

Republique Rwandaise

Dr. Kanyangabo Faustin

Rapport
22.6.1983

Doc 1

Pg: 40

*Mutipanda
pour exécuter
2/8/83*

Kigali, le 22 juin 1983.

*Vu et transmis pour
exécution. -
3/8/83*

*Obj. (Dir Plan)
27/7/83 \$ 2877/83
3593/12. 04*

OBJET : Transmission
rapport de mission.

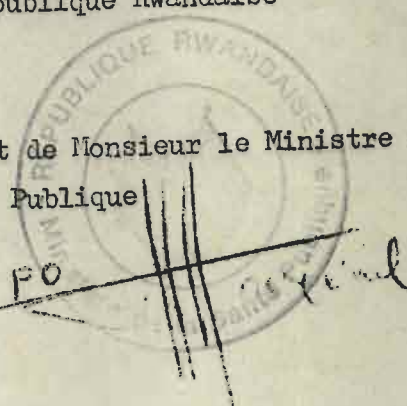
3/8/83

Son Excellence Monsieur le Président
de la République Rwandaise

KIGALI

S/couvert de Monsieur le Ministre de
la Santé Publique

KIGALI



Excellence Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de transmettre à Votre
Excellence le rapport de mission que j'ai effectuée à Brazzaville du
23 au 27 mai 1983 suivant l'ordre de mission n° 1004/01.04 du
11 mai 1983.

Veuillez agréer, Excellence Monsieur le
Président, l'expression de ma plus haute considération.

Docteur KANYANGABO Faustin
Médecin Inspecteur des
Formations Médicales.-

C.P.I. à :

- Monsieur le Secrétaire Général
du Mouvement Révolutionnaire
National pour le Développement

KIGALI

- Monsieur le Ministre (TOUS)

KIGALI

RAPPORT DE MISSION EFFECTUEE A BRAZZAVILLE EN
REPUBLIQUE POPULAIRE DU CONGO DU 23 AU 27 MAI 1983.

Sur l'invitation du Docteur COMLAN A.A. Quenum, Directeur Régional de l'OMS pour l'Afrique, je ne suis rendu à Brazzaville pour représenter le Rwanda à la Troisième Session du Comité Consultatif Africain pour le Développement Sanitaire (CCADS).

Cette invitation est la suite de la décision du Sous-Comité du Programme concernant la participation de ses membres (dont le Rwanda) aux réunions programmatiques.

Participaient à cette réunion 13 membres du CCADS, 3 membres du Sous-Comité du Programme dont le Rwanda et 11 membres du Secrétariat de l'OMS à Brazzaville.

La liste des participants est à l'annexe 2 du présent rapport.

Tous les participants, sommes arrivés à Brazzaville Dimanche le 22 mai 1983 où les documents de travail nous furent distribués et nous fûmes mis au courant du travail qu'on attendait de nous.

Il s'agissait d'étudier les 3 documents d'importance programmatique à savoir :

- les programmes à moyen terme pour la mise en oeuvre du Septième Programme Général de Travail (PGT.7)
- le plan d'action pour la mise en oeuvre de la stratégie régionale
- la surveillance continue des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2.000, et de donner des avis pertinents au Directeur Régional.

La réunion a commencé le 24 mai 1983 à 8 heures du matin par le discours d'ouverture prononcé par Madame MIK Matanda, Président désigné du CCADS. Celle-ci, en ouvrant la séance, a souligné l'esprit multidisciplinaire et multisectoriel du CCADS qui doit lui permettre de donner au Directeur Régional des avis pertinents concernant les trois documents d'ordre programmatique soumis à son examen.

Après le discours d'ouverture, le Docteur S.H.SIWALE, Directeur Management du Programme a lu le message du Docteur COMLAN A.A. Quenum, Directeur Régional de l'OMS pour l'Afrique.

Le Directeur Régional, dans son allocution, a insisté sur le thème "surveillance continue des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous".

... / ...

Il a rappelé la filiation entre stratégie régionale, 7e Programme général de Travail et Programmes à moyen terme que les participants ont à examiner. Ces programmes à moyen terme conduisent à l'année 1990, étape importante dans la stratégie de la santé pour tous.

Il a surtout accordé une attention particulière à la surveillance continue des progrès réalisés en la mise en oeuvre de cette stratégie conformément aux plans d'action mondial et régional.

En effet, les pays de la Région d'Afrique ont envoyé un premier rapport de situation sur les progrès réalisés en la mise en oeuvre de leur stratégie nationale. Ce rapport élaboré suivant le cavenas et formats communs, a permis d'en faire une synthèse régionale qui doit être présentée au Comité Régional en septembre 1983.

Il a demandé aux membres du CCADS d'indiquer si cette synthèse rend compte de la pertinence des politiques nationales et régionales de santé et des progrès réalisés dans la mise en oeuvre de ces politiques.

Il a ensuite indiqué que beaucoup reste à faire dans le domaine de l'information nécessaire à l'établissement des valeurs nationales des 12 indicateurs mondiaux, indispensables à l'évaluation de l'efficacité et de l'impact de la stratégie.

Ces indicateurs sont :

- Indicateur 1 : La santé pour tous a reçu la sanction officielle la plus élevée
- Indicateur 2 : Des mécanismes destinés à associer la population à la mise en oeuvre des stratégies ont été mis en place ou renforcés, et fonctionnent effectivement
- Indicateur 3 : Pourcentage du produit national brut consacré à la santé
- Indicateur 4 : Pourcentage des dépenses nationales de santé consacré aux soins de santé locaux
- Indicateur 5 : Les ressources sont équitablement réparties
- Indicateur 6 : La stratégie de la santé pour tous est assortie d'allocations des ressources explicites et le pays reçoit de façon suivie des ressources de pays plus riches
- Indicateur 7 : Proportion de la population ayant accès aux soins de santé primaires
- Indicateur 8 : L'état nutritionnel des enfants est satisfaisant
- Indicateur 9 : Taux de mortalité infantile pour tous les sous-groupes identifiables
- Indicateur 10: Espérance de vie à la naissance
- Indicateur 11: Taux d'alphabétisation des adultes, hommes et femmes
- Indicateur 12: Produit national brut par habitant.

... / ...

Après avoir écouté l'allocution du Directeur Régional (annexe 1 du présent rapport), nous avons procédé à l'élection du Vice-Président et du Rapporteur du CCADS.

Les candidats proposés étaient MM MBOUMBA, Ingénieur Sanitaire et Directeur Général de la Santé Publique au Ministère de la Santé Publique du Gabon, comme Président du CCADS et le Docteur A.M. D'ALMEIDA, Médecin-Chef du Service Médical de l'Armée au Ministère de la Défense en Angola, comme Rapporteur du CCADS.

Tous les deux ont été élus aux postes proposés.

Méthode de travail adopté par le CCADS :

Les participants ont été divisés en trois groupes, chacun ayant un modérateur et un rapporteur et devant étudier et analyser deux des trois documents d'ordre programmatique soumis à l'examen du CCADS.

Chaque groupe, après examen des documents, devait élaborer un rapport à discuter en séance plénière afin de permettre au CCADS d'aboutir à des documents finals et pertinents à proposer au Directeur Régional.

