, Guinée-Bissau, Maroc, République centrafricaine, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Soudan, Togo, Zaïre, Zambie et Zimbabwe. Les thèmes suivants ont été examinés : 1) accélération de l'action de santé et de développement au niveau local par un partenariat entre les populations et les gouvernements; 2) renforcement de la participation des secteurs apparentés au développement sanitaire; 3) mobilisation de ressources à l'appui des activités sanitaires; 4) rôle mobilisateur de la population pour le développement sanitaire : rôle de l'engagement communautaire.

30. Dans ses conclusions et recommandations, la Conférence a 1) apporté son plein appui aux efforts fournis par l'OMS pour promouvoir le développement sanitaire en Afrique; 2) lancé un appel à tous les parlements africains et, par leur intermédiaire, à leurs gouvernements pour qu'ils soutiennent activement les efforts de l'OMS en faveur du développement sanitaire; 3) prié l'OMS et l'UIP de coopérer étroitement pour appuyer les recommandations de la Conférence et veiller à ce qu'elles soient mises en oeuvre dans les Etats Membres; 4) recommandé la création d'un fonds spécial d'action sanitaire pour l'Afrique sous les auspices du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique;<sup>1</sup> 5) demandé à l'OMS, au FISE et aux autres organisations internationales du système des Nations Unies ainsi qu'aux organismes intergouvernementaux et non gouvernementaux d'aider les parlements des pays africains à approfondir leur connaissance des problèmes critiques posés par le développement sanitaire en organisant des séminaires, des voyages d'études ainsi qu'en établissant des publications et des documents appropriés.

31. La Conférence a également adopté des appels concernant l'évacuation des déchets industriels, radioactifs et toxiques en Afrique (voir le paragraphe 49 ci-dessous).

## FISE

32. La quatrième réunion consultative annuelle des Directeurs régionaux de l'OMS et du FISE s'est tenue à Brazzaville les 1<sup>er</sup> et 2 septembre 1988. Son objectif était de faire le point de l'expérience de la collaboration au niveau des pays depuis septembre 1987. Les participants ont étudié les directives opérationnelles pour la mise en oeuvre de l'initiative de Bamako et passé en revue la collaboration entre le Bureau régional de l'OMS et le FISE, notamment les rapports de groupes techniques communs sur le programme élargi de vaccination, ainsi que la nutrition, la lutte contre les maladies diarrhéiques, la préparation aux situations d'urgence, le SIDA, la mortalité néonatale, l'eau et l'assainissement et le paludisme.

33. Les progrès de la collaboration entre l'OMS et le FISE ont été très satisfaisants ces dernières années. La mise en oeuvre de l'initiative de Bamako ne fera que renforcer cette collaboration.

---

<sup>1</sup> Voir les paragraphes 19 et 22 ci-dessus.

### Programme des Nations Unies pour le Développement

34. Le PNUD continue de coopérer avec l'OMS et les deux organisations ont fourni des efforts considérables pour promouvoir la Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement par l'intermédiaire des représentants résidents du PNUD dans les Etats Membres. Le PNUD a financé deux postes en 1987 (Madagascar et Mozambique) et organisé de nombreuses missions de consultants en coopération avec le Bureau régional de l'OMS.