I. Concernant les programmes à moyen terme pour la mise en oeuvre du 7e Programme général de Travail (PGT.7).

Les participants ont constaté que chacun des Programmes à moyen terme (MIPs) suit en général un mode de présentation identique adopté à tous les échelons de l'organisation. Quelques petites variations existent entre les différents programmes, mais tous suivent le même plan, c'est-à-dire :

- i) Introduction et base des politiques;
- ii) analyse de la situation;
- iii) objectifs;
- iv) buts;
- v) approches;
- vi) activités;
- vii) gestion et ressources du Programme;
- viii) surveillance, évaluation et indicateurs;
- ix) articulations.

Les objectifs, buts et approches correspondent à ceux du PGT-7 qui a été examiné par le CCADS lors de sa deuxième session en juin 1981.

Il a été constaté que tous les programmes ont leur importance, mais que certains sont nouveaux et/ou regroupent d'anciens programmes du 6e Programme général de Travail (GPT.6). C'est pourquoi leur examen a nécessité une étude approfondie principalement du point de vue de leurs articulations avec les autres programmes.

... / ...

Les objectifs, les buts et les approches sont pertinents et conformes au PGT.7. Leur formulation paraît adéquate et doit permettre l'appréciation des principales composantes de l'évaluation des programmes.

Dans l'ensemble, les activités identifiées sont de nature à atteindre les buts et les objectifs indiqués, même si certains types d'activités méritent d'être complétées pour certains programmes.

Les articulations entre les programmes d'un même pilier et entre programmes des piliers "infrastructures des systèmes de santé et science et technologie de la santé méritent dans l'ensemble une étude plus approfondie afin d'être précisées et harmonisées.

Programme "Infrastructure des systèmes de santé".

Parmi les programmes "infrastructures des systèmes de santé", l'attention a été portée sur les programmes :

- i) appréciation de la situation sanitaire et de ses tendances
- ii) processus gestionnaire pour le développement sanitaire national
- iii) information du public et Education pour la santé.

1. Le programme "appréciation de la situation sanitaire et de ses tendances" est un nouveau programme, synthèse des programmes statistiques sanitaires et surveillance épidémiologique du 6^e Programme général de Travail (PGT.6). Il est axé sur l'analyse de la situation sanitaire et de ses tendances afin de suivre les progrès réalisés vers l'objectif de la santé pour tous.

Les participants ont trouvé qu'il était essentiel de mettre l'accent sur la collecte, l'analyse et l'utilisation d'informations pertinentes et de leur assurer la retro-information. Le support informationnel au processus gestionnaire a un rôle primordial à jouer dans la surveillance continue et l'évaluation des stratégies nationales et régionales.

Egalement l'accent a été mis sur la formation et l'utilisation rationnelle des personnels compétents et motivés en matière de surveillance épidémiologique et de système d'information, qui constituent une activité prioritaire par l'analyse de la situation sanitaire et de ses tendances.

Aussi les pays devaient-ils : i) se doter d'outils appropriés pour recueillir au moins les 12 indicateurs mondiaux; ii) faire davantage usage des mécanismes du Bureau Régional qui pourrait mieux les appuyer dans la formation des personnels.

... / ...

2. Le programme "Processus gestionnaire pour le développement sanitaire national.

A partir des informations fournies par le programme précédent, ce programme doit permettre de mettre en place des mécanismes nationaux pour la promotion du processus gestionnaire, le développement de la méthodologie et la formation du personnel de santé dans le domaine de la gestion.

Il a été noté que le processus gestionnaire pour la planification et la mise en oeuvre des programmes constitue la clé de voûte du développement des systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires.

Il a été constaté que beaucoup de pays ont formé du personnel à la gestion sanitaire, mais ce personnel a été très peu utilisé de manière adéquate dans la plupart des pays.

Pour éviter la dichotomie qui existe actuellement entre les efforts fournis, notamment dans la formation du personnel à la gestion, il est important que les pays reconsidèrent les critères de sélection des personnes à former, leur utilisation une fois formés, et les conditions dans lesquelles leur nouvelle connaissance doivent être appliquées.

L'importance des centres nationaux pour le développement sanitaire (CNDS) comme mécanisme de développement sanitaire a été souligné.

L'organisation d'ateliers auxquels participaient les responsables d'autres secteurs que la santé et d'institutions de formation pourrait accélérer la mise en oeuvre conséquente du processus gestionnaire au niveau national.

L'accent a été mis sur l'importance du rôle des coordonnateurs dans le processus gestionnaire pour le développement sanitaire national.

Dans la Région Africaine, depuis 1981, les Coordonnateurs de l'OMS sont progressivement remplacés par les coordonnateurs nationaux. Bien qu'il ait été reconnu que ce changement présentait beaucoup d'avantages, il semble que le choix des coordonnateurs nationaux n'ait pas toujours obéi aux critères de compétence et de motivation.

La sélection ne devrait pas se faire seulement sur les considérations politiques ou autres non liées aux fonctions attachées au poste de coordonnateur. Le CCADS estime que les Gouvernement devraient choisir avec le plus grand soin les coordonnateurs nationaux, de même que le Secrétariat du Bureau Régional pour l'Afrique, pourrait préciser davantage leur rôle et leur responsabilité tant vis à vis du Gouvernement que de l'Organisation.

3. Programme "Information du public et éducation pour la sante".

Il a été constaté que la participation des collectivités à la promotion de leur santé ne peut se faire que par une information et une éducation appropriées.

Il est donc indispensable d'intégrer les activités d'information du public et d'éducation pour la santé.

La formation des agents de la santé compétents, en particulier en concept des soins de santé primaires, le renforcement des capacités nationales à développer les activités d'information du public et d'éducation pour la santé en langues nationales, et la diffusion de l'information sur les expériences nationales pertinentes sont des activités importantes pour le développement du programme.

Programme : Science et Technologie de la santé.

Parmi les programmes de cette action, l'attention a été portée sur les programmes :

- i) Technologie clinique, radiologie et laboratoire pour les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires;
- ii) médicaments et vaccins essentiels;
qualité, sécurité et efficacité des médicaments et vaccins;
- iii) médecine traditionnelle;
- iv) réadaptation.

Il est en effet essentiel de promouvoir dans les pays de la Région des techniques cliniques, biologiques et radiologiques permettant l'exécution des composantes des soins de santé primaires avec les instruments et les méthodes appropriées, compatibles avec la culture locale et conçus avec les ressources locales.

Il est aussi indispensable de promouvoir la production, la distribution et le contrôle de la qualité des médicaments essentiels et vaccins, y compris les plantes médicinales traditionnelles.

1. Technologie clinique, radiologique et de laboratoire pour les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires.

Le CCADS a constaté que les technologies modernes ont conduit à l'acquisition des équipements sophistiqués, onéreux et d'entretien difficile, au détriment des technologies simples, efficaces et bon marché, nécessaires au développement des soins de santé primaires.

Il insiste pour que la formation du personnel, notamment dans le domaine de laboratoire, vise à rendre ces personnels polyvalents, aptes à résoudre également d'autres problèmes de santé, en particulier au niveau des soins de santé primaires.

... / ...

Les Etats Membres doivent prendre des décisions politiques en termes de : technologie adaptée, choix d'équipement appropriés pour appliquer cette technologie, des possibilités de faire fonctionner ces équipements et d'en assurer la maintenance; tout ceci dans un esprit d'autosuffisance. L'accent sera toujours mis sur les soins de santé primaires.