35. Le PNUD a demandé aux autorités compétentes du Bureau régional de formuler des observations sur les plans établis pour la gestion des programmes de pays prévus pour plusieurs Etats Membres de la Région africaine. Il est apparu dans la réponse qu'il était jugé nécessaire de renforcer les activités de développement sanitaire dans les districts, lesquelles ne sont pas toujours prises en compte dans les plans. Le PNUD a été informé de l'importance de cette nouvelle orientation politique de l'action de développement sanitaire dans la Région. Les représentants résidents du PNUD dans les Etats Membres en ont également été informés, ainsi que de faits récents tels que l'initiative de Bamako et la Déclaration de l'OUA sur la santé comme base du développement en Afrique. Le Bureau régional a soumis au PNUD un certain nombre de propositions de projets en vue d'un financement et notamment un projet de développement sanitaire axé sur le district dans la Région africaine conçu pour développer l'action intersectorielle pour la santé au niveau du district à l'appui du développement socio-économique et mobiliser le soutien de la population pour une action basée dans la communauté en vue de la santé pour tous; un autre projet concerne la préparation de réactifs immunologiques et immunodiagnostiques par le Cameroun et le Nigéria (afin de désigner et soutenir dans chaque pays une institution capable de produire des réactifs pour le diagnostic immunologique). Une avance a été versée pour l'établissement d'un rapport préparatoire qui sera envoyé au PNUD à New York.

36. En mai 1988, M. Damiba, Directeur régional du PNUD pour l'Afrique, a adressé à tous les représentants résidents dans la Région une lettre circulaire les invitant instamment à se rendre au Bureau régional de l'OMS pour y recevoir des informations; six représentants résidents ont jusqu'ici répondu à cette demande.

37. A l'occasion de la trente-huitième session du Comité régional, M. Damiba, en tant qu'invité du Directeur régional et qu'intervenant chargé d'une allocution d'orientation, a donné sa conception globaliste de la santé qui fait intervenir de multiples facteurs. Il s'est également déclaré conscient de la place unique qu'occupe la santé dans le processus de développement.

### Banque africaine de Développement

38. Une réunion sur le programme de coopération entre l'OMS et la Banque africaine de Développement s'est tenue du 1<sup>er</sup> au 5 février 1988 à Brazzaville. La Banque a informé le Bureau régional que la cinquième reconstitution des ressources du Fonds africain de Développement se montait à US \$2,5 milliards, dont 15 % seront alloués à la santé et à l'éducation entre 1988 et 1990. De plus, au cours du programme opérationnel quinquennal 1987-1991, la Banque envisage de prêter de US \$5,6 milliards à US \$7,3 milliards, dont 8 % seront alloués à des activités de santé et d'éducation. Les rôles respectifs des deux organisations dans l'utilisation de ces ressources pour le développement sanitaire de la Région sont actuellement définis. En attendant, des missions conjointes ont été prévues au Bénin, aux Comores, au Congo, au Malawi et au Mozambique.

### Commission économique pour l'Afrique

39. La collaboration avec la Commission économique pour l'Afrique (CEA) s'est concrétisée dans la première réunion du Groupe technique commun OMS/AFRO/CEA sur la santé comme base du développement socio-économique, tenue du 29 au 30 octobre 1987 à Brazzaville. Les discussions ont été axées sur l'échange d'informations concernant les politiques, les stratégies et les plans d'action des deux organisations. 1) La CEA a été instamment priée de tenir compte, dans toutes ses grandes recommandations de politique concernant la situation économique et sociale en Afrique, de la Déclaration de l'OUA sur la santé comme base du développement et du plan d'action de l'OMS pour accélérer l'instauration de la santé pour tous en

l'an 2000 dans les Etats Membres de la Région africaine au niveau local et d'insérer des rapports sur la situation sanitaire dans son bilan annuel de la situation économique et sociale en Afrique. 2) Au sujet de la coopération technique entre les pays en développement d'Afrique, il a été recommandé, dans la mesure où les ressources disponibles pour faire face aux besoins des pays et où les moyens des deux organisations sont inadéquats, que l'OMS et la CEA s'efforcent ensemble de mobiliser des ressources pour promouvoir des projets communs de coopération technique entre les pays en développement d'Afrique. Une telle collaboration devrait être intégrée aux programmes de l'OMS et de la CEA. 3) Il a été recommandé de créer une commission technique de l'OMS et de la CEA pour examiner les problèmes posés par la coopération entre les deux organisations et suivre l'exécution de leurs projets communs. Par ailleurs, afin de promouvoir et de renforcer la collaboration, le Directeur régional de l'OMS et le Secrétaire exécutif de la CEA devraient se réunir tous les deux ans à Brazzaville et à Addis-Abeba pour faire le point des activités des deux organisations et donner des instructions pour leur orientation future.

40. Enfin, l'OMS a préparé un document concernant les modifications structurelles, la santé, la nutrition et l'aide alimentaire dans la Région africaine qui a été présenté à la Conférence internationale de Khartoum, organisée par la CEA, sur le facteur humain dans le redressement économique et le développement de l'Afrique. Il ressort de ce document que lorsque les gouvernements sont obligés de réaliser des économies, c'est dans bien des cas aux dépens du secteur de la santé.

#### BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE

41. En collaboration avec l'AID des Etats-Unis d'Amérique, la Région africaine de l'OMS a lancé un bulletin épidémiologique trimestriel en 1988. Ce bulletin paraît en anglais et en français dans la même publication. Son but est de renforcer l'information sanitaire et l'appréciation des tendances des programmes de lutte et de faciliter la communication de données de l'OMS aux niveaux central et intermédiaire des Etats Membres. Il visera plus particulièrement à tenir les Etats Membres informés des tendances de la situation sanitaire et des mesures de lutte en particulier dans la Région africaine. Il s'adresse aux épidémiologistes des ministères de la santé, des services médicaux de province et de district, aux épidémiologistes/infirmiers, aux inspecteurs de la santé publique et aux établissements de formation des personnels de santé.

#### QUESTIONS INTERESSANT LE COMITE REGIONAL

42. La trente-huitième session du Comité régional de l'Afrique a été officiellement ouverte le 7 septembre 1988, à Brazzaville, par le Professeur Mady, Vice-Président de la trente-septième session du Comité régional, en présence de S. E. le colonel Denis Sassou Nguesso, Chef de l'Etat et Président de la République du Congo, du Dr H. Nakajima, Directeur général de l'OMS, de M. Damiba, Directeur régional du PNUD pour l'Afrique et du Dr Togba, qui fut il y a 40 ans l'un des cosignataires de la Constitution de l'OMS.

#### Rapport succinct du Directeur régional pour 1987

43. De nombreuses délégations ont exprimé leur satisfaction sur ce point de l'ordre du jour et ont insisté sur les questions suivantes :

44. L'initiative de Bamako a reçu l'appui de la plupart des intervenants, dont certains ont vu là une approche révolutionnaire de la mise en oeuvre des soins de santé primaires. De l'avis de tous, pour que l'initiative porte ses fruits, il faudra qu'elle soit intégrée dans le système de santé national. A ce sujet, il a été relevé que certains Etats Membres avaient déjà introduit dans leurs programmes des médicaments essentiels certains aspects de l'initiative tels que le système de recouvrement des coûts, qui présente entre autres avantages celui de contribuer à équilibrer le budget de la santé.

45. Le Comité s'est vivement félicité de la coopération élargie avec d'autres institutions du système des Nations Unies et avec des organisations bilatérales et non gouvernementales, telle qu'elle avait été exposée dans le rapport du Directeur régional. Il a vu



dans cette tendance un moyen viable de rassembler des ressources supplémentaires pour la santé en une période où les besoins sont énormes.

46. La Déclaration de l'OUA sur la santé, base du développement, est apparue comme un tournant en ce sens qu'elle a sensibilisé davantage les hommes politiques de la Région au rôle important de la santé dans le processus de développement national. La perspective d'une réunion au sommet de l'OUA sur la santé se précise maintenant, tout particulièrement en raison du besoin manifeste d'encourager les responsables politiques à s'attaquer de front aux immenses problèmes de santé de la Région.