2. Médicaments essentiels et vaccins en qualité, sécurité et efficacité des médicaments et vaccins.

Le problème de vente, dans la Région, des produits dépassés ou périmés et de pratique commerciale indésirable est un problème qui doit être examiné au cours des réunions de l'OMS et de l'OUA, de façon à mettre un terme à ces pratiques.

De même, l'OMS doit poursuivre ses efforts pour : i) mettre en place les mécanismes d'achat groupés de médicaments essentiels et ii) appuyer les pays afin d'implanter des unités de fabrication et de contrôle de qualité de médicaments essentiels et vaccins dans la Région.

3. Médecine Traditionnelle.

Il est nécessaire d'établir un dialogue positif entre les tradipraticiens et les systèmes de santé officiels, afin de permettre à la médecine traditionnelle de jouer un rôle complémentaire aux prestations socio-sanitaires dites modernes.

PROGRAMMES A L'HORIZON 1990.

Les programmes à moyen terme des 3 programmes prioritaires à l'horizon 1990 (nutrition, approvisionnement public en eau et assainissement, vaccination) doivent permettre d'atteindre les objectifs et buts fixés.

1. Nutrition.

Le plan d'action de Lagos envisage la réalisation de l'autosuffisance en matière d'approvisionnement en produits alimentaires d'ici 1985, mais les programmes de nutrition ne semblent pas bénéficier d'une priorité conséquente.

Les Etats Membres de la Région et le Bureau Régional doivent accorder une priorité encore accrue à ce programme, notamment en terme d'affectation de ressources disponibles et de mobilisation de ressources extérieures.

... / ...

2. Approvisionnement public en eau et assainissement.

On remarque que les progrès réalisés dans le domaine de l'approvisionnement public en eau et assainissement sont loin d'être satisfaisants. Il est clair que le développement de cet important programme se heurte à plusieurs problèmes entre autres :

- la multiplication de centres de décisions du fait de leur caractère intersectoriel;
- la structure même du programme qui comporte deux voltes (eau - assainissement)
- absence de mécanismes de coordination dans différents secteurs engagés.

L'attention du Comité Régional doit être attirée sur ces problèmes, afin qu'il engage les pays à redoubler d'efforts dans ce domaine prioritaire.

3. Vaccination.

On a constaté que les principaux obstacles à la mise en oeuvre de ce programme résident dans le logistique :

- moyen de transport et de communication
- mauvais approvisionnement en vaccins
- entretien médiocre de la chaîne de froid.

Une autre préoccupation pourrait être l'évolution du Programme Elargi de Vaccination sous une forme verticale sans être intégré aux autres composantes des soins de santé primaires. Il est nécessaire d'éviter la multiplication de programmes "particuliers" relativement indépendants les uns des autres et contraires à l'esprit des soins de santé primaires.

II. Concernant le plan d'action pour la mise en oeuvre de la stratégie régionale.

Le plan d'action régional est le reflet des directives que le Comité Régional donne chaque année au Directeur Régional/ Il doit permettre aux pays de la Région et au Directeur Régional de mettre en oeuvre, de surveiller et d'évaluer la stratégie régionale selon le calendrier indiqué dans le plan d'action mondial.

... / ...

Ce plan d'action régional adopte la structure du plan d'action mondial et comprend six grands chapitres :

- i) objectifs et approches régionaux
- ii) stratégie et plan d'action
- iii) mesures de soutien
- iv) mobilisation des ressources
- v) surveillance continue et évaluation
- vi) calendrier.

1. Objectifs et approches :

Le CCADS trouve que les objectifs et approches/^{régionaux} sont ceux de la stratégie régionale révisés à la lumière des développements intervenus depuis son adoption en septembre 1980.

Ils sont classés selon les 4 piliers du PGT.7 :

- direction, coordination et gestion
- infrastructure des systèmes de santé
- science et technologie de la santé
- appui aux programmes.

Le premier pilier a des fonctions essentielles à exercer en vue de fournir aux Etats Membres de la Région un appui politique, économique, social, gestionnaire et technique.

Le pilier infrastructures des systèmes de santé est le pilier central puisqu'il correspond à l'édification et à l'organisation d'une infrastructure sanitaire fondée sur les soins de santé primaires (SSP).

Dans le pilier infrastructures des systèmes de santé, le CCADS a noté que l'information du public et l'éducation pour la santé est un élément essentiel pour l'organisation des systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires. C'est pourquoi il faut ajouter un objectif important : "Promouvoir, chez la population, des comportements socio-sanitaires et favoriser un degré élevé de participation des collectivités à la planification et à la mise en oeuvre des programmes de santé dans le contexte de la stratégie des soins de santé primaires.

Le pilier des programmes de science et technologie de la santé a deux fonctions essentielles :

la promotion de la santé et la lutte contre la maladie; et regroupe les programmes correspondant à ces deux fonctions.

Enfin, le dernier pilier est un pilier d'appui. Les objectifs et approches, quelle que soit leur formulation, concernent les Etats Membres et l'organisation régionale.

2. Stratégie et plan d'action.

Ce chapitre est conforme au plan d'action mondial. Il rappelle les mesures à prendre par les Etats Membres, le Comité Régional et le Directeur Régional en ce qui concerne la formulation et/ou la mise à jour des stratégies et leur mise en oeuvre au moyen des plans d'action.

3. Mesures de soutien.

Les mesures de soutien adaptées à la Région correspondent à celles retenues au niveau mondial. Mais il faut retenir que la réorganisation des structures du Bureau Régional doit se faire par consultation avec le Bureau du Sous-Comité du Programme sans nécessairement consultation de l'ensemble des Etats Membres puisqu'en dernier ressort le Comité Régional en sera tenu informé.

4. Mobilisation des ressources.

Les mécanismes de mobilisations des ressources tiennent compte des caractéristiques de la Région Africaine.

5. Surveillance continue et évaluation.

Les mécanismes à mettre en place pour la surveillance continue et l'évaluation ont été adoptés par le Comité Régional lors de sa trente unième session (résolutions AFR/RC3/R8).

6. Calendrier.

Les activités destinés à traduire concrètement le plan d'action sont présentées selon un calendrier prévisionnel pour : i) les Etats Membres, ii) le Comité Régional et iii) le Directeur Régional.

Ces activités sont répertoriées selon leur appartenance :

- à la formulation de la stratégie et du plan d'action
- aux mesures de soutien
- à la mobilisation des ressources et
- à l'évaluation.

Le CCADS considère que le calendrier est conforme à celui retenu à l'échelon mondial par les organes délibérants; et propose de l'adopter (voir annexe 3).

III. Concernant la surveillance continue des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2.000.

Le Directeur Régional a envoyé aux Etats Membres de la Région, dès juillet 1982, un canevas et un format communs destinés à faciliter la surveillance, par les pays, des progrès réalisés dans la mise en oeuvre de leur stratégie nationale et à permettre de présenter les résultats de cette surveillance d'une manière homogène pour qu'il soit possible d'en faire une synthèse finale.

Ce canevas proposait que les Etats Membres se concertent pour le premier rapport de situation sur la surveillance de la pertinence de leur politique de santé et sur les progrès réalisés.