47. Le scénario en trois phases du développement sanitaire : la plupart des orateurs ont remercié le Directeur régional d'avoir introduit le scénario en trois ans qui recouvre en partie le plan d'action pour la mise en oeuvre de la santé pour tous dans la Région, fondé sur les soins de santé primaires. Certains orateurs se sont déclarés convaincus que le scénario avait amélioré la participation communautaire au développement sanitaire. D'autres ont considéré la décentralisation des ressources et des pouvoirs de gestion au niveau du district, les intenses efforts déployés dans le domaine de la formation des personnels à tous les niveaux et le renforcement des compétences de "leadership" comme étant la clef du succès du scénario.

48. Urgences économiques et autres : devant la situation économique alarmante que connaissent beaucoup de pays, le Comité a demandé au Directeur régional de prendre les mesures nécessaires pour renforcer la capacité du Bureau régional de maîtriser de manière efficace ces facteurs contraignants. Des efforts particuliers s'imposent dans les programmes de lutte contre la maladie, notamment pour les méthodes de recherche et l'adoption de solutions rapides et efficaces sur le terrain. On a également souligné la nécessité d'une protection civile dans la Région. Certains orateurs se sont félicités de l'initiative du Directeur régional d'organiser un certain nombre d'ateliers sur les secours en cas d'urgence et la protection civile. Le Comité a également appuyé la création d'un fonds spécial pour le développement sanitaire en Afrique, spécialement destiné à soulager les souffrances pendant les situations d'urgence.

49. Déversement de déchets toxiques et industriels : le Comité a unanimement condamné cette pratique, qui a été considérée comme lourde de risques incalculables pour la Région. Une résolution a été adoptée sur la question (résolution AFR/RC38/R8).

#### Examen du programme de lutte contre le SIDA

50. L'examen a porté sur l'évolution de l'épidémie, les principales caractéristiques épidémiologiques dans les différentes zones géographiques, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), la tuberculose et les maladies sexuellement transmissibles, la menace que le SIDA fait peser sur la réalisation de l'objectif de la santé pour tous et la nécessité de stratégies anti-SIDA multisectorielles, adaptées à chaque situation, en insistant particulièrement sur l'action au niveau du district.

51. Le Comité s'est félicité de la rapidité avec laquelle l'OMS avait répondu aux demandes des pays et a souhaité que cet élan se maintienne.

52. Toutefois, les moyens nécessaires à la mise en oeuvre des programmes nationaux excèdent les possibilités des Etats Membres. Il a donc été proposé que, pour gagner du temps, les discussions soient axées sur les moyens de mobiliser des ressources à l'appui des programmes nationaux, et sur le rôle de l'OMS en ce domaine.

53. Le Comité a attiré l'attention sur l'influence des cultures et des comportements étrangers ainsi que sur l'effet de l'exode rural sur la transmission et la propagation de l'infection à VIH et du SIDA dans les pays africains.

54. En conséquence, on a insisté sur la nécessité de définir clairement les facteurs et cofacteurs de risques en Afrique et d'élaborer des stratégies appropriées qui tiennent pleinement compte des coutumes et des traditions dominantes et qui fassent appel à la participation de tous les individus, familles et collectivités.

55. Le Comité a souligné la nécessité de bien connaître les problèmes d'infrastructure et les faits susceptibles d'inhiber la mise en oeuvre des stratégies générales de prévention et de lutte.

56. Enfin, les représentants ont tout particulièrement appelé l'attention sur la nécessité d'adopter et d'appliquer des politiques et des mesures propres à garantir la gestion et l'utilisation efficaces et efficientes des moyens disponibles. Le Comité a adopté une résolution reprenant ces différents points.

#### Progrès réalisés dans la lutte contre le paludisme

57. Le Comité a reconnu que le rapport du Directeur régional présentait une analyse objective de la situation paludologique dans la Région.

58. Il a noté que, malgré la gravité que revêt le paludisme pour la santé publique puisque c'est une cause importante de morbidité et de mortalité évitables dans la plupart des pays et qu'il a des conséquences socio-économiques, il ne semble pas y avoir eu de progrès notables dans la lutte antipaludique, qui se heurte à nombre d'obstacles importants.

59. Il y a tout d'abord le coût des mesures visant à réduire la morbidité, la mortalité et la prévalence de la maladie - l'incapacité des Etats Membres de financer la mise en oeuvre et le maintien de ces mesures de lutte pendant une période prolongée.

60. Deuxièmement, la communauté internationale et les organismes donateurs refusent de débloquent des fonds pour les activités antipaludiques comme ils l'ont fait pour le programme élargi de vaccination, les programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques et d'autres programmes, bien qu'ils soient conscients de l'importance du paludisme pour la santé publique et le développement socio-économique et de la nécessité de prévenir et de combattre cette maladie.

61. Troisièmement, on craint que la prévention et la lutte contre le paludisme et d'autres maladies endémiques importantes ne soient négligées du fait d'une réorientation des ressources et de l'attention vers le SIDA. Le Comité a par conséquent vivement recommandé que l'on déploie de sérieux efforts pour ne pas négliger le paludisme et d'autres maladies endémiques dans un souci de prévenir l'infection à VIH et le SIDA.

62. Le Comité a donc demandé que l'on recense les priorités avec réalisme afin d'attribuer équitablement les ressources nationales en accordant à la lutte antipaludique l'importance qu'elle mérite.

63. Différents orateurs ont lancé un appel à la communauté internationale pour qu'elle fournisse des ressources, et demandé à l'OMS d'adopter une politique agressive pour mobiliser des ressources. Au cours des discussions sur certaines stratégies et programmes de lutte nationaux contre le paludisme, les participants ont évoqué les principaux problèmes auxquels se heurte la mise en oeuvre des programmes de lutte antipaludique.

64. Le Comité a vivement préconisé aussi la promotion, la stimulation et l'encouragement de la recherche sur l'épidémiologie du paludisme dans la Région, ainsi que l'élaboration de techniques appropriées en même temps qu'efficaces et économiques pour prévenir et combattre le paludisme dans les différentes conditions socio-économiques et épidémiologiques de la Région.

#### PROGRAMME DE NUTRITION

65. Le programme de nutrition met l'accent sur l'appui aux activités à base communautaire au niveau du district.

66. Consciente de la nécessité de mieux coordonner les contributions des différentes organisations au développement de l'alimentation et de la nutrition, l'OMS a été à l'origine de la création de ces éléments clefs que sont les groupes spéciaux et les groupes techniques

interorganisations. L'un d'entre eux, le Groupe technique OMS/FISE/FAO sur la Nutrition dans la Région africaine, s'est réuni pour la première fois à Brazzaville en juillet 1987. Il a discuté de secteurs d'intérêts communs, a adopté son mandat et a convenu de se réunir tous les ans au mois de juillet.

67. Une consultation interinstitutions, à laquelle participaient des représentants de la CEA, de la FAO, de l'OUA, du PNUD, du FISE et de l'OMS, s'est tenue à Addis-Abeba du 30 novembre au 2 décembre 1987, en vue de définir les mécanismes qui permettront de coordonner et de renforcer l'appui conjoint des institutions aux pays dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition, particulièrement au niveau du district. On a défini le mandat qui sera confié à un groupe spécial de la Région africaine sur le développement de l'alimentation et de la nutrition.

68. Un groupe spécial sur la lutte contre les troubles dus à une carence en iode a été institué, et a discuté de l'iodation du sel au cours de sa deuxième réunion. L'Ethiopie se prépare à assurer à grande échelle l'iodation du sel; la République-Unie de Tanzanie produit déjà du sel iodé, en quantité limitée. Au Kenya et au Malawi, la loi interdit la vente de sel non iodé. Des consultants de l'OMS sur l'iodation du sel se sont rendus dans 12 pays de la Région.