Il s'agissait donc de déterminer dans quelle mesure les stratégies ont déjà été formulées et effectivement mises en oeuvre.

Les rapports des Etats Membres (32 pays qui ont donné les rapports) montrent dans l'ensemble la pertinence des politiques nationales. La santé est un droit fondamental et les inégalités flagrantes face à la santé sont l'objet des préoccupations de la part des pays.

Les collectivités ont le droit et doivent participer à la planification et à la mise en oeuvre de leur programme de santé. La totalité des pays ont souligné l'interdépendance entre santé et développement.

Il a été constaté que les pays ont réalisé à des degrés différents, des progrès dans la mise en oeuvre de leurs stratégies nationales que ce soit :

- dans l'engagement politique au niveau mondial,
- dans le renforcement du processus gestionnaire pour le développement sanitaire national, y compris le choix des indicateurs pour l'évaluation,
- dans la participation des collectivités par l'intermédiaire des conseils, comités et assemblées diverses,
- dans l'éducation pour la santé,
- la réorientation et le recyclage des personnels de santé.

Surveillance continue de la stratégie régionale.

Le Comité Consultatif Africain pour le Développement Sanitaire (CCADS) a noté que bien que les rapports des Etats Membres reflètent leur adhésion totale au plan d'action mondial, la plupart des Etats n'ont pas encore formulé de plans d'action nationaux. En conséquence, il est indispensable que les Etats Membres prennent des mesures concrètes pour mettre en oeuvre leur stratégie nationale de la santé pour tous.

Cependant, le CCADS considère que la synthèse régionale rend compte dans l'ensemble de la pertinence des politiques nationales et régionales de santé et des progrès réalisés dans leur mise en oeuvre.

La difficulté rencontrée par les pays pour exercer la surveillance continue des progrès réalisés et envoyer leur contribution à la synthèse régionale tient à plusieurs facteurs :

- aspect multisectoriel des données à recueillir;
- formation insuffisante des personnels dans le domaine de l'utilisation des informations pour le support informationnel et
- insuffisance de préparation et/ou de temps pour effectuer la surveillance.

Du fait des conditions socio-économiques qui règnent dans la Région, la collaboration des différents organismes extérieurs de financement doit être prise en considération lors de la formulation des plans d'action.

Après avoir étudié les documents soumis à son examen, le Comité Consultatif Africain pour le Développement Sanitaire a abouti à des conclusions et émis des propositions qui pourront améliorer la surveillance continue et l'évaluation des stratégies de la santé pour tous.

CONCLUSIONS.

- Conformément à son mandat, le CCADS a donné ses avis sur les 3 documents d'importance programmatique à savoir :
 - i) Programmes à moyen terme pour la mise en oeuvre du 7e Programme général de travail (PGT.7).
 - ii) Plan d'action pour la mise en oeuvre de la stratégie régionale.
 - iii) Surveillance continue de la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous.

Ce dernier document doit être soumis au Comité Régional lors de sa 33e session.

- Pour faire suite aux résolutions WHA 35.25: "Septième programme général de travail pour une période déterminée" et AFR/RC 32/R7 : "Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêts régional adoptées par l'Assemblée Mondiale de la Santé et le Conseil Exécutif.

Les programmes à moyen terme ont été révisés selon un format commun afin de mettre en évidence les articulations entre différents programmes.

Ils sont présentés suivant la classification du PGT.7 et dans l'esprit de la stratégie régionale de la santé pour tous en l'an 2000. Les objectifs et approches sont pertinents et conformes aux PGT.7. Dans l'ensemble, les activités identifiées sont de nature à atteindre des objectifs et ces buts.

... / ...

- Le plan d'action régional pour la mise en oeuvre de la stratégie régionale est le reflet des directives du Comité Régional pour la mise en oeuvre des décisions et résolutions des organes délibérants.
Il doit permettre aux pays de la Région et au Directeur Régional de mettre en oeuvre, de surveiller et d'évaluer la stratégie régionale selon un calendrier prévisionnel. Ce calendrier est conforme à celui retenu à l'échelon mondial par les organes délibérants.
- La surveillance continue des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous en l'an 2000 est basée sur le 1^{er} rapport de situation envoyé par 32 pays de la Région. Cette synthèse rend compte dans l'ensemble de la pertinence des politiques nationale et régionales de santé et des progrès réalisés dans leur mise en oeuvre.

LES PROPOSITIONS EMISES PAR LE CCADS.

1. Les Etats Membres devront recevoir un appui accru de l'OMS pour établir et/ou renforcer les mécanismes nationaux destinés à développer au moins les 12 indicateurs mondiaux,
Ces mécanismes incluent l'identification du type et de la nature des informations nécessaires, leur source et les méthodes de collecte, traitement et analyse, accompagnées de la formation du personnel concerné.
2. La formation pratique conjointe du personnel national et de l'OMS, en gestion sanitaire et spécialement sur la surveillance continue et l'évaluation des stratégies permettra l'échange des expériences acquises lors de la préparation du premier rapport. Elle entraînera un éclaircissement des problèmes rencontrés et préparera les évaluations ultérieures prévues au calendrier du plan d'action.
3. Un appui doit être fourni aux Etats Membres pour :
 - i) mener les études sur l'utilisation des ressources pour la santé dans les pays afin de déterminer le type et les valeurs des ressources extérieures requises,
 - ii) mieux gérer les ressources mises à leur disposition.
4. Les pays devront mieux utiliser les supports du Bureau Régional, dans le cadre d'une coopération technique renforcée, pour améliorer, grâce à l'utilisation des résultats de la surveillance continue et dans l'évaluation, la préparation et la mise à jour régulier des stratégies et plan d'action nationaux qu'ils ont ensemble définis avec l'OMS.
5. Les pays devront identifier et adopter de meilleurs mécanismes pour utiliser les compétences des Coordonnateurs des Programmes OMS dans la mise en oeuvre de leur stratégie nationale en vue de la santé pour tous en l'an 2000.

Le Comité Consultatif Africain pour le Développement Sanitaire a clôturé ses travaux le 27 mai 1983 à 13 h 30.

ALLOCUTION DU DIRECTEUR REGIONALSurveillance continue des progrès réalisés dans la mise
en oeuvre des stratégies de la santé pour tous
d'ici à l'an 2000

Madame le Président,

Mesdames et Messieurs,

1. Je suis très heureux de vous souhaiter la bienvenue à la Concession du Djoué que la plupart d'entre vous connaissent déjà.
2. Comme vous le savez, le mandat du Comité consultatif africain pour le développement sanitaire (CCADS) comporte entre autre les points suivants :
 - i) examiner les stratégies de développement sanitaire dans le cadre du développement socio-économique national, régional et international;
 - ii) suggérer les voies et moyens de traduire les politiques de développement sanitaire en plans d'action concrets; et
 - iii) examiner, à intervalles réguliers, les activités de développement sanitaire découlant des stratégies nationales et régionale, afin de formuler les recommandations nécessaires pour améliorer ces activités.
3. En 1981, lors de votre réunion, j'ai souligné dans mon allocution la place qu'occupent les stratégies nationales et régionale dans l'exécution du Septième Programme général de Travail.
4. A cette époque, j'avais fait état du lien existant entre les stratégies régionales et le Septième Programme général de Travail de l'OMS pour une période déterminée (7 PGT) 1984/1989. J'avais indiqué également que la programmation à moyen terme permettrait ultérieurement d'adapter le Septième Programme général de Travail aux besoins de la Région en analysant, outre les objectifs, les cibles et les approches, les types d'activités et leur échelonnement sur une période de six ans, ainsi que les indicateurs qui avaient été adoptés.

.../...

6. Cette année, votre tâche consistera donc en premier lieu à examiner les programmes à moyen terme qui doivent être mis en oeuvre dans le cadre du Septième Programme général de travail conformément aux résolutions WHA 35.25 de l'Assemblée mondiale de la Santé et AFR/RC32/R7 du Comité régional.

7. Ces programmes à moyen terme doivent nous amener à l'an 1990, qui est une étape importante dans la stratégie de la santé pour tous d'ici à l'an 2000 car, comme vous le savez, trois programmes prioritaires (Nutrition, Programme élargi de vaccination et Eau et assainissement), se sont vu fixer 1990 comme date limite.

8. Il est donc indispensable d'assurer une surveillance continue des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous. C'est pourquoi votre programme provisoire de travail a été élaboré autour de ce thème central. Vous êtes invités à examiner le Plan d'action régional pour l'application de la stratégie de la santé pour tous d'ici à l'an 2000. Ce plan d'action régional énonce les approches et objectifs régionaux et reflète les directives des organes directeurs concernant les mesures de soutien et la mobilisation de ressources. Il est associé au calendrier de surveillance continue et d'évaluation de la mise en oeuvre de la stratégie. Ce calendrier est fondé sur celui qui a été adopté par la Trente-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé (Résolution WHA 35.23) et le Comité Régional de l'Afrique lors de sa Trente deuxième session (Résolutions AFR/RC32/R7). Il prévoit les étapes décisives au cours desquelles seront mesurés les progrès accomplis dans la mise en oeuvre de la stratégie et, en particulier :

- i) l'évaluation de la pertinence et de l'état d'avancement de la stratégie régionale en septembre 1983.
- ii) l'évaluation de l'efficacité en 1985 et en 1987;
- iii) l'évaluation de l'efficacité et de l'incidence de cette stratégie en 1989, lorsque le 7ème Programme général de Travail arrivera à son terme; au cours de la présente réunion, vous devrez par conséquent analyser le calendrier et veiller à ce qu'il soit conforme aux décisions des organes directeur.

9. Les pays de la Région ont envoyé un premier rapport de situation sur les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de leur stratégie nationale. Ce rapport, préparé conformément à un canevas et à un format communs, m'a permis de rédiger un rapport régional consolidé que je soumettrai au Comité régional en septembre de cette année. Je vous invite à examiner ce document avec toute l'attention qu'il mérite. Vous devriez indiquer si ce document régional consolidé reflète bien la pertinence des politiques sanitaires nationales et régionale et les progrès réalisés dans l'application de ces politiques.

10. Comme vous le verrez, il reste beaucoup à faire en ce qui concerne l'information nécessaire pour utiliser les douze indicateurs adoptés au niveau mondial. Sans ces indicateurs, il ne sera pas possible d'évaluer l'efficacité et l'impact des stratégies. Sans ces indicateurs, il ne sera pas possible d'évaluer l'efficacité et l'impact des stratégies. Comme vous le verrez, le premier rapport sur la surveillance continue des progrès réalisés montre que seuls trois pays sont en mesure de faire rapport sur leurs chiffres nationaux en ce qui concerne ces douze indicateurs tandis que les autres pays ne fournissent des informations que sur certains d'entre eux. La surveillance continue et l'évaluation de la stratégie régionale sont toutes les deux fondées sur les valeurs nationales de ces indicateurs et il est par conséquent impératif que les pays mettent en place immédiatement les mécanismes permettant de recueillir les données nécessaires en collaboration avec leur organisation.

11. Ce tour d'horizon rapide concernant les documents qui vous sont soumis fait clairement ressortir que votre tâche est considérable et difficile. Néanmoins, je sais que vous n'avez pas peur du travail car vous œuvrez pour une noble cause et vous avez déjà une expérience consommée du processus gestionnaire de votre Organisation.

Je vous souhaite tous les succès possibles dans vos travaux.

.../...

Dr G. Gage
Head, Department of Communit Health
Universty of Sierra Leone
Freetown
Sierra Leone

Dr F.Kanyangabo
Directeur Inspecteur des Formations Médicales
Ministère de la Santé Publique
Kigali
Rwanda

3. SECRETARIAT

Dr Comlan A.A. Quenum
Regional Director/Directeur régional

Dr S.H. Siwale
Director, Programme Management/Directeur, Management du Programme

Dr S.Diop
Director, Programme Promotion/Directeur, Promotion du Programme

Dr A. Franklin
Director, Health Systems Développement/Directeur, Développement des
Systèmes de Santé

Dr A.H. Abou-Garceb
Director, Disease Prevention and/Directeur, Lutte contre la maladie

Mr L. Roy
Director, Promotion of Envirinmental Health/Directeur, Promotion de la
Salubrité de l'Environnement

Dr G. Comlan
Director, Research and Health Manpower/Directeur, Recherche et Développe-
ment des Personnels de santé

Mr M. Kassaye
Director, Support Services/Directeur, Programme de Soutien

Dr J.C. Alary
Programme for Health Develpment/Programme de Développement Sanitaire

Dr D. Barakanfitye
Diarrhoeal Diseases/ Maladies Diarrhéiques

Mr C.V.G. Nair
Health Situation and Trend Assessment/Appréciation Sanitaire et de ses
tendances

LISTE DES PARTICIPANTS

1. MEMBRES DU CCADS MEMBERS OF CCADS

Lt. -Colonel (Dr) A. M. d'Almeida

Chefe dos Servico de Assistencia Medica Militar das FAPLA
SAMM/DL/Ministério da Defesa

Luanda

Angola

Dr Eben-Moussi

CUSS

B.P. 1364

Yaoundé

Cameroon

Mr Hailu Meche

Chief Expert, Deputy Head
Planning and Programming Bureau
Ministry of Health
P. O. Box 1234
Addis Ababa
Ethiopia

Dr R. O. Jegede

Senior Lecturer and Consultant Psychiatrist
Department of Psychiatry
University College Hospital
Ibadan
Nigeria

Dr M. T. Houénassou-Houangbé

Directeur général de la Santé Publique
Ministère de la Santé Publique
B.P. 336

Lomé

Togo

Dr F. F. Johnson-Romuald

Pharmacien - Chef Consultant
B. P. 12412

Lomé

Togo

Mrs H. K. Matanda

Chief Nursing Officer
Ministry of Health
P. O. Box 30205

Lusaka

ZAMBIA

Mr M. Mboumba
Ingénieur sanitaire
Directeur général de la Santé publique
Ministère de la Santé publique et de la Population
B.P. 940
Libreville

Gabon

Dr K.N. Mtera
Prevention Services
Ministry of Health
P. O. Box 9083
Dar es Salaam
Tanzania

Dr Phaka Mbumba
Professeur et Médecin Directeur Hôpital
Institut Supérieur des Techniques médicales
B. P. 774
Kinshasa XI
Zaire