69. Douze pays ont bénéficié d'une coopération technique pour l'élaboration de programmes nationaux de lutte contre les troubles dus à une carence en iode. Un soutien financier a été obtenu par quatre pays grâce à la Commission internationale OMS/FISE de lutte contre les troubles dus à une carence en iode, et quatre autres pays ont organisé des réunions nationales. Le Comité régional a adopté à sa trente-huitième session une résolution pressant les Etats Membres d'accélérer, avec l'aide de l'OMS, les mesures prises pour l'iodation du sel. Plusieurs organisations, dont la DANIDA, le Centre canadien de Recherche pour le Développement international et la Commission internationale OMS/FISE, ont apporté des fonds pour financer différents points de la lutte contre les troubles dus à une carence en iode.

70. La création d'une banque régionale de données sur les indicateurs anthropométriques et l'anémie a été entreprise, et un atelier régional sur la surveillance nutritionnelle et le traitement des données a été organisé en avril 1988 à l'intention des pays anglophones. Un séminaire analogue aura lieu en 1989 pour les pays francophones. Le Groupe technique OMS/FISE/FAO sur la Nutrition ainsi que le groupe spécial de la Région africaine sur le développement de l'alimentation et de la nutrition se sont réunis en août 1988. Ils ont recommandé l'apport par les organisations d'un appui commun aux activités de développement de l'alimentation et de la nutrition au niveau du district.

71. La plupart des projets du Programme mixte OMS/FISE de soutien à la nutrition - ceux d'Ethiopie, du Mali, du Mozambique, du Niger et de la République-Unie de Tanzanie - auront bientôt achevé la phase I, et ont marqué des progrès satisfaisants. Un plan d'action régional a déjà été préparé et approuvé pour la phase II.

#### SYSTEME REGIONAL DE COORDINATION DES OPERATIONS DU PROGRAMME

72. Le système de Coordination des Opérations du Programme pour la Région africaine (AFROPOC) a été institué en 1986 par le Directeur régional pour améliorer l'efficacité opérationnelle et assurer une utilisation optimale des ressources grâce à un appui direct aux pays; il s'agissait en particulier de 1) soutenir des organismes conjoints gouvernements/OMS au niveau des pays, et 2) veiller à ce que les pays reçoivent une réponse rapide lorsqu'ils ont besoin d'un appui coordonné. Ce système permet de contrôler plus facilement l'exécution des activités et l'utilisation des ressources, ainsi que d'évaluer la coopération de l'OMS avec les Etats Membres. L'utilisation du système fait l'objet d'un rapport périodique.

73. Le rapport établi à la fin du premier trimestre insistait notamment sur la mise en place du système au niveau des pays (planification des activités, échange de lettres, difficultés, etc.). A la fin du deuxième trimestre, les programmes avaient fait des progrès satisfaisants, en dépit de certaines contraintes dues à des excès de reprogrammation ou de correspondance.

74. Les grands problèmes qui se sont posés ont été les suivants :

- non-utilisation des formules requises pour surveiller la mise en oeuvre des activités en fonction des ressources disponibles ou prévues;
- en ce qui concerne l'exécution du programme :
  - a) insuffisance des crédits par rapport aux besoins exprimés en matière de développement des personnels;
  - b) retard dans la justification des dépenses, ce qui pose un problème aux services comptables du Bureau régional;
  - c) imprécision de certaines demandes établies par les pays, et retard dans la soumission de ces demandes;
  - d) retard dans le recrutement de consultants (procédures et acceptation par le pays);
- sur le plan des relations :
  - a) insuffisance des communications entre les représentants de l'OMS et les pays au sujet de certains types de requêtes;
  - b) intégration insuffisante des unités techniques du Bureau régional dans le système AFROPOC.