Dr P. Randimbivahiny
Ministère de la Santé
Directeur des Services sanitaires et médicaux
Antananarivo
Madagascar

Prof. O. Ransome-Kuti
Professor of Paediatrics and Primary Care
Institute of Child Health and Primary Care
of the College of Medicine of Lagos
P. M. B. 1001, Surulele
Lagos
Nigeria

Dr G. Sultan
Directeur général des Services de Prévention
Ministère de la Santé
B. P. 1214
Conakry
Guinée

2. MEMBRES OF THE PROGRAMME SUB-COMMITTEE
MEMBRES DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME

Dr D. Ba
Directeur de la Recherche, de la planification
et de la Formation
Ministère de la Santé Publique
Dakar
Sénégal

REP/02

ANNEXE 3

Page 1

I - CALENDRIER DES ETATS MEMBRES

ACTIONS	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
<p>STRATEGIE ET PLAN D'ACTION</p> <p>Formulation et reformulation des plans d'action nationaux en mettant l'accent sur les soins de santé primaires (SSP), les mécanismes de gestion, ainsi que sur la réorientation des systèmes de santé pour appuyer les SSP;</p>							
<p>Mise en oeuvre de leur stratégie nationale avec l'appui de l'OMS, de l'OUA, des organisations et institutions du système des Nations Unies et des autres sources extérieures de financement (à partir de décembre 1981)</p>							
<p>Mesures appropriées pour inscrire l'objectif de la santé pour tous d'ici à l'an 2000 à l'une des prochaines réunions au sommet de l'OUA.</p>	Septembre						
<p>MESURES DE SOUTIEN</p> <p>Définition des axes d'action du développement sanitaire ;</p> <p>Adaptation avec souplesse des stratégies et plans d'action aux situations changeantes de chaque pays;</p>	Septembre	à partir de janvier					
<p>Mise en place d'un mécanisme de contrôle social qui puisse s'exercer sur l'infrastructure et la technologie de la santé grâce à la participation de la collectivité;</p> <p>Mise en place ou renforcement des conseils nationaux multidisciplinaires et multi-sectoriels de santé et des réseaux de centres de développement sanitaires.</p>		à partir de sept.					

Actions	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
<p>Mobilisation de la femme comme ressource potentielle du développement sanitaire (septembre 1982). Mise en place ou renforcement des mécanismes multisectoriels pour coordonner les efforts en faveur des SSP et des trois programmes prioritaires; Développement et renforcement des activités des SSP dans le cadre des plans nationaux de développement intégré notamment en ce qui concerne le programme élargi de vaccination, l'approvisionnement en eau potable, l'assainissement et la lutte contre la malnutrition; Promotion de la participation des collectivités à la planification, la mise en oeuvre, la gestion et l'évaluation de ces programmes dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodéveloppement; Utilisation des mécanismes et ressources de la coopération technique et économique entre pays en développement (CTPD et CEPD).</p> <p>MOBILISATION DES RESSOURCES</p> <p>Mise en oeuvre des efforts nécessaires pour mobiliser tous les moyens humains, matériels, financiers et technologiques indispensables pour la mise en oeuvre des stratégies nationales de la santé pour tous en l'an 2000; Analyses de l'utilisation de leurs ressources afin de rationaliser leurs efforts en faveur de la santé.</p>	<p>Janvier</p>						<p>Octobre</p>

Actions

Réaffectation des ressources existantes selon les besoins et en fonction des priorités sanitaires grâce à l'examen par un groupe national de ressource sur les SSP :

- des besoins totaux
- des ressources disponibles
- des possibilités de financement extérieur et la stratégie

Echange des informations et conclusions d'accords concernant leurs ressources humaines, financières et matérielles dans le cadre de la CTPD par l'intermédiaire des groupes de travail, du Comité permanent CTPD et du GARS/2000.

SURVEILLANCE CONTINUE ET EVALUATION

Sélection d'un nombre limité d'indicateurs fiables pour l'évaluation des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies nationales (décembre 1982) ;

Renforcement des mécanismes de collecte et de traitement des données statistiques pertinentes (décembre 1982)

Promotion de la coopération multiseCTORielle pour la collecte de l'information et la définition des indicateurs ;

Mise en place des mécanismes nécessaires pour surveiller et évaluer leur stratégie (décembre 1982).
Evaluation de la mise en oeuvre de la stratégie.

	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
Décembre			Déc.		Déc.		Décembre
Mars	Mars	Mars	Mars	Mars	Mars	Mars	Mars
		Déc.		Déc.			
Janvier à Mars			Janv. à Mars			Janvier à Mars	

ACTIONS	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
<p align="center">STRATEGIE ET PLAN D'ACTION</p> <p>Surveillance et évaluation de la mise en oeuvre de la stratégie régionale;</p> <p>Mise à jour et adaptation de la stratégie régionale selon les besoins (septembre 1982)</p> <p>Demande aux gouvernements de la Région de s'engager à mettre en oeuvre, surveiller et évaluer la stratégie régionale (septembre 1982).-</p> <p>Examen de la possibilité de définir des cibles régionales sur la base des cibles nationales (septembre 1982).</p> <p>Etablissement d'un plan d'action régional pour mettre en oeuvre la stratégie régionale;</p> <p>Présentation, pour le Septième Programme général de Travail et le Huitième Programme général de Travail, des propositions régionales de nature à soutenir les stratégies nationales, régionale et mondiale;</p> <p>Vérification que les budgets programmes biennaux régionaux de l'OMS concordent avec les politiques et l'Orientation du Septième Programme général de Travail de l'OMS et du Huitième Programme général de Travail et, de ce fait, soutiennent les stratégies de la santé pour tous.</p>	Septembre	Septembre	Septembre	Septembre	Septembre	Septembre	Septembre

Actions	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
MESURES DE SOUTIEN (Membres de son Sous-Comité du Programme) Participation aux réunions d'intérêt programmatique conformément à la décision de procédure 8 prise par la Vingt-septième session du Comité régional ; Intervention à toutes les étapes de la préparation du budget-programme et particulièrement lors des réunions régionales pour le programme ; Mesures appropriées afin que les structures de l'Organisation régionale permettent à tous les Etats Membres d'atteindre l'objectif social "Santé pour tous en l'an 2000"; Etude de l'évolution du Bureau régional eu égard à ses fonctions par l'intermédiaire des rapports périodiques du Directeur Régional.	Mai Juin	Juin Février	Mai Juin Novembre	Juin Février Septembre	Mai Juin Novembre	Juin Février Septembre	Mai Juin Novembre
	MOBILISATION DES RESSOURCES Examen périodique des besoins en ressources extérieures des Etats Membres de la Région; Etude périodique du flux international des ressources à l'appui de la stratégie; Encouragement des nouvelles formes de coopération bi et multilatérale sous forme de projets inter-pays, de programmes spéciaux de coopération entre les pays de la ligne de front, avec les pays ayant récemment accédé à l'indépendance et en voie d'y accéder et avec les Mouvements de Libération nationale reconnus par l'OUA et tous autres pays frappés par des calamités naturelles et autres.	Novembre Septembre Septembre	Février Septembre Septembre	Novembre Septembre Septembre	Février Septembre Septembre	Novembre Septembre Septembre	Février Septembre Septembre