75. Des recommandations ont été formulées pour tourner ces difficultés et renforcer ainsi le système à tous les niveaux.

#### PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

##### Principales activités en 1988

76. Eradication de la poliomyélite : la Région a entrepris un certain nombre d'activités pour préparer la mise en oeuvre de la résolution WHA41.28. On citera notamment : l'évaluation de la situation sur le plan de la poliomyélite dans 21 pays; un examen des services de laboratoire dans sept pays; la collecte d'informations sur la poliomyélite auprès des pays, avec la collaboration, par exemple, de Rotary International; une table ronde sur l'éradication de la poliomyélite a été organisée en août au Bureau régional pour étudier les informations susmentionnées et décider de l'action ultérieure. Si l'on parvient à conserver l'impulsion donnée par l'Année africaine de la Vaccination, on peut espérer parvenir à éradiquer la poliomyélite dans la Région.

77. Elimination du tétanos néonatal dans la Région africaine d'ici 1995 : à la lumière des progrès réalisés par le PEV et compte tenu de l'énorme appui politique extérieur dont ce programme a bénéficié dans la majorité des pays de la Région africaine, le Comité régional a adopté à l'unanimité, à sa trente-huitième session, une résolution historique sur l'élimination du tétanos néonatal dans la Région d'ici 1995. En collaboration avec des agences extérieures telles que Resources for Child Health, USA ("REACH"), Combating Childhood Communicable Diseases (CCCD) et l'Association canadienne de Santé publique, l'OMS organise une série d'ateliers de transfert du savoir-faire pour la préparation de plans d'action appliquant différentes stratégies au niveau local afin d'éliminer le tétanos néonatal. Deux de ces ateliers se sont tenus en juillet et en septembre, et 20 pays y ont participé; le troisième aura lieu en décembre 1988.

78. Intégration au PEV de la vaccination contre la fièvre jaune : la question a été discutée par le Groupe technique OMS/FISE sur la vaccination, lors de la réunion qu'il a tenue du 21 au 24 août 1988 à Nairobi. On s'occupe de donner suite à la recommandation que les pays d'endémie amarile envisagent d'intégrer la vaccination contre la fièvre jaune dans les activités habituelles du PEV.

79. Système d'information : un rapport national de surveillance devra être établi tous les six mois par l'administrateur national du PEV et les représentants de l'OMS et du FISE dans les pays. Le système informatisé d'information du PEV (EPIIS) a été mis en place au Bureau régional et dans quelques pays qui possèdent des systèmes compatibles avec le système d'information du PEV au Siège de l'OMS.

80. Evaluation des programmes élargis de vaccination nationaux : huit de ces évaluations ont été menées à bien, contrôlant les progrès accomplis par les programmes nationaux et identifiant de nouvelles stratégies d'un bon rapport coût/efficacité. Selon les rapports réguliers et les enquêtes nationales de couverture, la majorité des Etats Membres de la Région a dépassé les 50 % dans la couverture vaccinale contre plusieurs maladies cibles du PEV. Quelques-uns d'entre eux ont même commencé à enregistrer certaines réductions dans la morbidité, ce qui est le but ultime du PEV.

#### FAITS IMPORTANTS EN MATIERE DE GESTION ET DE SOUTIEN ADMINISTRATIFS

81. Parallèlement à l'évolution programmatique, des faits nouveaux importants se sont produits en matière de gestion et de soutien administratifs. De nouvelles machines ont été installées au Bureau régional pour imprimer, reproduire et assembler les documents. On a déjà mené à bien la moitié du programme de modernisation de la production de documents. Les documents du Comité régional étaient prêts à temps pour la session de 1988.

82. Après examen du programme à moyen terme de développement des personnels, on a retenu comme prioritaires les zones suivantes : 1) la formation des représentants de l'OMS; 2) la formation linguistique; 3) les cours de bureautique pour les assistants administratifs; 4) un "briefing" officiel pour le personnel nouveau venu dans la Région; et 5) des cours de recyclage pour les superviseurs chargés d'enseigner le traitement de textes. Des représentants de l'OMS ont participé à trois séminaires interrégionaux; des cours de français ont été organisés à trois niveaux; deux cours de formation d'assistant administratif ont été donnés, l'un en français et l'autre en anglais; un manuel d'information générale a été établi, et l'on a rationalisé le processus de "briefing" pour le personnel et les notabilités. Du personnel du PNUD, du FISE, du FNUAP et du Siège de l'OMS a été reçu et "briefé" au Bureau régional. L'unité du Développement et de la Formation des Personnels du Siège a prêté son assistance pour l'exécution du programme régional.