Actions	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
<p>MESURES DE SOUTIEN</p> <p>Appui aux Conseils Nationaux de Santé et aux Centres nationaux de développement sanitaire pour la mise en oeuvre des stratégies ;</p> <p>Information des Etats Membres de l'appui de l'OMS par les CRDS ;</p> <p>Rappel dans la lettre d'invitation aux Réunions d'intérêt programmatique de l'importance de la participation des membres du Sous-Comité du Programme. Cette participation s'inscrit dans le cadre de la surveillance/contrôle exercée par le Comité régional sur l'exécution du programme régional. Les rapports des membres du Sous-Comité du Programme seront attachés aux rapports des réunions auxquelles ils ont pris part ;</p> <p>Information des organisations et institutions du système des Nations Unies sur l'importance du Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire et la nécessité de participation à ses réunions ;</p> <p>Collaboration au processus gestionnaire pour le développement sanitaire national. A cette fin élaboration, en collaboration avec les Etats Membres, d'un plan d'action pour la mise en oeuvre d'une stratégie régionale de développement du processus gestionnaire afin d'appuyer l'élaboration des plans nationaux de santé et application de ce plan d'action ;</p> <p>Renforcement des ressources mises à la disposition des pays en utilisant les experts régionaux et les personnels des projets inter pays du Bureau régional et du Siège. A cet égard, encouragement et appui à la rationalisation des systèmes d'information basés sur le concept des profils-pays, profils-programmes, programmes, etc. et à la standardisation des modèles de rapports, rapports intéressant le développement sanitaire dans les pays ;</p>	<p>Janvier Octobre</p>	<p>Octobre</p> <p>Février Mai Juin</p>	<p>Octobre</p> <p>Avril Mai Juin Novembre</p>	<p>Octobre</p> <p>Février Mai Juin</p>	<p>Oct.</p> <p>Avril Mai Juin Novembre</p>	<p>Octobre</p> <p>Février Mai Juin</p>	<p>Octobre</p> <p>Avril Mai Juin Novembre</p> <p>Mars</p>

MESURES DE SOUTIEN (suite)

Actions

Poursuite de l'utilisation de tous les mécanismes existants pour la promotion et la mise en oeuvre des trois programmes prioritaires à l'horizon 1990. Les projets interprogrammes apporteront leur appui aux efforts des Etats Membres. Ces trois programmes seront renforcés dans les activités des SSP ;

Réorganisation des structures du Bureau régional et des projets interpays en regard aux nouvelles fonctions de l'Organisation pour atteindre l'objectif de la Santé/2000; consultation à cet effet du Bureau du Sous-Comité du Programme ;

Information du Comité régional et renforcement de la concertation permanente entre le Secrétariat et les Etats Membres notamment grâce à la rationalisation des mécanismes de gestion tels que : Le Sous-Comité du Programme du Comité régional, Le Comité permanent pour la Coopération technique entre Pays en Développement (CTPD), la réunion régionale pour le Programme (RPM), le Comité consultatif africain pour le Développement sanitaire (CCADS), le Comité consultatif africain pour la Recherche médicale (CCARM) et le Groupe africain de Ressources "Santé/2000"(GARD/2000)

MOBILISATION DES RESSOURCES

Demande aux Etats Membres, sur la base de leurs stratégies, de leurs besoins chiffrés en ressources extérieures nécessaires à l'exécution de leurs plans d'action; rapport périodique au Comité par l'intermédiaire du Groupe africain de Ressources Santé/2000 (GARS/2000, homologue au niveau régional du Groupe mondial HRG/2000 ;

1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
	Juin					
			Juin			
					Juin	

1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989						
<p style="text-align: center;">ACTIONS</p> <p>STRATEGIE ET PLAN D'ACTION</p> <p>Soutien du Secrétariat régional aux pays et au Comité pour la formulation et l'exécution des plans d'action destinés à mettre en oeuvre les stratégies nationale et régionale ;</p> <p>Diffusion de toutes les publications de l'Organisation, en particulier "Série Santé pour tous";</p> <p>Publication et diffusion dans la série "Développement sanitaire en Afrique" des documents pertinents pour la mise en oeuvre et le suivi des stratégies et plans d'action national et régional ;</p> <p>Mise en oeuvre du Septième Programme général de Travail et du Huitième Programme général de Travail ultérieurs en vue d'atteindre les buts de la stratégie régionale ;</p> <p>Soumission aux Etats Membres des projets de budgets programmes biennaux qui soient conformes aux politiques et orientation des programmes généraux de travail et, de ce fait, soutiennent la stratégie</p> <p>Examen par le Comité régional</p> <p>Mise en place, en conformité avec le paragraphe 4 (ii) du dispositif de la résolution AFR/RC30/R9 des mécanismes pour évaluer, tous les deux ans, l'avancement des travaux et tous les six ans, leur impact conformément aux méthodes d'évaluation mises au point par l'OMS et acceptées par les organes délibérants; utilisation à cet effet des indicateurs recommandés par les experts régionaux (décembre 1982)</p> <p>Envoi aux Etats Membres du canevas et formats communs pour la surveillance continue des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies nationales</p> <p>Révision et mise en forme finale des programmes à moyen terme</p>												
	Juillet Septembre		Juillet Septembre		Juillet Septembre							
	Juillet		Juillet		Juillet							

Actions	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
<p>SURVEILLANCE CONTINUE ET EVALUATION Pertinence et état d'avancement Efficacité Impact</p>	Septembre		Septembre		Sept.		Sept.

RAPPORT DE MISSION EFFECTUEE A BRAZZAVILLE
DU 23/ AU 27/5/1983 *par une délégation rwandaise.*
=====

La 3^e session du Comité Consultatif Africain pour le Développement Sanitaire (CCADS), à laquelle participaient 13 membres du CCADS), 3 membres du Sous-Comité du programme (dont le Rwanda) et 11 membres du Secrétariat de l'OMS, devait étudier les documents d'importance programmatisques, à savoir:

1. Les programmes à moyen terme pour la mise en oeuvre du 7^e programme Général du Travail (PGT.7)
2. Le plan d'action pour la mise en oeuvre de la stratégie régionale.
3. La surveillance continue des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000, et de donner des avis pertinents au Directeur Régional.

Tout au début de la session, les participants à la session ont écouté le message du Dr COMLAN A.A. Quenum, Directeur Régional de l'OMS pour l'Afrique. Celui-ci insistait sur la "Surveillance continue des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies de la Santé pour tous", conformément aux plans d'action mondiaux et régional.

Programmes à moyen terme pour la mise en oeuvre du PGT.7

Cheacun de ces programmes suit en général un mode de présentation identique, un même plan, à savoir:

- a) Introduction et base des pratiques
- b) Analyse de la situation
- c) objectifs
- d) Buts
- e) approches
- f) activités
- g) gestion et ressources du programme
- l) surveillance, évaluation et indicateurs
- i) Articulations.

C'est un vaste programme qui comprend lui-même des sous-programmes à savoir:

- a) l'appréciation de la situation sanitaire et de ses tendances.
- b) le processus gestionnaire pour le développement sanitaire national.
- c) l'information du public et l'Education pour la santé.