83. Le type de coopération demandé par les pays évoluant, il a fallu supprimer une douzaine de postes d'ingénieurs sanitaires, d'infirmiers/ères et de techniciens de laboratoire, ce qui a obligé à mettre fin à l'engagement de certains membres du personnel. Le Sous-Comité du Programme du Comité régional a noté que certains programmes importants n'avaient pas été choisis par les pays, en raison peut-être de contraintes économiques temporaires. Le Sous-Comité a demandé au Directeur régional de maintenir en vigueur des programmes importants délaissés par les pays.

84. Un pays, le Malawi, a demandé la coopération de l'OMS pour rationaliser ses services informatiques; cette mission a été confiée à un membre du personnel de la section informatique. Au Nigéria, un épidémiologiste de l'OMS a fait pour le Ministère de la Santé une étude sur l'appui informatique accessible aux soins de santé primaires. De manière générale, le Bureau régional favorise l'informatisation des bureaux des représentants de l'OMS, en vue de pouvoir répondre à la demande croissante d'informations épidémiologiques, notamment sur le SIDA et sur la nutrition.

85. On s'inquiète beaucoup de la lenteur des livraisons de fournitures et de matériels aux pays et aux projets, en particulier aux projets financés sur des fonds extrabudgétaires. L'unité de Gestion administrative du Siège a étudié la structure de l'unité des Fournitures au Bureau régional, et recommandé une restructuration, qui a été accomplie. Il apparaît, au bout d'un an, que cela n'est pas suffisant et que le nœud du problème se trouve dans les procédures régissant les achats, qui touchent l'ensemble de l'Organisation. Il est proposé de demander d'y apporter des modifications pour la Région africaine. D'autres Régions ne connaissent pas les mêmes problèmes d'approvisionnement, en raison de la situation géographique des pays fournisseurs.

86. L'unité régionale du Budget et des Finances a reçu en succession rapide la visite des vérificateurs intérieurs des comptes, des commissaires aux comptes et des équipes chargées de l'audit des politiques. Une autre visite prévue pour 1988 a été remise jusqu'à la mi-1989. Le projet de budget programme pour 1990-1991 a été examiné par le Comité régional et approuvé sans amendement.

87. Enfin, ce qui est peut-être le plus important pour l'avenir des opérations de l'OMS en Afrique, le Gouvernement congolais a donné son accord de principe à l'établissement d'un projet de communication par satellite, reliant le Bureau régional à Genève et à d'autres pays de la Région africaine. Des avis techniques ont été demandés à la Division de l'Appui aux Systèmes d'Information du Siège pour la réalisation d'une étude de faisabilité.

#### CONCLUSION

88. On peut résumer ainsi les objectifs spécifiques de l'Organisation dans la Région :

- 1) intensifier au niveau local/de district l'action visant à appliquer simultanément toutes les principales stratégies des soins de santé primaires;
- 2) appuyer le développement de systèmes nationaux de santé complets, qui soutiendront à leur tour la mise en oeuvre des soins de santé primaires au niveau du district;
- 3) étendre et renforcer la présence de l'OMS sur le terrain et consolider son rôle constitutionnel en matière de coordination et de coopération technique avec les Etats Membres;
- 4) remédier à certaines des contraintes imposées par l'insuffisance des communications dans une région très étendue;
- 5) promouvoir et soutenir la décentralisation de la prise de décisions en matière de santé dans les pays, de manière à faciliter la mise en oeuvre des soins de santé primaires;
- 6) renforcer la surveillance des activités et l'évaluation des progrès vers la santé pour tous aux niveaux national, régional et mondial.

- - -