Le premier, "appréciation de la situation sanitaire et de ses tendances" est une synthèse des programmes statistiques sanitaires: Il est axé sur l'analyse de la situation sanitaire et de ses tendances afin de suivre les progrès réalisés vers l'objectif de la santé pour tous. Les participants ont mis l'accent sur la formation et l'utilisation rationnelle.

Le deuxième, "processus gestionnaire pour le développement sanitaire, "doit permettre de mettre en place des mécanismes nationaux pour la promotion du processus gestionnaire, le développement de la méthodologie et la formation du personnel de santé dans le domaine de la gestion, à partir des informations fournies par le programme précédent.

Le troisième, "Information du Public et éducation pour la santé". Il est indispensable d'intégrer les activités d'information du public et d'éducation pour la santé, car la participation des collectivités à la promotion de leur santé ne peut se faire que par une information et une éducation appropriées.

II. Programme: science et Technologie de la santé

Parmi les programmes de cette action, l'attention a été portée sur:

- a) la technologie clinique, radiologie et laboratoire pour les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires.
- b) la qualité, la sécurité et l'efficacité des médicaments et vaccins
- c) la médecine traditionnelle
- d) la réadaptation.

Concernant le 1^{er} point de ce programme, les participants ont insisté pour que la formation du personnel, notamment dans le domaine de laboratoire, vise à rendre ce personnel, polyvalent, apte à résoudre d'autres problèmes de santé, particulièrement au niveau des soins de santé primaires. Abordant le 2^e point, ils ont souhaité que le problème de vente des produits dépassés ^{ou} périmés soit examiné au cours des réunions de l'OMS et de l'OUA, de façon à mettre un terme à cette pratique. A propos de la médecine traditionnelle, on a conclu qu'un dialogue positif est nécessaire entre les tradipraticiens et les systèmes de santé officiels, afin de permettre à la médecine traditionnelle de jouer un rôle complémentaire aux prestations socio-sanitaires modernes.

III. PROGRAMMES A L'HORIZON 1990

Objectifs et Buts:

Nutrition: le plan d'action de Lagos envisage l'autosuffisance en matière d'approvisionnement en ^{po} produits alimentaires d'ici 1985.

les États membres de la Région et le Bureau Régional devraient accorder la priorité à ce programme, notamment en terme d'affectation de ressources disponibles et de mobilisation de ressources extérieures.

2. L'Approvisionnement public en eau et assainissement la vaccination: les principaux obstacles à la mise en oeuvre de ce programme résident dans la logistique:
- moyen de transport et de communication
 - mauvais approvisionnement en vaccins
 - entretien médiocre de la chaîne de froid.

PLAN D'ACTION POUR LA MISE EN OEUVRE LA STRATEGIE REGIONALE.

Ce plan d'action doit permettre aux pays de la Région et au Directeur Régionale selon le calendrier indiqué dans le plan d'action mondial. Il comprend 6 grands chapitres:

- 1) Objectifs et approche régionaux
- 2) stratégie et plan d'action
- 3) Mesures de soutien
- 4) Mobilisation des ressources.
- 5) Surveillance continue et Evaluation
- 6) Calendrier.

SURVEILLANCE CONTINUE DES PROGRES REALISES DANS LA MISE EN OEUVRE DES STRATEGIE DE LA SANTE POUR TOUS

d'ici l'an 2000.

Il a été constaté que les pays ont réalisé, à des degrés différents, des progrès dans la mise en oeuvre de leurs stratégie nationales, en ce qui concerne;

- l'engagement politique au niveau mondial
- le renforcement du processus gestionnaire pour le développement sanitaire national, y compris ce choix des indicateurs pour l'évaluation
- la participation des collectivités par l'intermédiaire des conseils, comités et assemblées diverses
- l'éducation pour la santé
- la réorientation et le recyclage du personnel de santé.

Sur le plan régional, la difficulté rencontrée par les pays pour exercer la surveillance continue des progrès réalisés et envoyer leur contribution à la synthèse régionale tient aux facteurs suivants:

- l'aspect multisectoriel des données recueillir.
- la formation insuffisante du personnel dans le domaine de l'utilisation des informations

- 1 - l'insuffisance de préparation ou de temps pour effectuer la surveillance.

Propositions ou Recommandations émises par le CCADS.

1. Les Etats membres doivent bénéficier un appui de l'OMS pour établir ou renforcer les mécanismes d'identification du type et de la nature des informations nécessaires, de leur source et des méthodes de collecte, du traitement et de l'analyse ainsi que de la formation du personnel concerné.
2. les participants ont recommandé la formation pratique conjointe du personnel national et de l'OMS en gestion sanitaire et spécialement la surveillance continue et l'évaluation des stratégies.
3. Ils ont, en outre, recommandé qu'un appui soit fourni aux Etats membres pour:
 - a) mener les études sur l'utilisation des ressources pour la santé dans les pays; afin de déterminer le type et les valeurs des ressources extérieures requises.
 - b) mieux gérer les ressources mise à leur disposition.
4. Il faut que les pays identifient et adaptent de meilleurs mécanismes pour utiliser les compétences des coordonnateurs des programmes OMS dans la mise en oeuvre de leur stratégie nationale en vue de la santé pour tous en l'an 2000.

AVIS ET CONSIDERATIONS

Il vaut mieux prévenir que guérir", avec tout ce que cette consigne implique comme mesures et efforts de la part du Ministère de la Santé Publique d'abord, de la population en particulier. En effet, tant que celui-ci n'aura pas effectivement réalisé que l'hygiène est source de santé, les efforts de la médecine curative resteront vains, même après l'an 2000. Autrement dit, il importe de se soigner avant de tenter de se faire soigner. Le temps viendra certainement à bout de tous les obstacles à la réalisation du commun idéal.

De nos jours, la collaboration entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle, qui a déjà démarré, reste précaire. La création du CURPHAMETRA (Centre universitaire de Recherche sur la Pharmacopée et la Médecine traditionnelle) à BUTARE fait preuve de bonne volonté de la part du Gouvernement, tandis que bon nombre de guérisseurs restent cachottiers, alors que leurs révélations profiteraient aux générations futures. Néanmoins, le problème majeur reste celui de la disponibilité des moyens matériels pour l'intensification des recherches déjà ébauchées et la promotion des dispensaires de médecine traditionnelle dont le rôle curatif est d'ores et déjà scientifiquement admis.

La vente des médicaments périmés, à laquelle
.../...

il est fait allusion dans le présent rapport, est sans doute le résultat de la carence des médicaments à jour. Cette pénurie se manifeste particulièrement dans les pharmacies de l'Etat, au détriment des petites gens qui ne peuvent pas se procurer des médicaments trop chers dans les pharmacies privées (appartenant aux Etrangers, Européens, Hindous, et Pakistanais).

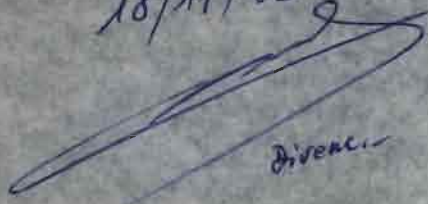
"La santé pour tous en l'an 2000" est un excellent idéal, mais encore faut-il qu'il soit réalisé. D'ici là, il ne suffira donc pas de former des médecins irréprochables, mais il faudra surtout équiper les pharmacies du peuple.

MUTIGANDA Georges



avis conformes

18/11/83



D. Venet